
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsvereniging 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@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 7/ SEPTEMBER 2000

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

EEN NIEUW B6 BESLUIT IN DE MAAK

De Ministers AELVOET en VANDENBROUCKE hebben aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een nieuw ontwerp K.B. voorgelegd tot uitvoering van art 94, derde lid van de ziekenhuiswet, met het oog op de vergoeding via de verpleegdagprijs van hetzij een deel, hetzij het geheel van de kosten van de recente sectoriële akkoorden voor het personeel dat niet verpleegdag-gebonden is. M.a.w. het personeel dat lastens de medische honoraria wordt vergoed.

Het systeem dat in het ontwerp voorzien wordt is erg similair met datgene dat destijds (29.09.1992) door de toenmalige minister van Sociale Zaken, Philippe MOUREAUX, werd voorzien, nl. een graduele toekenning van additionele gedeeltelijke vergoedingen naargelang aan een aantal voorwaarden qua centrale inning van honoraria, mededeling van financiële gegevens en zgn. integratie van de medische activiteit, wordt voldaan. De Raad van State heeft dit K.B. destijds nietigverklaard, wat tot gevolg had dat dan maar het beruchte art 139bis in de ziekenhuiswet werd opgenomen, eerst bij volmachtsbesluit van 16.04.97 en vervolgens bekrachtigd bij de wet van 12.12.97. Het B6-besluit bleef dode letter, maar de B6 vergoedingen bleven desalniettemin onverstoord verder uitgekeerd worden. Acht jaar lang dus. De Ministers hebben dan ook vandaag alle redenen om een nieuw besluit te maken, al was het maar om weer vroom grondwettelijk te doen. Maar...

Bij het afsluiten van de zeer belangrijke sectoriële akkoorden voor het ziekenhuispersoneel, was de afspraak vanwege de regering zéér duidelijk dat de weerslag ervan voor het personeel lastens de medische activiteiten integraal zou vergoed worden door de verpleegdagprijs. Er is daarbij op geen enkel ogenblik sprake geweest van interne voorwaarden, noch van eventueel slechts gedeeltelijke vergoeding. Dit is dus een formele woordbreuk vanwege de regering!

Volgens het ontwerp zou de toekenning van het onderdeel B6 van het ziekenhuisbudget, grosso modo als volgt worden bepaald:

1.Het betreft de « kosten die het gevolg zijn van de bijkomende voordelen voorzien in de sectoriële akkoorden, die toegekend worden aan het personeel dat geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd... ».

Voor deze omschrijving was het beruchte art. 139bis niet ééns nodig, want de bedoeling daarvan was precies ook de onrechtstreeks toerekening mogelijk te maken. Het ganse effect van de onrechtstreekse verrekening van de sectoriële akkoorden zou dus wel door de artsen moeten betaald worden. Dus alleen al op dit principiële vlak plegen de ministers woordbreuk. Belangrijke opmerking: het KB van 29.09.92 van Minister MOUREAUX voorzag geenszins deze beperking. Dit is dus een weldoordachte woordkeuze van de huidige regering.

2. De helft van voormelde (directe) kosten, m.b.t. de activiteiten inzake gehospitaliseerde patiënten, wordt via het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen vergoed, mits een aantal voorwaarden, waaronder:

- centrale inning door het ziekenhuis of door de medische raad, van alle honoraria m.b.t. de medisch-technische diensten en nog nader te bepalen zorgprogramma's,
- mededeling aan het Ministerie van de omvang van de centraal geïnde honoraria van deze activiteiten, met uitsplitsing van het respectievelijk aandeel voor opgenomen en ambulante patiënten,
- een anoniem overzicht van de rechtsverhoudingen (uitvoering Hoofdstuk II van Titel IV van de ziekenhuiswet,
- een beschrijvende nota over de aanwending van de honoraria van het geheel van de medisch-technische diensten en de nader te bepalen zorgprogramma's.

3. Het geheel van de kosten bedoeld sub 2.(nog steeds alleen m.b.t. opgenomen patiënten) wordt via het ziekenhuisbudget gedekt, mits bovendien:

- minstens 70% van de artsen van de diensten heelkunde, inwendige geneeskunde, biologie, radiologie, anesthesiologie, werken gedurende minstens 8 halve dagen/week uitsluitend in het ziekenhuis op uiterlijk 1.1.2001.
- een schriftelijk akkoord, uiterlijk op 1.1.2001 tussen beheerder en Medische raad, omtrent de centrale inning van alle honoraria door het ziekenhuis.

4. De kosten van de sectoriële akkoorden worden eveneens voor de helft m.b.t. ambulante activiteiten vergoed via het ziekenhuisbudget, mits bovendien:

- 70% van de artsen in het geheel van de consultatiediensten, medisch-technische diensten of de zorgprogramma's minstens 8 halve dagen/week in het ziekenhuis werkzaam zijn,
- de aanwending van de honoraria voor het geheel van de consultatiediensten wordt medegedeeld,
- alle honoraria van de consultatiediensten, wiens personeel door het ziekenhuis wordt betaald, centraal geïnd worden door het ziekenhuis of de medische raad.

5. De volledige kosten van de sectoriële akkoorden worden vergoed via het ziekenhuisbudget, mits bovendien, uiterlijk op 1.01.2001:

- alle honoraria centraal geïnd worden door het ziekenhuis,
- minstens 70% van de ziekenhuisartsen uitsluitend en voltijds in het betrokken ziekenhuis werkzaam zijn.

* * *

Het advies van de N.R.Z.V. wordt verwacht tegen einde september. Wat er nadien kan gebeuren kunnen wij op dit ogenblik niet voorspellen. Met dit ontwerp pleegt de regering woordbreuk. De manier waarop ze dat doet, maakt art 139bis juridisch totaal overbodig. Men kan het dan maar meteen afschaffen zoals de vorige regering formeel had beloofd.

Tenslotte nog deze bedenking: als men weet dat gedurende acht jaar de overheid onwettige voorwaarden heeft opgelegd aan de ziekenhuisartsen om op even onwettige wijze financiële vergoedingen uit te keren aan de ziekenhuizen, dan zullen nieuwe akkoorden tussen medische raden en ziekenhuisbeheerders, voor elk redelijk mens wel even nutteloos blijken als de wetten die er niet waren.

GEGEVENS OVER DE MEDISCHE ACTIVITEITEN IN DE ZIEKENHUIZEN

Een Ministerieel Besluit van 2 april 1999, nog getekend door toenmalig Minister van Volksgezondheid M.COLLA, gaf nadere precisering van de inhoud van de statistische gegevens, alsmede vaststelling van de regels van gegevensverzameling en overdracht van die gegevens aan het Ministerie van Volksgezondheid. In uitvoering hiervan werd in het B.S. van 07. 09. 2000 een M.B. van 24 juli 2000 gepubliceerd waarin de inhoud van deze statistische gegevens andermaal wordt aangepast en gewijzigd door de huidige Minister van Volksgezondheid, o.m. ingevolge de evolutie van de zorgprogramma's en nieuwe apparatuur.

De omvangrijke bijlage bij het M.B. (86 pagina's) bevat een zeer grondige bevraging over de verschillende medische activiteiten die aanwezig of verzekerd zijn, de wijze waarop de activiteit in het ziekenhuis georganiseerd wordt, welke uitrusting(en) beschikbaar zijn, de « human resources », de jaarlijkse activiteit, de organisatie en kwaliteit, aspecten inzake opleiding, enz...

De bevraging gebeurt via magnetische drager, gericht aan de ziekenhuisdirectie. De opgevraagde gegevens hebben betrekking op de hierna volgende lijst van items. Collegae die nader willen kennismaken met de inhoud van de vragenlijst of met de verschillende detailvragen die betrekking hebben op hun specifieke activiteiten, kunnen kopie bekomen op eenvoudige aanvraag bij ons secretariaat.

Inhoudslijst statistische gegevens m.b.t. de ziekenhuizen

I. GEGEVENS VAN ALGEMENE AARD	2
1. ALGEMENE KENMERKEN VAN DE INSTELLING	2
2. HUMAN RESOURCES	6
3. DE ZIEKENHUISORGANISATIE	8
4. SOCIALE ACTIVITEITEN	10
5. DE MEDISCHE INFORMATICA EN TELEMATICA	12
6. HET PATIENTENDOSSIER	14
II. GEGEVENS M.B.T. DE ZORGPROGRAMMA'S, MEDISCHE- EN MEDISCH-TECHNISCHE DIENSTEN, FUNCTIES EN AFDELINGEN	16
1. GEGEVENS M.B.T. DE BEELDVORMING	16
2. GEGEVENS M.B.T. DE NUCLEAIRE GENEESKUNDE IN VIVO	19
3. GEGEVENS M.B.T. HET LABORATORIUM	20
4. GEGEVENS M.B.T. DE PATHOLOGISCHE ANATOMIE	22
5. GEGEVENS M.B.T. DE SPOEDGEVALLENZORG	23
6. GEGEVENS M.B.T. DE OPERATIEAFDELING	25
7. GEGEVENS M.B.T. DE APOTHEEK	27
8. GEGEVENS M.B.T. DE STERILISATIE	29
9. GEGEVENS M.B.T. DE BLOEDBANK EN DE TRANSFUSIES	30
10. GEGEVENS M.B.T. DE WEEFSELBANK	31
11. GEGEVENS M.B.T. MOEDER EN PASGEBORENE	32
12. GEGEVENS M.B.T. DE REPRODUCTIEVE GENEESKUNDE	38
13. GEGEVENS M.B.T. HET KIND	39
14. GEGEVENS M.B.T. DE WIEGENDOOD	41

15. GEGEVENS M.B.T. DE INTENSIEVE ZORG	42
16. GEGEVENS M.B.T. DE ASEPTISCHE- EN ISOLEERENHEDEN	44
17. GEGEVENS M.B.T. DE ORGAANTRANSPLANTATIES	45
18. GEGEVENS M.B.T. DE NEFROLOGIE	46
19. GEGEVENS M.B.T. DE HARTOPERATIES	48
20. GEGEVENS M.B.T. DE ONCOLOGIE	52
21. GEGEVENS M.B.T. DE PALLIATIEVE ZORG	56
22. GEGEVENS M.B.T. DE NEUROCHIRURGIE	58
23. GEGEVENS M.B.T. DE PSYCHIATRIE	60
24. GEGEVENS M.B.T. DE GERIATRISCHE PATIËNT	63
25. GEGEVENS M.B.T. DE Sp-DIENSTEN	65
26. GEGEVENS M.B.T. DE REVALIDATIE	66
27. GEGEVENS M.B.T. DE PATIËNTEN MET ZWARE BRANDWONDEN	67
28. GEGEVENS M.B.T. DE PSYCHOLOGEN IN HET ZIEKENHUIS	68
III. GEGEVENS M.B.T. DE AMBULANTE FUNCTIE	69
1. GEGEVENS M.B.T. DE POLIKLINIEK	69
2. GEGEVENS M.B.T. DE DAGHOSPITALISATIE	71
3. ALS DE AMBULANTE HEELKUNDE EEN ACTIVITEIT IS VAN HET DAGZIEKENHUIS	72
IV. GEGEVENS M.B.T. DE ORGANISATIE EN HET BEHEER VAN DE KWALITEIT	73
1. KWALITEITSBEWAKING	73
2. ORGANISATIE EN ALGEMEEN BEHEER VAN DE KWALITEIT	75
3. DE KWALITEIT VAN DE DIENSTVERLENING AAN DE PATIENT	78
4. DE KWALITEIT VAN DE DIENSTVERLENING AAN DE HUISARTS	78
VERKLARENDE NOTA BETREFFENDE DE STATISTISCHE ENQUETE	79

LIJST DAGZIEKENHUISFORFAITS GEWIJZIGD VANAF 1.10.2000 !

Hoe gloeiend verstandig sommige beleidsmaatregelen kunnen zijn blijkt uit het Staatsblad van 14.09.2000, waarin een KB van 12.08.2000 wordt gepubliceerd dat, volgens de ministeriële toelichting eigenlijk al uitwerking zou moeten hebben vanaf 1 juli jl., en dus maar dringend invoege moet op 1 oktober a.s.

Het betreft het automatisch herstel van een « vastgesteld risico van beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling », wat de forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen betreft, in de 3e trimester 1999. Gevolg: een bedrag van 106 miljoen dat op het budget van 2000 moet worden ingehaald.

De ministeriële beslissing bestaat erin een zevental verstrekkingen, waaronder er eentje de K120-grens overstijgt (trepanatie van kaakbeen wegens geïmpacteerd tand - K130), uit de lijsten van de dagforfaits te halen. Vermits die ene prestatie luidens art 15 van de nomenclatuur in een ziekenhuis moet worden uitgevoerd, dient ze voortaan dus in gewone hospitalisatie verricht te worden. Of het dan budgettair consequent en evenwichtig blijft is een andere vraag.

Een ander gevolg van de budgettaire impasse van de dagforfaits is, dat een aantal prestaties die wegens de recentste nomenclatuurwijzigingen inzake dermatologie in een andere « omschrijving » werden gegoten, niet meer terug in de dagforfait-lijsten geraken. Een kleine onachtzaamheid met weliswaar nare gevolgen.

Wat dagziekenhuis betreft zou de regelgeving in relatie tot de K120-grens voor heelkundige verstrekkingen dus best herzien worden, in de zin van ruimere extramurale mogelijkheden. Maar dat kunnen de partijen van de Nationale overeenkomst verpleeginrichtingen - ziekenfondsen echt missen als kiespijn.

12 AUGUSTUS 2000. - Koninklijk besluit houdende toepassing van artikel 51, § 3bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen,

gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen betreft

[...]

Artikel 1. In afwijking van artikel 4, § 3, a), van de tweede wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen is er geen bedrag, gelijk aan de helft van het deel B2 van de verpleegdagprijs van een verplegingsinrichting, verschuldigd voor de volgende verstrekkingen :

245512 - 245523

Uitroeien door elektrocoagulatie van een invasieve tumor van de marginale rand van het ooglid N 60

317030 - 317041

Alveolectomie uitgestrekt over een strek van minimum zes tanden.....K 42

317236 -317240

Extractie van geïmpacteerde of geretineerde tandK 62,5

Art. 2. In afwijking van artikel 4, § 4, a), van dezelfde wijzigingsclausule is er geen bedrag, gelijk aan het deel B2 van de verpleegdagprijs van een verplegingsinrichting, verschuldigd voor de volgende verstrekking :

245792 - 245803

Blefarorrhafie of tarsorrhafie N 125

en is er slechts een bedrag, gelijk aan de helft van het deel B2 van de verpleegdagprijs van een verplegingsinrichting, verschuldigd voor de volgende verstrekking :

260271 - 260282

Cytoscopie, met of zonder afname voor biopsie bij de manK 40

Art. 3. In afwijking van artikel 4, § 5, van dezelfde wijzigingsclausule is er geen forfait A verschuldigd voor de volgende verstrekking :

245770 - 245781

Canthoplastiek N 125

en is er geen forfait B, maar slechts een bedrag, gelijk aan het deel B2 van de verpleegdagprijs van een verplegingsinrichting, verschuldigd voor de volgende verstrekking :

312152 - 312163

Trepanatie van kaakbeen wegens geïmpacteerde of geretineerde tand zo de impactie of retentie door een voorafgaande radiografie bewezen isK 130

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de maand na die waarop het wordt bekengemaakt in het Belgisch Staatsblad.

<p style="text-align: center;">INFORMED CONSENT – DISCUSSION DOCUMENT FOR THE STANDING COMMITTEE OF EUROPEAN DOCTORS</p>

Introduction

The April 2000 meeting of the Ethics and Professional Codes Sub-committee of the Standing Committee of European Doctors (CP) resolved to consider the issue of informed consent for medical intervention and treatment. A small working group was set up, members of which were consulted on a draft version of this paper during July 2000.

The background to this consideration is the increasing concern expressed by patients, governments, and doctors themselves, that for a variety of reasons consent from patients for intervention and treatment may not be adequately obtained, leading to a situation where the doctor may proceed without the full, informed and valid consent of the patient. This creates two main problems. The first is that the patient's autonomy is not respected. The second is that the doctor may, as a result, become vulnerable to legal action.

These problems can arise in a number of circumstances, including research. It can be particularly problematic in the treatment of children. The position of competent advance directives also needs to be considered. However, this paper is intended to promote dialogue prior to a possible CP resolution on consent in relation to routine areas of treatment, and, following an introduction, sets out a number of questions or issues on which further debate might focus.

The relationship between doctors and patients is based on the concept of partnership. Ideally, decisions about medical treatment are made through discussion, in which the patient's individual needs and preferences, and the doctor's clinical expertise, are combined to select the best treatment option. The respect for a patient's autonomy demands that the doctor, in seeking consent for any procedure or intervention, ensures that the patient has complete understanding of the procedure, the likely risks and benefits, and is fully aware of all options.

However, despite the availability of extensive documentation of the *principles* of consent, current awareness of this, and of the *practical* consequences, among the medical profession, is often inadequate. It is therefore suggested that, while it would be helpful to rehearse the fundamental principles of autonomy and information provision, the main outcome of a review should be to suggest ways of providing doctors with advice on how existing principles can be implemented in practice. For instance, great reliance is placed on the final signature on a consent form, rather than on the process which takes place before the signature is obtained.

Key Principles

The following key principles are offered as a basis for debate and/or consensus:

- Patient consent must be fully informed, voluntary, and free from pressure.
- Patient consent is required on every occasion that the doctor wishes to initiate an examination, treatment or any other intervention, except in emergencies or where the law prescribes otherwise.
- The doctor who recommends the treatment or intervention should have responsibility for providing an explanation to the patient about what the procedure will involve, including a discussion of the various treatment options, the alternatives available, prognosis and the risks associated with the intervention and obtaining the patient's consent. If another doctor actually administers the treatment, she or he must give further explanations if required or at least convince herself or himself that the patient

has received sufficient information.

- Consent can be verbal, written or signalled by acquiescence by a person who understands what will be undertaken.
- The amount of information doctors give each patient will vary according to factors such as the nature of the condition, the complexity of the treatment, the risks associated with the treatment or procedure, and the patient's own wishes. We recognise that approaches will also vary from one culture to another.
- In a hospital setting, the doctor who obtains consent in the first instance will normally be the senior clinician – working either individually or in a team – who has accepted responsibility for the care of the patient. In many cases, the task of reaffirming this consent will be undertaken by a junior doctor. In the UK at least, there is concern that such tasks are being delegated to doctors who are not suitably trained and who are not sufficiently expert in explaining the procedures involved.
- Competent patients are entitled to refuse consent to treatment even when doing so may result in permanent physical injury or death.
- Information sheets can be very valuable in helping patients understand the proposed medical intervention and as an aid in seeking consent. The value of such information very much depends on the language used. The use of jargon and technical terminology, for example, does not aid patients' understanding.
- Seeking patient consent takes time, particularly where the proposed intervention is serious and/or carries significant risks. The biggest problem that doctors confront in seeking consent is finding the time to provide a proper explanation to patients about the nature of the recommended treatment or procedure. It is important that health providers ensure that resources are adequate for this purpose.

Practical Considerations

The British Medical Association, in considering the issue of informed consent, has this year designed a practical guide to consent, for doctors, in a practical form. The BMA has described this as a "Tool Kit", an aide-memoire for busy doctors to guide them through the essential practical steps they need to take. The BMA is currently engaged in discussions with the UK Department of Health on identifying the most useful form in which this guidance can be of most use. While the actual content of the "Tool Kit" is clearly relevant to UK practice, the concept of such a document may appeal to other European institutions. It is not intended to provide definitive guidance on all issues surrounding consent. The "Tool Kit" comes in the form of cards referring to useful guidance which should be consulted. In the UK this will include guidance from the BMA, General Medical Council, and the medical Royal Colleges. It can also be reproduced in the form of laminated sheets, posters or overheads. It will also be reproduced in the near future on the BMA's web site "<http://www.bma.org.uk/>".

Education

Ultimately, the introduction of guidelines, policy statements and the use of information sheets and materials are unlikely to be truly effective and achieve improvement in practice unless these innovations are backed up by appropriate training and audit. Education is

required at all levels of the medical profession in order to improve practice in obtaining consent. Such education should not be confined to the ethical and legal principles relating to consent but should also address doctors' communication skills.

This also means assessing the type of education currently being provided to undergraduate medical students. It has generally been assumed that while knowledge and technical procedures need to be actively taught, the skills of applying these in practice can be acquired simply by observing experienced practitioners. In relation to the taking of consent, teaching should become more practice-based. In undertaking its work on consent, the BMA surveyed UK medical school teaching in this area, and discovered that, generally, consent is covered in a number of ways. Commonly, it is addressed either in formal seminars and lectures on ethics and law or in sessions on communication skills or in both. Understandably perhaps, in the early years the focus tends to be on the theoretical or clinical aspects of obtaining consent while in later years it is applied to practical situations. The importance of valid consent is then re-affirmed during clinical attachments, sometimes alongside additional teaching and assessments.

Many UK medical schools have already developed a range of interactive and innovative ways of teaching consent including the use of role plays, video recordings, problem based learning and simulated patients. These developments need to be encouraged. Medical students should be aware of the importance of patient consent from the very beginning of their undergraduate education. The need to respect patient consent should be re-enforced at every opportunity. Teaching of consent should address the practical difficulties that doctors may face in the clinical environment including cases where a doctor considers that he or she lacks the necessary skills to seek consent in relation to a particular medical intervention.

It is important to stress that these skills need to be developed and maintained throughout a doctor's career, whether in the training grades or at senior level. It is a responsibility of senior doctors to be involved in teaching junior doctors about obtaining consent. Such doctors must ensure that they have retained the necessary skills to undertake this task. They should also be encouraged to recognise their changing needs as both their career and their specialist interests develop and to keep their communication skills, as well as their clinical skills, up to date.

Questions for the CP

- 1.. We have referred in this paper to the current debate in the UK. Are similar debates taking place in other European countries?
- 2.. Do delegations agree that patient consent must be based on the fullest possible information being made available to patients?
- 3.. Bearing in mind cultural differences which will determine approaches to this subject, can delegations agree on a minimum set of common principles to form the basis of a CP statement?

Suggested Timetable

We suggest that, following an initial exchange of ideas in the Helsinki subcommittee meeting, delegations be asked to respond in writing to the three questions posed above. If appropriate, the working group will then aim to draft a statement for approval at the Spring 2001 CP session.

DE WET OP DE ZIEKENFONDSEN GRONDIG GEWIJZIGD

In de sociale programmawet van 12 augustus 2000 (B.S. 31.08.2000) werden meer dan dertig artikels voorzien om de Wet op de ziekenfondsen van 6.08.1990 te wijzigen en aan te passen, o.m. aan de evolutie in het kader van de ziekteverzekering en de verschillende types van diensten die in de loop van het voorbije decennium werden opgezet. Soms gaat het om zeer ingrijpende wijzigingen. Zo kan bvb. de algemene vergadering van een ziekenfonds beslissen over te gaan naar een andere landsbond, voor zover deze laatste akkoord gaat.

Een hoofdstuk Vbis dat ingelast wordt bij art 156 van de sociale programmawet, bepaalt de verjaringstermijn voor financiële tussenkomsten of vergoedingen buiten het kader van de verplichte ziekteverzekering:

- De vordering tot betaling van deze financiële tussenkomsten verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin het recht op betaling ontstaan is.

- De vordering tot terugbetaling van de waarde van ten onrechte verleende financiële tegemoetkomingen, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

Deze verjaring geldt echter niet ingeval het ten onrechte verlenen van financiële tegemoetkomingen het gevolg is van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat geval bedraagt de verjaringstermijn vijf jaar welke ingaat na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

- Een ter post aangetekend schrijven volstaat om de verjaringstermijnen te stuiten. De stuiting kan hernieuwd worden.

- De verjaring wordt geschorst door overmacht.

Zeer belangrijk zijn o.i. de nieuwe artikels 43 quater en 43 quinquies (art. 152 en 153 van de sociale programmawet), evenals de nieuwe artikels 60 t.e.m. 60 quinquies (art 162 en 163 soc. pr.wet) die de sancties bepalen die door de controledienst aan een ziekenfonds of een landsbond kunnen worden opgelegd:

12 AUGUSTUS 2000. - Wet houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen

[...]

Art. 152

Een artikel 43quater, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd :

« § 1. Voor de toepassing van deze wet verstaat men onder :

1° reclame : elke vorm van mededeling met als directe of indirecte doelstelling de promotie ofwel van de aansluiting bij een ziekenfonds of van het ziekenfonds zelf ofwel van een dienst in de zin van artikel 3, eerste lid, b) en c), en 7, § 4, ingericht door een ziekenfonds, een landsbond of een rechtspersoon met dewelke het ziekenfonds of de landsbond een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten;

2° vergelijkende reclame : elke reclame die op directe of indirecte, expliciete of impliciete wijze via vergelijking één of meerdere ziekenfonds(en) of landsbond(en) identificeert of een dienst bedoeld sub 1°;

3° bedrieglijke reclame : elke reclame die op enigerlei wijze, met inbegrip van haar presentatie, tot vergissing leidt of kan leiden en die ingevolge dit bedrieglijk karakter het gedrag van de leden kan beïnvloeden of die om deze redenen nadeel berokkent of kan berokkenen aan één of meerdere ander(e) ziekenfonds(en) of landsbond(en).

§ 2. Elke vergelijkende of bedrieglijke reclame in hoofde van een ziekenfonds of een landsbond is verboden.

§ 3. Is eveneens verboden, in hoofde van een ziekenfonds of een landsbond, het voeren van reclame :

1° betreffende de inhoud van statutaire bepalingen die nog niet goedgekeurd zijn door de controledienst;

2° onder een andere benaming dan diegene die opgenomen is in de statuten.

§ 4. Voor de toepassing van deze wet wordt eveneens als een reclame in hoofde van een ziekenfonds of een landsbond beschouwd, een reclame, bedoeld in de §§ 2 en 3, gevoerd door een rechtspersoon waarmee het ziekenfonds of de landsbond een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten, een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld door artikel 43bis of elke andere derde. ».

Art. 153

Een artikel 43quinquies, luidend als volgt, wordt in dezelfde wet ingevoegd :

« Het is de ziekenfondsen en de landsbonden verboden voordelen toe te kennen die van aard zijn aan te zetten tot individuele mutaties, zoals bedoeld door de artikelen 255 tot 274 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, alsmede voordelen toe te kennen die van aard zijn de personen, ingeschreven als personen ten laste in een ziekenfonds, ertoe aan te zetten leden te worden van hetzelfde ziekenfonds.

Worden voor de toepassing van deze wet eveneens beschouwd als voordelen, bedoeld in het eerste lid, de voordelen van dezelfde aard die worden toegekend door een rechtspersoon waarmee het ziekenfonds of de landsbond een samenwerkingsakkoord heeft gesloten of door een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld door artikel 43bis.

De Raad van de controledienst bepaalt de voorwaarden waaronder de toekenning van de voordelen van de diensten bedoeld door de artikelen 3, eerste lid, b), en c), en 7, § 4, als de toekenning van voordelen bedoeld door het eerste lid wordt beschouwd. ».

[...]

Art. 162

Artikel 60 van dezelfde wet wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Wanneer de Raad van de controledienst vaststelt dat een landsbond of een erbij aangesloten ziekenfonds niet handelt overeenkomstig zijn statutaire doelstellingen of de verplichtingen gesteld door deze wet of haar uitvoeringsbesluiten of de boekhoudkundige en financiële bepalingen van de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, niet naleeft, kan hij bij gemotiveerde beslissing, in functie van de aard en de ernst van de inbreuk :

1° ten laste van de landsbond een administratieve geldboete opleggen, bepaald door artikel 60bis;

2° indien het geen inbreuk, bedoeld door artikel 60bis, betreft, aan de landsbond of het ziekenfonds een termijn toekennen om de toestand te regulariseren, waarvan hij de duur vastlegt en die ingaat op de datum van de betekening van de beslissing en in voorkomend geval, indien de gevraagde regularisatie niet binnen de toegekende termijn is gerealiseerd, ten laste van de landsbond een administratieve geldboete bepaald door artikel 60ter, tweede lid, uitspreken;

3° een bijzondere commissaris benoemen;

4° de erkenning van de betrokken dienst intrekken.

De beslissing waarbij een administratieve geldboete met toepassing van dit artikel wordt uitgesproken, is van rechtswege uitvoerbaar. ».

Art. 163

De artikelen 60bis tot 60quinquies, luidend als volgt, worden in dezelfde wet ingevoegd :

« Art. 60bis. - Een administratieve geldboete van 2 000 Belgische frank tot 10 000 Belgische frank kan worden uitgesproken per, in strijd met de bepalingen van artikel 43quinquies, toegekend voordeel.

Een administratieve geldboete van 4 000 Belgische frank tot 20 000 Belgische frank kan worden uitgesproken voor elke inbreuk op de bepalingen van artikel 17, § 2.

Een administratieve geldboete van 20 000 Belgische frank tot 100 000 Belgische frank kan worden uitgesproken :

1° voor elke, in strijd met de bepalingen van artikel 43quater, § 2, gevoerde vergelijkende reclame;

2° voor elke, in strijd met de bepalingen van artikel 43quater, § 3, gevoerde reclame.

Een administratieve geldboete van 60 000 Belgische frank tot 300 000 Belgische frank kan worden uitgesproken voor elke inbreuk op de bepalingen van artikel 43ter.

Een administratieve geldboete van 100 000 Belgische frank tot 500 000 Belgische frank kan worden uitgesproken voor elke, in strijd met de bepalingen van artikel 43quater, § 2, gevoerde bedrieglijke reclame.

Art. 60ter. - Indien in toepassing van artikel 60, 2°, een termijn aan een ziekenfonds wordt toegekend om een toestand te regulariseren, stelt de raad van de controledienst de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, hiervan in kennis. Deze kan beslissen de uitoefening van de bevoegdheden van de organen van het ziekenfonds op te schorten en deze in zijn plaats uit te oefenen gedurende een bepaalde periode, om de regularisatie door te voeren.

Indien na afloop van deze termijn de gevraagde regularisatie door het ziekenfonds of de landsbond niet uitgevoerd is, kan aan de landsbond een administratieve geldboete worden opgelegd van 500 Belgische frank tot 5 000 Belgische frank per dag, te rekenen vanaf de dag na de beëindiging van de termijn en tot de volledige regularisatie.

Art. 60quater. - Op voorstel van de raad van de controledienst legt de Koning de procedure vast inzake de uitspraak, de termijnen en de betalingswijzen van de administratieve geldboetes voorzien door deze wet.

Bij samenloop van meerdere inbreuken bedoeld door artikel 60bis en bij samenloop van één of meerdere van deze inbreuken met een inbreuk, gesanctioneerd met een administratieve geldboete bedoeld door artikel 60ter, tweede lid, worden de bedragen van de administratieve geldboetes samen opgelegd zonder echter 800 000 Belgische frank te mogen overschrijden.

Bij herhaling binnen het jaar na de uitspraak, wordt de administratieve geldboete in hoofde van de nieuwe inbreuk gebracht op minimum het dubbele van de laatst opgelegde geldboete, zonder echter het maximumbedrag, voorzien voor de betrokken inbreuk door artikel 60bis of artikel 60ter, tweede lid, te mogen overschrijden.

Een administratieve geldboete kan niet meer worden uitgesproken twee jaar nadat de daad die de inbreuk uitmaakt, werd begaan. De verjaring wordt door de controledienst gestuit door de kennisgeving, per aangetekend schrijven, van de vaststelling van de inbreuk. De stuiting kan worden hernieuwd.

De opbrengst van de administratieve geldboetes komt toe aan de controledienst.

Art. 60quinquies. - § 1. De landsbond die de beslissing waarbij een administratieve geldboete wordt uitgesproken betwist, dient, op straffe van verval, een verhaal via verzoekschrift in bij de bevoegde arbeidsrechtbank binnen de maand na de betekening van de beslissing.

Deze voor de arbeidsrechtbank ingeleide vordering heeft geen schorsende kracht.

§ 2. Het ziekenfonds of de landsbond kan tegen beslissingen genomen overeenkomstig artikel 60, 3°, in beroep gaan bij de minister.

Het beroep bedoeld door het eerste lid, moet binnen vijftien kalenderdagen volgend op de betekening van de beslissing, worden ingesteld. Het heeft geen schorsende kracht.

De minister beslist binnen dertig kalenderdagen volgend op de instelling van het beroep. ».

**INTERPRETATIEREGELS BETREFFENDE DE NOMENCLATUUR VAN DE
GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN - RIZIV
(B.S. d.d. 27.7.2000 - Ed. 2)**

Op voorstel van de Technische Raad voor Implantaten van 27 januari 2000 en 23 mei 2000 en in uitvoering van artikel 22, 4°bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 19 juni 2000 de hiernagaaende interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 28, § 1, van de nomenclatuur :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Mag verstrekking nr. 612334 - 612345 Tijdelijk gebruik van een elektrodecatheter, intracavitair of in de slokdarm, voor elektrosystolisch stimuleren van het hart ... Y 61 tweemaal worden aangerekend wanneer tijdens dezelfde ingreep twee elektrodecatheters worden gebruikt voor het elektrosystolisch stimuleren van het hart ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 612334 - 612345 Tijdelijk gebruik van een elektrodecatheter, intracavitair of in de slokdarm, voor elektrosystolisch stimuleren van het hart... Y 61 mag slechts eenmaal worden vergoed. Die verstrekking moet worden beschouwd als een forfait dat geldt voor eenzelfde doorlopende periode van elektrosystolisch stimuleren van het hart.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Gewrichtsprothese voor de vingers, in silicone voor geneeskundig gebruik.

ANTWOORD

De gewrichtsprothese voor de vingers in silicone voor geneeskundig gebruik mag worden getarifeerd onder nr. 638875 - 638886 Voet- en handwortel : gewrichtsprothese in silicone voor medisch gebruik... Y 64.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Vervanging van een handwortelbeentje door een kunstimplantaat (b.v. os lunatum of os scaphoïdeum in silicone).

ANTWOORD

Het ingeplante materiaal moet worden getarifeerd onder nr. 638853 - 638864 Prothese voor os lunatum - kobalt/chroom of titaan... Y 220.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Hoe moeten de femorale of poplitea-stents worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Die stents moeten worden geattesteerd onder het nummer 613830 - 613841 Stents voor angioplastiek : afzonderlijke iliaca-stent... Y 600 of onder het nummer 613852 - 613863 Stent voor angioplastiek : iliaca-stent met ballontjes voor het plaatsen... Y 900, naargelang van het geval.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Mag de verstrekking 612850 - 612861 Set voor autotransfusie van bloed voor de verstrekkingsnummers 229014 - 229025, 229051 - 229062, 229073 - 229084 ... worden aangerekend voor de verwezenlijking van de volgende verstrekkingsnummers :

229596 - 229600

Operatie op het hart of de grote thoracale bloedvaten die de plaatsing of het plaatsen van een kunstklep omvat, met extracorporele circulatie.

229611 - 229622

Myocardrevascularisatie uitgevoerd met een slagaderent (mammaria, gastroëpiploica of geëxplanteerde slagader) inbegrepen de eventuele geassocieerde veneuze bypass(en).

229574 - 229585

Myocardrevascularisatie door anastomose met behulp van de arteria mamalia interna, met aanwending van de twee arteriae mamaliae internae of implantatie van een arteria mamalia interna in de vorm van sequentiële overbruggingen.

ANTWOORD

Voor zover in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingsnummers werden opgenomen, kwamen de verstrekkingsnummers 229596 - 229600, 229611 - 229622 en 229574 - 229585 al voor onder het codenummer 229014 - 229025 Operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten, met extracorporele circulatie, dat wel degelijk aangehaald wordt in de omschrijving van de verstrekking 612850 - 612861 Set voor autotransfusie van bloed voor de verstrekkingsnummers 229014 - 229025,

De verschillende onderdelen van de verstrekking 229014 - 229025 kunnen eveneens aanleiding geven tot de vergoeding van de verstrekking 612850 - 612861.

De verstrekking 612850 - 612861 mag dus worden aangerekend voor de verwezenlijking van de verstrekkingsnummers 229596 - 229600, 229611 - 229622 of 229574 - 229585.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Hoe moet een implanteerbaar netje dat als verankering wordt gebruikt bij een cystokelebehandeling, worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Het implanteerbare netje mag door gelijkstelling worden aangerekend onder het codenummer 612371 - 612382 Implanteerbaar netje voor herstel van breuk of eventratie per 10 cm²,... Y 2, ongeacht de afwijking.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Hoe moet een (inter)vertebrale cage worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Dit implantaat mag door gelijkstelling worden aangerekend onder het nomenclaturnummer 637954 - 637965 Raam,... Y 300.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing 10 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad en vervangen de interpretatieregels opgenomen in de rubriek 602 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De Leidend ambtenaar,
Fr. PRAET.

De Voorzitter,
D. SAUER.

Op voorstel van de Overeenkomstencommissie orthopedisten-verzekeringsinstellingen van 21 maart 2000 en in uitvoering van artikel 22, 4^{bis}, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 19 juni 2000 de hiernagaaande interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 29 van de nomenclatuur :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Is een glissonse riem (tractiesysteem) cumuleerbaar met een halskraag ?

ANTWOORD

In dit geval mag de cumulatie worden toegestaan; het gaat immers om twee prefab-artikelen van dezelfde groep en dus met dezelfde topografie, maar met verschillende functies.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Wordt de cervicale halskraag van « Push » beschouwd als een mousse halskraag of als een Schanzkraag ?

ANTWOORD

De cervicale halskraag van « Push » moet door gelijkstelling worden getarifeerd onder de verstrekking nr. 645175 Soepele halskraag... T 26,15.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Hoe moet een korset, type « OVALE », getarifeerd worden ?

ANTWOORD

Het korset type « OVALE » moet worden getarifeerd onder de verstrekking nr. 645654 L.S.O., ondersteunend, passief corrigerend (type BOB)... T 325,77.

Het korset mag worden gecumuleerd met de verstrekking 646590 Luchtkussentje voor corset... T 77,75.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Kan het opblaasbaar luchtkussentje gecombineerd worden met een toestel naar maat ?

ANTWOORD

De verstrekking nr. 646590 Luchtkussentje voor corset... T 77,75 mag niet worden gecumuleerd met een verstrekking « maatwerk », behalve na voorafgaand akkoord van de adviserend geneesheer, zoals is bepaald in artikel 29, § 4, van de nomenclatuur voor de cumulatie van geprefabriceerde toestellen en toestellen naar maat.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

a) Hoe moet een knieapparaat Lennox Hill of Donjoy op maat worden getarifeerd ?

b) Hoe moet een CTI, Lennox Hill, Performer, GEN II op gipsafdruk, maar niet in eigen atelier vervaardigd, worden getarifeerd ?

ANTWOORD

a) Het knietoestel Lennox Hill en Donjoy zijn geprefabriceerde toestellen en moeten als dusdanig onder de nummers voorbehouden voor de prefabartikelen worden getarifeerd.

De genoemde toestellen kunnen nooit als handgemaakte artikelen worden getarifeerd.

b) De toestellen CTI, Lennox Hill, Performer, GEN II en analoge producten op gipsafdruk moeten als prefabartikelen worden afgeleverd en getarifeerd.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Toebehoren en bijslagen voor paraplegie-orthesen, voor één lidmaat of voor beide ?

ANTWOORD

Het toebehoren dat betrekking heeft op één lidmaat wordt éénmaal per lidmaat getarifeerd.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Onder welk codenummer wordt een Sarmiento brace voor onderbeen, getarifeerd ?

ANTWOORD

De Sarmiento brace is een geprefabriceerd toestel en moet worden getarifeerd onder de verstrekking 647334 Fracture bracing... T 458,34.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Na een knieoperatie wordt een knietoestel aangelegd en aangerekend onder het nomenclatuurnummer 647614 Knieapparaat met segment dij en kuit met regelbaar kniescharnier (BIII 1)... T 230,07.

Bij bepaalde patiënten schrijft de geneesheer enkele maanden na de levering van het apparaat een definitief apparaat voor dat kan worden aangerekend onder het nomenclatuurnummer 647592 Knie-apparaat, stevig, met vaste structuur dat de volledige omtrek van de dij en de kuit omvat, met kniescharnier, al dan niet regelbaar (BIII 1)... T 575,17.

ANTWOORD

De verstrekkingen nrs.

647592

Knieapparaat, stevig, met vaste structuur dat de volledige omtrek van de dij en kuit omvat, met knie-scharnier, al dan niet regelbaar (BIII 1) T 575,17

en

647614

Knieapparaat met segment dij en kuit, met regelbaar kniescharnier (BIII 1) T 230,07 mogen niet worden gecumuleerd binnen de in artikel 29, § 4, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vastgestelde termijnen. Het gaat hier om apparaten met een zelfde therapeutische functie en die vermeld staan in dezelfde hoofdgroep en topografie.

Ingeval van een evolutieve pathologie, als een tweede apparaat is voorgeschreven gedurende de vergoedingsperiode mag slechts één van beide apparaten worden vergoed.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Bij het vervaardigen van een IMF, bij een hechting van een strek- of buigpees van vinger, moet de pols in flexie of extensie gehouden worden.

Wat kan aangerekend worden als polssegment ?

ANTWOORD

Bij een hechting van een strek- of buigpees van de vinger moet een IMF met het doel de vinger in flexie of extensie te houden worden getarifeerd onder de verstreking nr. 649390 Hand- en vingersegment :

dit segment wordt enkel in aanmerking genomen indien de toerusting van de hand en de vingers in één stuk is opgevat, d.w.z. indien de vingers samen en niet afzonderlijk worden genomen. Deze post mag een gedeelte zijn van een toestel met andere meer proximale segmenten... T 36,37.

De vergoeding van het polssegment is niet opgenomen in de categorie IMF.

Het pols- en onderarmsegment is opgenomen onder het nummer 649633 Pols- en onderarmsegment... T 45,23, voor zover het reikt tot de proximale twee derde van de onderarm (C VII 1). Die verstreking mag worden bijgevoegd bij het hand- en vingersegment.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Is een anti-halluxvalgus apparaat nog vermeld in de nomenclatuur ?

ANTWOORD

Het redressieapparaat voor hallux valgus is voorzien onder het codenummer 650510 (prefab).

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Bestaan er geen nachtopparaten meer ?

ANTWOORD

De nachttoestellen zijn opgenomen onder de rubriek D. Specifieke orthesen.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

Is de verstreking nr. 650495 Geleed schoentje met veertractie of regelbare spanning (maximum 3 per voet, per jaar... T 117,67) vergoed per jaar en zo ja, wat moet worden getarifeerd voor 1 schoentje ?

ANTWOORD

De verstreking nr. 650495 mag maximaal driemaal per voet en per jaar worden vergoed.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

Is bij het afleveren van een nieuwe bovenbeenprothese van het tubulaire type (651770) de bekleding in schuimrubber (652256) inbegrepen, of moet dit toegevoegd worden ?

ANTWOORD

De attestering van een nieuwe bovenbeenprothese dekt de bekleding van schuimrubber. Bijgevolg kan in onderhavig geval de verstreking 652256 Bekleding van schuimrubber voor buisvormige prothese, per jaar... T 118,12 niet worden bijgetarifeerd.

De verstreking 652256 mag pas worden getarifeerd na de duur van een jaar, na de levering van de prothese zelf.

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Brandwondenkous :

- hoe tarifieren en aanvragen ?
- onder welk erkenningsnummer vallen die zaken ?

ANTWOORD

De voorwaarden inzake verzekeringsvergoeding voor de drukkledij en maskers voor zwaar verbranden zijn opgenomen in artikel 29, § 18, a), van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Volgens de nomenclatuur art. 29, § 4, B, 2°, zijn geprefabriceerde artikelen niet cumuleerbaar met handgemaakte artikelen, behalve...

Geldt dit ook voor orthesen van het onderste lidmaat, die van orthopedisch schoeisel moeten worden voorzien ?

ANTWOORD

De in artikel 29, § 4, van de nomenclatuur opgenomen regels zijn niet van toepassing op de orthopedische schoenen waarvoor specifieke regels zijn vastgesteld.

De verstrekkingen nr. 653612 Correctieschoeisel : een paar loopschoenen voor kinderen tot en met het 4de levensjaar (maximum 3 paar, per jaar)... T 82 en nr. 653634 Correctieschoeisel : een paar loopschoenen voor kinderen vanaf het 5de levensjaar (maximum 2 paar, per jaar)... T 82 mogen gecombineerd worden met de maatwerk orthopedische toestellen van het onderste lidmaat.

De verstrekking 650495 Geleed schoentje met veertractie of regelbare spanning (maximum 3 per voet, per jaar)... T 117,67 is enkel te combineren met de toestellen uit D. Specifieke Orthesen. Hoofdgroep III.

INTERPRETATIEREGEL 16

VRAAG

Wat is een sector, zoals bedoeld in de verstrekkingen van artikel 29 van de nomenclatuur ?

ANTWOORD

Onder sector dient te worden verstaan een systeem dat het progressief regelen van de geleidingsbewegingen mogelijk maakt.

INTERPRETATIEREGEL 17

VRAAG

Bij pes adductus + torsio tibiae wordt een specifieke orthese aangelegd als nachtopparaat. Gedurende de dag worden rechte leestschoenen gedragen (therapeutisch schoeisel). Op welke wijze is deze combinatie te tarifieren, aangezien het om een zelfde aandoening gaat ?

ANTWOORD

De cumulatie is toegestaan. De orthopedische schoenen worden niet beoogd in de cumulatierregels die zijn opgenomen in artikel 29, § 4, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 18

VRAAG

Mag er na het aanleggen van een IMF, een definitief apparaat aangelegd en getarifeerd worden ?

ANTWOORD

De immediate fitting (IMF) mag worden getarifeerd voor zover er een indicatie wordt gesteld dat een toerusting rechtstreeks bij de patiënt wordt aangelegd voor tijdelijk gebruik.

Indien de patiënt daarna wordt toegerust met een definitieve orthese, mag deze als dusdanig worden getarifeerd aangezien in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen geen vernieuwingstermijn is vastgesteld voor de IMF-toestellen en niet is voorzien in een verbod tot cumulatie van IMF-toestellen en toestellen naar maat.

INTERPRETATIEREGEL 19

VRAAG

In de nomenclatuur is voorzien in de mogelijkheid om een bijkomende koker te vergoeden in geval van opnieuw amputeren, van heelkundige bewerking op de stomp of van belangrijke verandering van de stomp. Wie is bevoegd om de vergoeding van die verstrekking toe te staan ?

ANTWOORD

De beslissing over de toekenning van de vergoeding van een bijkomende koker in geval van opnieuw amputeren, van heelkundige bewerking op de stomp of van belangrijke verandering van de stomp, behoort tot de bevoegdheid van de adviserend geneesheer.

Bijvoorbeeld : de verstrekkingen nrs. 652271, 652293, 652315 en volgende, en 653192, 653214 en 653236.

INTERPRETATIEREGEL 20

VRAAG

Als een geneesheer-specialist maatwerk voorschrijft, moet de zorgverstreker dan dit maatwerk maken of moet hij bij de levering een prefab overwegen ?

ANTWOORD

De behandelend en voorschrijvend geneesheer beslist over de medische indicatie en over de te volgen therapie in overleg met de zorgverstreker, die verplicht is over te gaan tot de meest geschikte uitvoering.

Het voorschrijven van maatwerk ontslaat de verstreker er niet van om een omstandige motivering af te leveren samen met het getuigschrift voor afleveringen en de verzekeringsvergoeding wordt onderworpen aan het akkoord van de adviserend geneesheer vóór de terugbetaling, enkel bij keuzemogelijkheid tussen prefab en maatwerk.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing 10 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad en vervangen de interpretatieregels opgenomen in de rubriek 603 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De Leidend ambtenaar,
Fr. PRAET.

De Voorzitter,
D. SAUER.

Op voorstel van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringinstellingen van 21 maart 2000 en in uitvoering van artikel 22, 4°bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 19 juni 2000 de hiernagaande interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 27 van de nomenclatuur :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Buikgordel naar maat : cumulatierregelen.

ANTWOORD

601311

Heupomtrek van minder dan 1 m Y 81,75

De buikgordel, voorzien onder de nummers 601311, 601333, 601355 en 601370 is cumuleerbaar met de gordel voorzien onder het codenummer :

641012

Regelbare bevestigingsgordel voor colostomie, ileostomie, ureterostomie en cystostomie, inclusief de eventuele steunplaat Y 6,80

Het geval moet beantwoorden aan de maatstaven die zijn vastgesteld voor de 2 toestellen.

601414

Kussentje voor nierptosis of liesbreuk Y 7,63

Deze verstrekking mag niet worden gecumuleerd met een breukband.

601436

Kussentje voor eventratie Y 10,9

Dit kussentje mag slechts samengaan met een buikgordel.

INTERPRETATIEREGEL 2.

VRAAG

Wat is de verzekeringstegemoetkoming voor een breukband voor bilaterale liesbreuk wanneer aan de verzekerde één jaar tevoren een breukband voor unilaterale liesbreuk is vergoed ?

ANTWOORD

Er moet worden beschouwd dat het gaat om een nieuwe band en verstrekking nr. 601090 ... Y 13,08 of nr. 601112 ... Y 70,85 moet worden vergoed.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing 10 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad en vervangen de interpretatieregels opgenomen in de rubriek 601 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De Leidend ambtenaar,
Fr. PRAET.

De Voorzitter,
D. SAUER.

MAXIMUM AANTAL DIENSTEN RADIOThERAPIE

9 JULI 2000. - Koninklijk besluit houdende bepaling van het maximum aantal diensten radiotherapie dat mag uitgebraat worden (B.S. d.d. 30.8.2000 - Ed. 2)

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 44ter, ingevoegd door de wet van 21 december 1994;

Gelet op het koninklijk besluit van 5 april 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst radiotherapie moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst, zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, gewijzigd door het koninklijk besluit van 17 oktober 1991;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 27 april 2000;

Gelet op het akkoord van de Minister van Begroting, gegeven op 16 mei 2000;

Gelet op het besluit van de Ministerraad van 26 mei 2000 over de adviesaanvraag binnen de termijn van een maand;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 20 juni 2000, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid en van Onze Minister van Sociale Zaken, en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder «radiotherapiediensten» : de radiotherapiediensten bedoeld in artikel 3, §§ 1, en 1bis, van het koninklijk besluit van 5 april 1991

houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst radiotherapie moet voldoen om te worden erkend als zware medisch- technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Art. 2. Het aantal radiotherapiediensten wordt beperkt tot het aantal diensten die op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit erkend zijn overeenkomstig het in artikel 1 bedoelde besluit.

Het aantal radiotherapiediensten die gezamenlijk beantwoorden aan de erkenningsnormen en een erkenning bekwamen op grond van artikel 3, § 1bis van hoger vermeld koninklijk besluit, wordt eveneens beperkt tot het aantal diensten die op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit worden uitgbaat.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het Belgisch Staatsblad wordt bekendgemaakt en houdt zes maanden na deze datum op uitwerking te hebben.

Art. 4. Onze Minister van Volksgezondheid en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 9 juli 2000.

ALBERT
Van Koningswege :
De Minister van Volksgezondheid,
Mevr. M. AELVOET
De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE

RIZIV-VERORDENING : "ZIEKENHUISOPNAME" IN PSYCHIATRIE

19 JUNI 2000. - Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 5.9.2000)

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op artikel 9, § 7, gewijzigd door de verordening van 11 juni 1979 en door de verordening van 26 april 1999;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 19 juni 2000,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 9, § 7, van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt aangevuld met een derde liggend streepje, luidend als volgt :

« - worden de dagen afwezigheid voor therapeutische doeleinden, welke in de psychiatrische inrichtingen en diensten zijn toegestaan in het raam van de toepassing van de vorenbedoelde nationale overeenkomsten, eveneens geacht de opnemings niet te onderbreken. De psychiatrische inrichtingen en diensten zijn evenwel verplicht de verzekeringsinstelling van de rechthebbende in te lichten over het verlof dat is genomen ».

Art. 2. Deze verordening heeft uitwerking met ingang van 1 april 2000.

Brussel, 19 juni 2000.

De Leidend Ambtenaar,
F. PRAET.

De Voorzitter,
D. SAUER.

SIS-KAART NIET LANGER GEBONDEN AAN DERDEBETALER ?

Artikel 26 van de sociale programmawet van 12 augustus 2000 (B.S. 31.08.2000) wijzigt het tweede lid van artikel 5 van het K.B. van 18.12.1996 houdende maatregelen met het oog op de invoering van een sociale identiteitskaart ten behoeve van alle sociaal verzekerden , en wel als volgt:

« De natuurlijke of rechtspersonen bedoeld in artikel 2, n) (n.v.d.r.:de « zorgverleners ») van voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (n.v.d.r.: de « ZIV-wet ») mogen gebruik maken van de sociale identiteitskaart van de sociaal verzekerden waarmee ze in betrekking staan. »

De oorspronkelijke tekst van art.5 voorzag dat alleen de voormelde natuurlijke of rechtspersonen die de derdebetalersregeling toepassen, gebruik konden maken van de SIS-kaart om hun verplichtingen inzake derdebetalen te vervullen.

Wij mogen er dus van uitgaan dat hier een belangrijke koerswijziging wordt beoogd in een veralgemeend toepassingsveld van de SIS-kaart in het kader van de medische zorgverlening.

DE ETHISCHE POSITIE VAN DE ARTSEN TEGENOVER DE GENEESMIDDELENINDUSTRIE

Voordracht gehouden door VBS-Secretaris-generaal, Dr Marc MOENS, ter gelegenheid van een debatavond te Oostende, op 8 september 2000, georganiseerd door de Belgische Verenigingen voor Medische Moraal en Ethiek, in samenwerking met de Koninklijke Geneesheren Vereniging van Oostende. Dr MOENS sprak in zijn functie van BVAS-Voorzitter.

1. SITUATIESCHETS

De houding die de Overheid heeft aangenomen tegenover de geneesmiddelensector in de jaren 90 vertoont enkele gelijkenissen met het verhaal van de klinische biologie in de jaren 80. Via de media wordt de actoren, in dit geval de voorschrijvende artsen en de farmaceutische industrie een soort schuldgevoel opgedrongen, door continue verdachtmakingen die op anonieme wijze worden geformuleerd, en die de ganse groep in diskrediet brengen.

Bij wijze van voorbeeld verwijs ik naar een artikel in "De Morgen" van 31.03.1998 dat heel wat beroering verwekte: "Geneesmiddelenindustrie lokt dokters met zwart geld", naderhand dik in de verf gezet door de Onafhankelijke Ziekenfondsen in hun ledenblad "Profiel van het leven" nr. 46, juli-augustus 1998 onder de titel "Centen per voorschrift". Ik citeer"...Artsen met een florissante praktijk kunnen zo 10.000 frank per dag, of meer, onder tafel bijverdienen...".

LOZ-secretaris-generaal, Daniël FERETTE, heeft zich in het volgende nummer weliswaar verontschuldigd, en er werden twee rechten van antwoord gepubliceerd. Toch kunnen we ons, zoals ook de Orde der Geneesheren in zijn vergadering van 2 augustus 1998 opmerkte, niet van de indruk ontdoen, dat het Onafhankelijk Ziekenfonds de inhoud van dergelijke artikels onderschrijft. De brief vanwege de Nationale Raad aan de heer D. FERETTE werd niet in "Profiel" gepubliceerd. (Tijdschrift Nationale Raad Orde van Geneesheren. Vol. VII nr. 82, december 1998.)

Toen de Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (A.V.G.I.) op 3 maart 1999 de "Belgian Health Summit" organiseerde in Brussel, met deelname van beleidsverantwoordelijken uit de verschillende sectoren van de gezondheidszorg en van de betrokken ministers, ging in de TV-journaals de meeste aandacht naar een pseudo-ludieke SP-verkiezingsactie van toenmalige ex-vice-premier Johan VANDE LANOTTE, met zijn toenmalige Oostendse kompaan, Reddy DE MEY, tegen de reclame van de "kooplieden in de gezondheidstempel" m.a.w. tegen de farmaceutische industrie, en naar de platte boutade van ex-premier Jean-Luc DEHAENE die de uitspraak van zijn vader-psychiater in herinnering bracht: "Geneesmiddelen dienen om patiënten gerust te stellen; zijn familieleden schreef hij die niet voor". De rest van de commentaar werd beperkt tot de titel van de studiedag: "De patiënt staat centraal".

Projecten van artsen waarbij de farmaceutische industrie als partner of als sponsor wordt betrokken, worden met twee maten en twee gewichten beoordeeld al naargelang de initiatiefnemers. Ter illustratie vermeld ik dat bij de oprichting van de "Belgian Stroke Council" door universitaire klinici en vertegenwoordigers van farmaceutische laboratoria, de pers (cfr. La Libre Belgique-24.05.2000) positief berichtte over de doelstellingen, met name het uitbreiden van de wetenschappelijke kennis over het cerebrovasculair accident, het optimaliseren van de zorg en het bijdragen tot de specifieke opleiding van de artsen in dit domein.

Zodra uitlekte dat de v.z.w. Media Medica zou worden opgericht op initiatief van een voorman van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten, Dr. Roland LEMYE, met de bedoeling de lokale kwaliteitsevaluatiegroepen (LOK's) discussiestof en een forum aan te bieden over de kwaliteit van zorg in onze verscheiden praktijken, verschenen in de media kritische (zoals Dirk DE WILDE in "De Morgen" van 28.02.2000 : "Farmaceutische bedrijven sponsoren rationeel voorschrijfgedrag artsen") of ronduit beledigende commentaren (zoals Isabelle LEMAL in "Le Soir" van 29.03.2000 : Le rêve fou du Dr. LEMYE. Si on privatisait l'évaluation médicale?). Nochtans hebben de initiatiefnemers er angstvallig over gewaakt elke collusie met de farmaceutische industrie te vermijden.

Het LOK-magazine dat in mei 2000 het levenslicht zag wordt gefinancierd via de publicitaire inbreng van de adverteerders, waaronder, nota bene, ook advertenties voor generische geneesmiddelen. Het redactioneel charter voorziet in een aantal garanties o.m. wat betreft redactionele onafhankelijkheid (vrijwaring van elke politieke, syndicale, commerciële of confessionele druk) en pluralisme.

2. ENKELE ELEMENTEN UIT DE BELGISCHE EN INTERNATIONALE REGELGEVING

2.1. Orde der Geneesheren

In de "Code van geneeskundige plichtenleer" opgesteld door de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren, is quasi niets terug te vinden over de ethische positie van artsen tegenover de geneesmiddelenindustrie. Alleen het artikel 179 §3 stelt dat de geneesheer niet tezelfdertijd de geneeskunde mag uitoefenen en fabrikant of verdeler zijn van geneesmiddelen, geneeskundige of prothese-apparaten.

De Vergadering van de Nationale Raad van 20 januari 1990 bevestigde in concreto dat een geneesheer-directeur van een farmaceutisch laboratorium zijn medische praktijk moet stopzetten.

In een "Vrije Tribune" in het maartnummer 1995 van het "Tijdschrift Nationale Raad Orde van Geneesheren", volume IV, nr 67, merkten de dokters KAHN, BARBIER en BERNAERTS op dat de Code tekort schiet op het gebied van de relaties tussen medische wereld en geneesmiddelenindustrie.

Een aantal leden van de Orde heeft destijds overleg gepleegd met de bestuurders van de AVGI en zij hebben een aantal wijzigingen voorgesteld aan de toen meest recente editie van de Code voor deontologie van de AVGI, opgesteld in maart 1993. Deze AVGI-code werd inmiddels op 30 november 1999 gewijzigd en is een opmerkelijk degelijk werkstuk. De opmerking van KAHN et al. blijft echter gelden: niet alle relaties tussen het artsencorps en de gehele geneesmiddelenindustrie kunnen via de AVGI-code worden geregeld. In tegenstelling tot de artsen kiezen de farmaceutische firma's immers vrij of zij zich onderwerpen aan het gezag van de AVGI, dan wel of zij uit de beroepsvereniging stappen.

Relativerend kunnen we er aan toevoegen dat ook niet alle artsen hun lidgeld aan de Orde betalen, alhoewel dit wel degelijk een wettelijke verplichting is waar bij weigering tot betaling, sancties in de wet zelf staan beschreven.

De Nationale raad heeft op 22 augustus 1992 een advies gegeven over "Experimenten met geneesmiddelen" (Tijdschrift Nationale Raad Orde van Geneesheren, december 1992, vol. I, nr 58, pag. 20). Zij stelde dat het aanvaarden van een som geld en een geneesmiddelenmonster per geopend dossier - het betrof een proef met een product dat oorspronkelijk niet werd toegepast bij de behandeling van metastatische prostaatanker - ethisch en deontologisch onaanvaardbaar is.

Op 21 september 1994 en 18 februari 1995 sprak de Nationale Raad zich uit over het werven van patiënten en het uitvoeren van experimenten (Tijdschrift Nationale Raad Orde van Geneesheren, juni 1995, vol. IV, nr 68, pag. 29).

Het initiatief voor een experiment op de mens moet uitgaan van een geneesheer of een groep geneesheren, regelmatig ingeschreven bij de Orde en moet volledig onafhankelijk zijn t.o.v. om het even welke farmaceutische firma. Het protocol moet goedgekeurd worden door een commissie voor ethiek, die werd erkend door de Nationale Raad.

De geneesheer, verantwoordelijk voor het experiment moet, na een grondige voorlichting, de vrije toestemming van de proefpersoon bekomen.

In hetzelfde nummer adviseert de Nationale Raad dat het ethisch en deontologisch onaanvaardbaar is dat een farmaceutische firma zich zou richten tot de huisartsen van de regio van een bepaald ziekenhuis, om hen er op te wijzen dat in dat ziekenhuis klinische proeven fase III worden uitgevoerd met een van haar geneesmiddelen en om hen er op te wijzen dat hun patiënten de kans wordt geboden mee te werken aan deze proeven.

In zijn vergadering van 30 oktober 1999 herhaalde de Nationale Raad van de Orde, gepubliceerd in het Tijdschrift Nationale Raad Orde van Geneesheren, vol VIII, nr 87, maart 2000, dat bij de rekrutering van patiënten voor een klinische studie of ter aanbeveling van een welbepaald ziekenhuis het solliciteren van huisartsen door een geneesheer, in dienst van een farmaceutische firma onaanvaardbaar is.

Tenslotte wijzen we nog op artikel 10, onder het hoofdstuk II, "Algemene plichten van de geneesheer": "De geneeskunde mag in geen geval en op geen enkele wijze als een handelszaak worden opgevat.". In de context van de relaties met de farmaceutische industrie hoeft dit artikel geen verder betoog.

2.2. Belgische Wetgeving

2.2.1. De Wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen (B.S. 17 april 1964) gewijzigd bij Wet van 21 juni 1983 (B.S. 15 juli 1983)

Artikel 10 luidt als volgt:

"Het is verboden bij de levering van geneesmiddelen rechtstreeks of zijdelings premies of voordelen aan te bieden. Het is aan de fabrikanten, invoerders en groothandelaars van geneesmiddelen verboden, rechtstreeks of zijdelings premies of voordelen aan te bieden of te verlenen aan personen die geneesmiddelen mogen voorschrijven. Het is verboden premies of voordelen te verzoeken of ze te aanvaarden."

De centrale gedachte hierbij is steeds geweest dat beïnvloeding van het voorschrijfgedrag moet worden vermeden. Dit is perfect aanvaardbaar en correct: de diagnostische en therapeutische vrijheid die wij voorstaan, is slechts verdedigbaar wanneer wij artsen autonoom, objectief en kritisch voorschrijven.

Wanneer de Overheid vandaag in zijn overlegtekst over een vernieuwd geneesmiddelenbeleid voorziet dat, als via Farmanet wordt gemeten dat artsen voorschrijven zoals de minister het graag heeft, hij een "bonus rationeel voorschrijven" zal krijgen (terwijl voor artsen die sterk afwijken een daling van de huidige toelagen- m.a.w. het accrediteringssupplement- wordt overwogen) dan zondigt zij tegen de geest van deze Wet.

De Belgische rechtbanken passen het artikel 10 van deze wet zeer strikt toe. In zijn uitvoerige analyse onder de titel "De cadeaucultuur in de medische sector: there is no such thing as a free lunch?" (Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1998-1999, 12-22) bekritiseert Prof. Thierry VANSWEEVELT dit absoluut verbod, dat hij wereldvreemd noemt.

Hij pleit ervoor dat een vergoeding zou veroorloofd zijn wanneer er een legitieme prestatie tegenover staat, zoals in het geval van een arts die, in samenwerking met een farmaceutische firma, een klinische studie opzet, waarvoor hij tijd, werkkraft en eventueel personeel en infrastructuur inzet. Een absoluut verbod tot vergoeding is volgens VANSWEEVELT strijdig met de bedoeling van de wetgever, kan de vooruitgang van de geneeskunde belemmeren en kan de bijscholing van de artsen vertragen.

Ik onderschrijf ook zijn visie dat praktijken waarbij een arts premies of voordelen ontvangt wanneer hij bepaalde geneesmiddelen voorschrijft, of om hem aan te sporen bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven, ongeoorloofd zouden zijn. Dat is wat zeer veralgemenend, anoniem, en zonder bewijsvoering werd beschreven in de zonet vernoemde artikels in "De Morgen" en "Profiel". (cfr. 2 en 3).

In het eerste geval is de tegenprestatie niet legitiem en bovendien deontologisch onaanvaardbaar. Artsen moeten adequaat voorschrijven, d.w.z. alleen indien nodig, en het best aangewezen product, waarbij moet rekening worden gehouden met artikel 36 van de Code van de medische plichtenleer.

Artikel 36: *"De geneesheer beschikt over de diagnostische en therapeutische vrijheid. Hij zal vermijden onnodige dure onderzoeken en behandelingen voor te schrijven of overbodige verstrekkingen te verrichten."*

In het tweede geval -premie of voordelen aanbieden om de arts aan te sporen bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven- is er zelfs geen tegenprestatie. In dergelijke eventuele situatie zou de medische informateur, tegen de AVGI-deontologische code in, het "do ut des"-principe trachten toe te passen: "Ik geef opdat U me iets zou teruggeven."

2.2.2. Het K.B. van 7 april 1995 (B.S. 12 mei 1995) betreffende de voorlichting en reclame inzake geneesmiddelen

Via dit K.B. betreffende de voorlichting en de reclame inzake geneesmiddelen voor menselijk gebruik, heeft de wetgever de Europese richtlijn nr 92/28/EEG van 31 maart 1992 ingevoerd.

Artikel 9 van de EEG-richtlijn verbiedt ook premies of voordelen in geld of in natura "tenzij deze een geringe waarde hebben en relevant zijn voor de uitoefening van de geneeskunde of de farmacie".

Het artikel 12 van het K.B. van 7 april 1995 kan van toepassing zijn op binnen- en buitenlandse congressen of symposia, op de organisatie van de continue medische navorming, al dan niet in de context van de LOK's e.d.m..

De tekst luidt als volgt:

"§1 De gastvrijheid die in het kader van de verkoopsbevordering wordt geboden, moet steeds binnen redelijke perken blijven en ondergeschikt zijn aan het hoofdoel van de bijeenkomst; zij mag zich niet uitstrekken tot anderen dan de beroepsbeoefenaren in de gezondheidssector.

De beroepsbeoefenaren in de gezondheidssector mogen geen zaken aannemen of vragen die verboden zijn door het vorige lid.

§2 De gastvrijheid die direct of indirect wordt geboden tijdens manifestaties met een uitsluitend beroepsmatig en wetenschappelijk karakter dient steeds binnen redelijke perken te blijven en secundair te zijn t.o.v. het wetenschappelijke hoofdoel van de bijeenkomst; zij mag zich niet uitstrekken tot anderen dan de beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector."

In casu viseert deze wetsbepaling het uitnodigen van de arts met zijn/haar partner wat door de wetgever als ongeoorloofde beïnvloeding wordt beschouwd, die niets met het wetenschappelijk karakter van de bijeenkomst heeft te maken.

In België wordt de vergoeding voor congres-, reis- en verblijfkosten niet als rechtstreeks of zijdelings voordeel in de zin van art. 10 van de Geneesmiddelenwet, in de mate dat het om een wetenschappelijk congres gaat.

Ter vergelijking is de American Medical Association veel strikter. In "Gifts for physicians from industry" J.A.M.A. 11, 1991, vol 265, pag 501, schrijft de AMA het volgende voor:

"Subsidies from industry should not be accepted directly or indirectly to pay for the costs of travel, lodging, or other personal expenses of the physicians who are attending the conferences or meetings, nor should subsidies be accepted to compensate for the physicians time. Subsidies for hospitality should not be accepted outside of modest meals or social events that are held as part of a conference or meeting."

2.2.3. De Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (G.V.U.-wet) gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S. 27.08.1994)

Volledigheidshalve citeren wij ook twee elementen uit de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994, met name het artikel 30 betreffende de Profielencommissies, die ressorteren onder de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, en het artikel 73 betreffende de plichten van de zorgverleners. De opvolging van artikel 73 valt rechtstreeks onder de bevoegdheid van de Dienst voor geneeskundige controle en situeert zich dus in de sanctionele sfeer.

Art. 30: *"Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging worden, voor de voor de Koning aan te wijzen disciplines, profielencommissies ingesteld die tot taak hebben een evaluatie van de profielen, per zorgverlener, per voorschrijver van verzorging, per plaats waar de verstrekkingen worden verricht, per verplegingsinstelling en per anoniem ziekenhuisverblijf te maken die zijn opgemaakt op grond van de in artikel 206, tweede lid, opgelegde statistische tabellen."*

De samenstelling en de werkingsregelen van die commissies worden door de Koning bepaald. De Koning benoemt de Voorzitter en de leden van die profielencommissies.

Het Instituut is ertoe gemachtigd de voormelde profielen te analyseren met het oog op een evaluatie ervan enerzijds, en met het oog op de uitwerking van nieuwe vergoedingswijzen voor de verleende verzorging en de afgeleverde producten, anderzijds. De resultaten van deze analyses worden meegedeeld aan de betrokken Profielencommissies, en onder de door de Koning te bepalen modaliteiten en voorwaarden, aan andere organen, Commissies en personen."

Art. 73: *"De geneesheer en de tandheekkundige oordelen in geweten en in volle vrijheid over de aan de patiënten te verlenen verzorging. Zij zullen erover waken toegewijde en bekwame geneeskundige verzorging te verstrekken in het belang van de patiënt en rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen.*

Zij zullen zich onthouden van het voorschrijven van onnodig dure onderzoeken en behandelingen, alsook van het verrichten of laten verrichten van overbodige verstrekkingen ten laste van de regeling voor verplichte verzorging en uitkeringen".

....

"Het onnodig dure karakter van onderzoeken en behandelingen en het overbodig karakter van verstrekkingen dienen geëvalueerd te worden in vergelijking met de onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen die een zorgverlener voorschrijft, verricht of laat verrichten in gelijkaardige omstandigheden."

2.2.4. K.B. nr 143 van 30 december 1982 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor verstrekkingen van klinische biologie (B.S. 12.01.1983)

Zoals reeds vermeld zijn er enkele gelijkenissen tussen de klinische biologie en de verhoudingen van artsen t.o.v. geneesmiddelenindustrie. Artikel 5 van het K.B. 143 van 30 december 1982 over de laboratoria voor klinische biologie ligt in dezelfde lijn als het artikel 10 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen.

Art. 5. *"Aan de geneesheren die verstrekkingen van klinische biologie voorschrijven mag noch rechtstreeks, noch onrechtstreeks enig voordeel worden toegekend, noch enige vergoeding voor een activiteit vermeld in artikel 6."*

Het artikel 3 " §3, 2°, sluit bovendien uit dat geneesheren-connexisten (§1, 1°) en klinisch biologen (§1, 3°) geen vennoot mogen zijn of aandelen bezitten in een vennootschap waarvan het maatschappelijk doel in verband staat met de geneeskunst.

" §3. De uitbaters van een laboratorium bedoeld in §1, 1° of 3° van dit artikel moeten aan volgende voorwaarden voldoen:

1° zij mogen slechts één laboratorium uitbaten;

2° zij mogen noch lid noch vennoot zijn van een andere rechtspersoon, noch rechtstreeks, noch onrechtstreeks titels, die al dan niet kapitaal vertegenwoordigen, bezitten in een vennootschap, waarvan het maatschappelijk doel in verband staat met de geneeskunst - onder meer de uitbating van een laboratorium van klinische biologie, het vervaardigen van farmaceutische producten, de productie of de levering van geneeskundige apparatuur of prothesen, de productie of de uitbating van informatica-apparatuur die in verband staat met de geneeskunst - of de levering van goederen of diensten aan de beoefenaars van de geneeskunst. Zij mogen noch de hoedanigheid hebben van orgaan, noch lid zijn van een orgaan, noch de vennoten, organen of leden van organen van deze vennootschappen vertegenwoordigen. Deze bepalingen mogen door de Koning worden uitgebreid tot andere rechtspersonen of vennootschappen;

3°

4° ...".

In de praktijk is de toepassing van dit KB grotendeels dode letter gebleken wegens "te moeilijk".

Analoge bedingen vinden we ook in buitenlandse teksten wat betreft de verhouding tussen artsen die deelnemen aan een proef en de firma's voor wie ze bepaalde geneesmiddelen uittesten.

Zo eist de Food and Drug Administration (USA) sinds februari 1999 dat de farmaceutische firma's die een aanvraagdossier indienen om een product op de markt te mogen brengen, preciseren of de onderzoekers die betrokken waren bij de klinische testen, financiële belangen hebben bij deze firma. Hieronder verstaat de F.D.A. allerlei vormen van beursacties, intellectuele eigendomsrechten (octrooi) en betalingen groter dan 25.000 US Dollar, onder vorm van een onderzoekskrediet, geschenken, uitrusting of honoraria. De bekendmaking hiervan betreft ook de partner en de kinderen van de onderzoeker. ("FDA rules that researchers will have to disclose financial interest." Josefson D., BMJ 1998; 316:493).

Deze uitbreiding naar verwanten vinden we trouwens ook terug op het aanvraagformulier tot erkenning van de Belgische laboratoria voor klinische biologie.

2.3. Verhouding met de farmaceutische industrie in het kader van de accreditering

De accrediteringsstuurgroep heeft op 27 juli 1994 criteria vastgesteld voor de erkenning van navormingsactiviteiten met sponsoring door de farmaceutische industrie in het kader van de accrediteringsprocedure. Om in aanmerking te komen dienen zowel inhoudelijke als omkaderingsmodaliteiten te worden gerespecteerd.

Inhoudelijke verantwoordelijkheid

1. Een farmaceutisch bedrijf kan niet optreden als verantwoordelijke organisator, doch wel als sponsor.
2. De inhoudelijke verantwoordelijkheid en leiding moet in handen zijn van een erkende artsenorganisatie van de beoogde beroepsgroep waarvan het programma door het Paritaire comité werd erkend.
3. De inhoudelijke voorbereiding, het opstellen van leerdoelstellingen, het voorstellen van sprekers en/of gespreksmoderatoren, de keuze van de didactische technieken enz. ... gebeuren door de navormingsverantwoordelijken aangesteld door de organiserende artsenorganisatie.
4. Het programma wordt vooraf aan het Paritaire comité voorgelegd voor advies.
5. Het onderwerp van een voordracht kan nooit beperkt zijn tot één farmaceutisch product.

Omkaderingsmodaliteiten

6. Aankondigingsdrukwerk, uitnodigingsbrieven, cursusmateriaal e.d. gebeuren met de briefhoofding van de verantwoordelijke organiserende artsenorganisatie. De sponsoring kan hierbij wel discreet vermeld worden.
7. Zowel tijdens de navormingsactiviteiten alsook binnen in de gebruikte leslokalen zijn geen reclamestanden van de sponsor toegelaten. Deze kunnen wel toegelaten worden in een afzonderlijke ruimte (receptieruimte, hall, enz. ...).
8. De sponsoring kan alle modaliteiten van de organisatie betreffen met uitzondering van de honoraria van de sprekers en de moderatoren. Teneinde de onafhankelijkheid te waarborgen dienen deze honoraria worden betaald door de organiserende artsenorganisaties.
9. De sponsor wordt altijd goed geïdentificeerd. De publicitaire boodschap wordt altijd goed geïdentificeerd en in tijd en ruimte beperkt.

2.4. Internationale overeenkomsten

2.4.1. De Verklaring van Helsinki (juni 1964) van de World Medical Association

De World Medical Association, waarin Dr. André WYNEN, stichter van de BVAS, een zeer belangrijke rol heeft gespeeld, heeft in juni 1964 de basis gelegd van de ethische principes die de artsen en andere participanten moeten begeleiden bij de medische research verricht bij mensen.

Enkele sleutelbegrippen uit deze basistekst zijn dat:

- ◆ de gezondheid van de patiënt van primordiaal belang is.
- ◆ het welzijn van de patiënt primeert boven de belangen van de wetenschap en de maatschappij
- ◆ het eerste doel het verbeteren is van de diagnostische, therapeutische en profylactische procedures alsmede het begrijpen van de etiologie en de pathogenese van de ziekten.
- ◆ alle medisch onderzoek ondergeschikt is aan ethische standaarden die het respect voor de mens promoten en die hun gezondheid en rechten als individu beschermen.

Bij de eerstvolgende algemene vergadering van de WMA in oktober 2000 zal de tekst, net zoals in 1975, 1983, 1989 en 1996, opnieuw geactualiseerd worden.

De "Declaration of Helsinki" wordt algemeen aanvaard als de globale hoeksteen voor ethische research, en werd ingebouwd in talrijke nationale en internationale guide-lines, regel- en wetgevingen.

2.4.2. The Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)

Naast de World Medical Association bestaat ook de Raad voor internationale organisatie van medische wetenschappen (CIOMPS). Deze werkt samen met de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO).

Deze Raad heeft de "International Ethical Guidelines for Biomedical Research involving Human Subjects" ontwikkeld. Deze richtlijnen fungeren als een praktische toelichting hoe de Verklaring van Helsinki moet geïnterpreteerd en toegepast worden in allerlei research opstellingen. De Verklaring van Helsinki en de CIOMS guidelines kunnen als complementair aan elkaar worden beschouwd.

2.4.3. Europese regelgeving

Op 29 april 1995 werd een gemeenschappelijke verklaring afgelegd door het Permanent Comité van Europese Artsen (het C.P.), waar de BVAS al decennialang actief deel van uitmaakt, en de Europese federatie van farmaceutische verenigingen (EFPIA, European Federation of Pharmaceutical Industries).

Wat betreft de klinische studies en het farmaco-epidemiologisch onderzoek, menen deze Europese instellingen dat samenwerking tussen het artseneroep en de farmaceutische industrie essentieel is voor de oppuntstelling en de kennis van geneesmiddelen, alsook voor het optimaal gebruik ervan.

Elk onderzoek moet een doelstelling hebben die wetenschappelijk onderbouwd en therapeutisch functioneel is. Het mag niet opgezet zijn met promotie als eerste doelstelling. Het wetenschappelijk objectief moet vooraf klaar en duidelijk worden omschreven.

Ook betreffende de medische informatie en de continue medische navorming, werden er op Europees niveau duidelijke en deontologisch klare afspraken gemaakt.

2.5. RICHTLIJNEN BIJ INTERNATIONALE PUBLICATIES

De Zwitserse "La Revue Prescrire, mars 2000, tome 20 n° 204, p. 229", bespreekt het internationaal debat i.v.m. belangenconflicten die rijzen bij publicaties van wetenschappelijke studies.

Internationale medische tijdschriften stellen terecht meer en meer eisen wat betreft de onafhankelijkheid van de publicaties. Zowel de auteurs, de editors, als de reviewers zouden volgens sommigen bij publicatie hun financiële ondersteuning moeten bekendmaken, en hun eventuele belangenvermenging of belangenconflicten.

De realisatie hiervan staat volop ter discussie. Bovendien kunnen ook andere mogelijke belangen of banden meespelen zoals academisch prestige en politieke of vriendschappelijke banden, die veel moeilijker in het licht te stellen zijn dan financiële belangen.

Derhalve oordeelt "The Lancet" vb. dat belangenconflicten niet systematisch moeten ter kennis worden gebracht van zijn lezers. De "British Medical Journal" spreekt van "competing interest" (tegenstrijdig belang). Als geen belangenconflict of tegenstrijdig belang werd vermeld suggereert de BMJ te vermelden dat er "geen werd medegedeeld" i.p.v. "geen".

Tenslotte is het ook bekend dat, zelfs in gereputeerde internationale biomedische tijdschriften, soms artikels worden gepubliceerd, zonder dat alle auteurs worden vermeld. Dergelijke "spookauteurs" staan wel eens op de pay-rol van een farmaceutisch bedrijf. In dergelijke situaties wordt de belangenvermenging onnaspeurbaar.

3. NABESCHOUWING

Er bestaat zeer grote druk vanwege de Overheid om de uitgaven van geneesmiddelen onder controle te krijgen.

Een aantal voorstellen die vandaag circuleren zijn medisch en deontologisch onaanvaardbaar:

- ◆ het budgetteren per therapeutische klasse.
- ◆ het zich baseren op de laagste referentieprijzen in ziekenhuismilieu, wat zal leiden tot onderbehandeling of niet-behandeling gezien bij keuze van een duurder geneesmiddel of een hoge dosis, het ziekenhuis de meerkost zelf zal moeten betalen.
- ◆ het doen terugbetalen van geneesmiddelen indien de voorschrijver een bepaald budget overschrijdt dat via Farmanet een controle van het Globaal Medisch Dossier door de minister individueel zal kunnen worden vastgelegd.
- ◆ het individueel belonen van artsen die minder voorschrijven dan dit bedrag.
- ◆ het opdringen van generieken, zonder dat sluitende kwaliteitsgaranties worden afgeleverd en de bio-equivalentie is verzekerd.

Wij zijn overtuigd dat artsen autonoom, adequaat en soepel hun voorschrijfgedrag afstemmen op de medico-sociale behoeften van hun patiënten. Dit is niet hetzelfde als systematisch een geneesmiddelenvoorschrift overhandigen.

Die autonomie moeten wij artsen ook bewaren tegenover de farmaceutische industrie, en trouwens ook tegenover de apothekers. Beïnvloeding moet onderscheiden worden van informatie. De informatie van farmaceutische industrie naar arts en omgekeerd van arts naar industrie blijft uitermate belangrijk. Samenwerking is essentieel om tot innoverende geneesmiddelen te komen of tot nieuwe toepassingen van bestaande medicatie, net zoals de melding van nevenwerkingen door practici aan de industrie.

Objectieve en onafhankelijke, door het beroep zelf georganiseerde, continue medische navorming en peer review vormen hierbij de hoeksteen.

De publicitaire campagnes door de farma-industrie moeten bescheiden blijven. Amerikaanse toestanden waar via het grote publiek en in samenwerking met artsen bepaalde onterechte medicatie op grote schaal wordt gepromoot, blijft in België gelukkig achterwege. Zo klaagt vb. de New York Times van 27 augustus aan dat de firma Pfizer Zithromax, een tweedelijns antibioticum van

de groep der macroliden, via een zebra-mascotte-actie, op stethoscopen van de pediaters en een aflevering van Sesam-straat naar voren schuift voor middenoorontsteking.

Tot op heden houdt het gezond verstand van onze artsen, hun kritische analyse van informatie vanwege artsenbezoekers en van literatuur en hun deontologie, vervat in de algemene plichten omschreven in de deontologische code van de Orde der geneesheren, samen met de Code voor de deontologie van de A.V.G.I., de publiciteit van geneesmiddelen binnen de aanvaardbare en verantwoorde context van de continue medische navorming. Het is onze gezamenlijke verantwoordelijkheid er voor te zorgen dat we af raken van het onterechte begrip "medische cadeaucultuur".

Tenslotte is er voor de artsen de steeds mondiger wordende patiënt, die vragen stelt over het waarom en de kostprijs van zijn medicatie, terwijl voor de geneesmiddelenindustrie bovendien ook de onderlinge concurrentie meespeelt bij het doen respecteren van hun eigen deontologische regels.

Dagelijks leggen artsen verantwoording af, niet aan ministers en hun kabinetstechnici, evenmin aan big brother Farmanet of aan de verzekeringsinstellingen maar wel aan hun patiënten en aan de collegae en andere zorgverstrekkers waarmee ze samenwerken.

Met dank voor uw aandacht

BELGISCH MUSEUM VAN RADIOLOGIE

Het Belgische Museum van Radiologie, ingehuldigd op 10 november 1990, is uniek omdat het gelegen is in de dienst Radiologie van het Militair Hospitaal Koningin Astrid (Bruynstraat 2, 1120 Brussel). De centrale ligging, de tweetaligheid en de pluri-universitaire bindingen geven aan het museum een bevoorrechte positie.

Documenten, foto's, publicaties en tentoongesteld materiaal bieden een overzicht van de grote momenten in de ontwikkeling van de radiologie in ons land.

Voor verdere inlichtingen : Dr R. Van Tiggelen, Conservator - tel. : 02/264.40.97, fax : 02/264.40.98.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

UPDATE ON COLOPROCTOLOGY *with live demonstrations* **Academic Medical Center - Amsterdam (The Netherlands)** **October 19 & 20, 2000**

PROGRAMME :

October 19, 2000 : • The artificial anal sphincter • Total pelvic floor repair or gluteus maximus transposition for neuropathic fecal incontinence • Is there an alternative for end-colostomy after abdominoperineal resection? • Sacral nerve stimulation for bowel dysfunction : Principles, patient indication, patient selection and implant procedures • Sacral nerve stimulation for bowel dysfunction : Technique : Test Stimulation and Implant Procedures, including presentation of a video - The Italian Experience • Sacral nerve stimulation for bowel dysfunction : Results and patient follow-up - The French Experience • Dynamic and endoluminal MRI of the pelvic floor • Rectovaginopexy or rectopexy alone? • How to deal with a rectocele? • How to deal with an enterocele?

October 20, 2000 :

• Live demonstrations from the operating theatres
• Rectal resection in IBD : amputation. Intersphincteric resection or transection? • The importance of compliance after rectal reconstructive surgery • Is pouch reconstruction necessary after coloanal anastomosis? • Sexual and bladder function after rectal surgery • Is there a future for open surgery in benign colorectal disease? • Rectal surgery and redo procedures • Transanal endoscopic microsurgery : high art or access artistry • New developments in medical treatment for constipation • Is there a surgical indication for slow transit constipation?

INFORMATION : Mrs Helma Stockmann - Phone : 00.31.20.566.39.26 - Fax : 00.31.20.566.65.69 - E-mail : W.J. Stockmann@amc.uva.nl

Symposium van de Wetenschappelijke Vereniging Transfusie Vlaanderen **26 oktober 2000, van 19 u tot 22 u** **Transfusiebeleid in de hemato-oncologie**

Plaats : Faculty Club, Groot Begijnhof 14, te Leuven
Bijkomende inlichtingen : tel. : 09/244.56.63 – fax : 09/244.56.64
ACCREDITERING (30 NE) AANGEVRAAGD

PREVENTIE EN BEHANDELING VAN PER- EN POSTOPERATIEVE COMPLICATIES **8 december 2000 - Amsterdam**

PROGRAMMA :

Risicofactoren, diagnostiek en behandeling van de frequent voorkomende complicaties in de gastrointestinale chirurgie. Preventie van complicaties.

Sessie I : Oesophagus : • Mediastinitis na oesophagus resectie • Oesophago-tracheale fistel na oesophagus resectie • Oesophagus perforatie • Hypoperistaltische slokdarm bij anti-reflux chirurgie

Sessie II : Lever/galwegen/pancreas : • Vochtcollecties bij necrotiserende pancreatitis • Vaatingroei tijdens en lekkage na pancreas resectie • Cholangitis na laparoscopische cholecystectomie • Leverfunctiestoornissen na leverresectie

Sessie III : Maag/Darm : • Lekkage na maagresectie • Dunne darm fistel na maag resectie • Short bowel na trauma • Lekkage na opheffen van ileostoma

Sessie IV : Colon/rectum : • Enterocutane fistel • Recto-urethrale fistel • Perforatie na transanale resectie • Laparoscopische darm chirurgie

INLICHTINGEN : Mevr. Helma Stockmann - tel. : 00.31.20.566.39.26 - Fax : 00.31.20.566.65.69 - E-mail : W.J. Stockmann@amc.uva.nl

GASTROENTEROLOGY AND ENDOTHERAPY : XIXth EUROPEAN WORKSHOP

June 18 to June 20, 2001 – Brussels

This course is designed to introduce the experienced gastroenterologist to the growing field of therapeutic endoscopy, to remind the most current diagnostic problems and to show the new accessories.

It will include live video demonstrations permitting interchanges between faculty and registrants during procedures, using interactive personal computer assistance, lectures, quizzes and round tables.

The procedures will be performed by expert endoscopists in collaboration with radiologists, pathologists and surgeons.

The aim of these demonstrations is not only to show the new devices and tricks for succeeding in each type of therapeutic procedures, but above all to explain clearly how to avoid the complications related to therapeutic endoscopy.

MAIN PROCEDURES :

1. Upper digestive tract : • diagnostic problems in esogastroduodenoscopy • dilation of esophageal strictures and stenting • hemostatis for bleeding ulcers (APC, injection, clips) • echoendoscopy, trans-mural biopsies and punctures • enteroscopy • percutaneous gastrostomy and jejunostomy • mucosectomy
2. Biliopancreatic diseases : • therapeutic ERCP • ESWL for CBD and pancreatic stones • sphincterotomy and stents (biliary and pancreatic) • percutaneous transhepatic biliary drainage • cystenterostomy
3. Portal hypertension : • variceal banding and obliteration, transjugular biopsies, TIPS
4. Tumors of the colon and IBD : • ileocolonoscopy, polypectomy, dilation and stenting of strictures.

OFFICIAL LANGUAGE : ENGLISH

LOCATION : BRUSSELS CONGRESS CENTRE - BELGIUM

FOR ANY FURTHER INFORMATION : Administrative Secretariat, Mrs Nancy Beauprez – Gastroenterology Department, Erasme Hospital – Route de Lennik 808 - B-1070 BRUSSELS – TEL: 02/555 49 00 - FAX: 02/555 49 01 - E-mail : beauprez@ulb.ac.be

AANKONDIGINGEN

00042 **FRANCE :** **OPHTALMOLOGISTE** secteur II départ en retraite fin 2000. Associé à jeune chef de clinique PARIS, cherche successeur. Activité chirurgicale dans clinique (plateau technique : lasers, angiographie). Tél. 00.33.2.32.33.04.77 Ville 100 km Ouest Paris.

00065 **AARSCHOT :** Wegens pensioenleeftijd **DERMATOLOGISCHE PRAKTIJK OVER TE NEMEN** te Aarschot. Telefoon : 016/25.86.51.

00069 **FRANCE :** A 1h½ de Bruxelles, **RADIOLOGUE** installé cherche collaborateur pour exercice en cabinet privé (RX général, vacation scanner et IRM) et pour service RX en clinique privée. Tél. : 00.33.3.24.55.59.97 / GSM : 075.48.87.78.

00070 **FRANCE :** Le Centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue (Aveyron), région touristique à 120 km de Toulouse, recrute un **MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR** temps plein (cause départ à la retraite). Etablissement de 130 lits actifs. Equipe de 4 médecins anesthésistes réanimateurs + 3 IADE (une IADE 24h/24). Rémunération nette mensuelle : 23.000 F (début de carrière) + indemnité d'astreinte de 8.000 F et repos compensateurs. Adresser candidature et CV à M. le Directeur - Centre Hospitalier. Avenue Caylet - BP 299 - 12202 Villefranche de Rouergue Cedex. Renseignements, contacter Monsieur le Docteur MASLIES LATAPIE, praticien hospitalier, au 00.33.5.65.65.30.00.

00071 **BRUSSEL :** Privé medisch centrum (1080 Brussel - Jubelfeestlaan) zoekt : een **CARDIOLOOG**. Tel. 02/425.18.94.

00073 **BRUSSEL :** Zoekt **STOMATOLOOG** (halftime) voor ziekenhuisdienst. Contactpersoon Dr Navez. Tel. 02/358.31.52. Dringend.

00075 **FRANCE :** Association de trois médecins **RADIOLOGUES** recherche 4e associé. Leur activité comprend radio, écho, scanner et I.R.M. Cabinet en plein développement. Exercice en cabinet de ville et en clinique. Lieu : agglomération troyenne (TROYES-AUBE-FRANCE). Contact : Dr CULIOLI - Tél. : 00.33.3.25.71.03.23 - fax : 00.33.3.25.79.14.81 - E-mail : radiologie.3@wanadoo.fr.

00076 **FRANCE :** Urgent !! Littoral Côte d'Opale (62 - France) cède parts SCM **RADIOLOGIE** (6 associés). Accès à toute technologie d'imagerie. Tél. après 20 h : 00.33.3.21.83.21.38 ou 00.33.3.21.33.90.46.

- 00078 **OOSTDUINKERKE** : Dringend gevraagd : vervanging **FYSISCHE GENEESKUNDE EN REVALIDATIE** arts in de periode december 2000 en januari 2001 wegens bevallingsverlof. Tel. : 058/233.504 (voormiddag), 058/333.020 (namiddag), 058/520.916 (privé), 0478/243.717 (GSM).
- 00079 **DERMATOLOGISCHE PRAKTIJK OVER TE NEMEN** centrum Antwerpen wegens pensioen. Tel. : 03/233.55.55 - Fax : 03.226.69.63.
- 00081 **FRANCE** : Cause cessation d'activité **GYNECO-MEDICALE** en association, région Nord-Est de la France proche Arlon et Luxembourg, cède clientèle importante tenue 25 ans. Conditions intéressantes. Tél. : 00.33.3.82.24.41.55 ou en soirée 00.33.3.82.44.01.57 - Fax : 00.33.3.82.26.17.51.
- 00082 **FRANCE** (Bretagne - Fougère - 60 km du Mont-St-Michel) : **A REMETTRE** cabinet privé de **STOMATOLOGIE** parfaitement équipé. Activité d'orthodontie et de chirurgie buccale. Horaire confortable : 1,5 jour/semaine (cabinet et clinique privée), 1 heure/semaine (secteur public). Honoraires : 6,2 millions FB/an (secteur privé) + 300.000 FB/an (secteur public). Revenu net annuel global : 2,4 millions FB/an (impôts, charges sociales et professionnelles payées). Pas de rachats de clientèle. Possibilité d'extension (1 temps plein : 12-18 millions FB bruts/an). Contacter Dr Labat : 00.33.6.07.88.46.14, Dr Simon 00.33.2.31.66.90.11.
- 00083 **GUYANE FRANCAISE** : Cède en Guyane française cabinet **GYNECO-OBSTETRIQUE** libéral avec accès 3 cliniques. Très bon CA, gros avantages fiscaux, à prix sympa, tout équipé, possibilité de crédit sur place. Dr Klotz J.C. Email : jck@nplus.gf, fax : 00.33.5.94.30.96.24, tél. : 00.33.5.94.31.21.61.
- 00084 **G.-D. LUXEMBOURG** : Centre hospitalier du Nord Clinique Saint-Joseph, 10 rue G.-D. Charlotte, L-9515 Wiltz engage pour entrée immédiate ou à convenir médecin spécialiste en **RADIOLOGIE** (m/f). Le service comprend principalement : radiologie conventionnelle, scanner. Prière d'adresser votre demande avec curriculum vitae au Président de la Commission administrative. Le Président, John SHINN.

Inhoudstafel

• Een nieuw B6 besluit in de maak	1
• Gegevens over de medische activiteiten in de ziekenhuizen	3
• Lijst dagziekenhuisforfaits gewijzigd vanaf 1.10.2000 !	4
• Informed Consent – Discussion document for the Standing Committee of European Doctors	6
• De Wet op de ziekenfondsen grondig gewijzigd	9
• Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen - RIZIV	12
• Maximum aantal diensten radiotherapie	19
• RIZIV-verordening : "ziekenhuisopname" in psychiatrie	20
• SIS-kaart niet langer gebonden aan derdebetalder ?	21
• De ethische positie van de artsen tegenover de geneesmiddelenindustrie	22
• Belgisch museum van radiologie	29
• Wetenschappelijke vergaderingen	30
• Aankondigingen	31