
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren-Specialisten

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 3 / MAART 2004

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

**TOESPRAAK VAN PROF. J. A. GRUWEZ, VOORZITTER VAN HET VBS,
TER GELEGENHEID VAN DE ALGEMENE VERGADERING VAN 7 FEBRUARI 2004**

Beste Vrienden,

Een druppel water in de Zee,
Een korrel zand in de woestijn,
Is onze doortocht op dees aard!
Een insectje dat verschijnt en weer verdwijnt!

Grafschrift van Omar Khayam (1048-1131) Perzisch Dichter.

Mijn collega Paul-Jacques Kestens vergeleek de Voorzitter van het Koninklijk Belgisch Genootschap van Heelkunde met een vlinder, die slechts een kort leven op aarde beschoren is. Het mandaat van voorzitter van het VBS-GBS (en dat van mij heeft nog een klein jaar langer geduurd) is even vergankelijk : dat zijn de wetten van de natuur en dat geldt eveneens voor onze instellingen en organisaties.

Ik denk dat dit goed is en zo ontcrachten we het argument van onze tegenstanders, als zou ons verbond geleid worden door oude krokodillen met stofferige ideeën en standpunten !

Het is dus met een sereen gemoed dat ik de fakkel doorgeef (zoals ik steeds aangekondigd heb) – naar alle waarschijnlijkheid – aan Jean Luc Demeere (*).

Ik denk dat we het VBS toevertrouwen aan een collega die over alle troeven beschikt om ons, in weer en wind, langsheen de klippen, naar een veilige haven te loodsen, met het nodige gezond verstand en met de zelfzekerheid van iemand die vertrouwd is met en op de hoogte is van het intramurale medisch beheer. Ik ben er ook van overtuigd dat hij de principes van het VBS-GBS op het plan van de extramuros specialistische geneeskunde, op het vlak van de opleiding en de professionele belangen in deze opleiding, en vanzelfsprekend ook algemeen t.a.v. van de overheid en de instanties, ook de universitaire, ter harte zal nemen en in echte VBS-stijl zal weten te promoten en te verdedigen.

Ik denk dat U van mij verwacht dat ik even terugblik enerzijds en vooruit kijk anderzijds en U meedeel wat ik over het wezen, de plaats en de activiteit van het VBS geleerd heb en denk.

Met zijn meer dan 7000 leden en zijn 29 Beroepsverenigingen moet het VBS een trotse en zelfzekere beweging zijn die de eerste vertegenwoordigster moet zijn van de Belgische Specialisten. Hiervoor is Eenheid en Samenhang een onmisbare vereiste. En alhoewel het wellicht aartsmoelijk is om de belangen en strevingen van ieder, harmonisch te verdedigen en te beantwoorden, moeten we ervan overtuigd zijn dat we samen alles kunnen, maar dat we kwetsbaar zijn en zonder slagkracht indien we in verdeelde slagorde op het slagveld staan.

De dubbelzinnigheid die in het leven geroepen werd door de ambigue regel op de representativiteit en het medezeggingschap van de artsenorganisaties is een belangrijke struikelblok, die ons niet helemaal ontwapent, maar ons impact remt.

Laten we hopen dat we in de nabije toekomst nog beter en ongehinderd de belangen van de geneesheren-specialisten kunnen verdedigen.

Ik ben er ook van overtuigd dat in de huidige samenleving die gedomineerd en beheerd wordt door de media, wij ongelijk zouden hebben om het stilzwijgen te bewaren, ons koest te houden en een laag profiel aan te nemen.

* Dr. Jean Luc DEMEERE werd inderdaad tot voorzitter gekozen tijdens dezelfde algemene vergadering.

Zopas nog werd het bewijs geleverd, voor zover dit nog nodig was, dat diegenen die het hardst roepen, het meest bereiken. Onze Minister van Volksgezondheid is plat op zijn buik gaan liggen voor onze Vlaamse huisartsen en heeft hen ongeveer alles wat ze wensten beloofd : echellonering, bevordering en ondersteuning van groepspraktijken, urgenties voor huisartsen, controle door huisartsenkringen op de vestiging van jonge geneesheren, enz... Dat men daarvoor de solo of duopraktijken moet ombrengen, de vrije keuze van de patiënt, die nochtans in de wet is verankerd, moet belemmeren en het onafhankelijk statuut van de geneesheer moet ridiculiseren, lijkt niemand te storen. Moeten wij hierbij inert en onverschillig toekijken ? Moeten wij passief al deze nefaste veranderingen dulden of moeten wij reageren ?

Wij hebben sinds ongeveer een jaar – en we hebben daarin ook ongetwijfeld veel vooruitgang gemaakt – inspanningen gedaan om onze standpunten te formuleren en ze kond te maken. Deze tactiek moeten we onverminderd voortzetten eerder dan de evenementen op ons te laten afkomen en alsdan krampachtig te reageren.

Het VBS verschaft eminente service aan collega's die in probleem situaties geraken door de Controle diensten van het RIZIV. Ik denk dat dit een van de meest attractieve aspecten is van onze organisatie. Dit zou nog beter in het licht kunnen gesteld worden.

Zou het anderzijds niet mogelijk zijn om de taak van de administratie en van de leden van het dagelijks bestuur te verlichten door het inrichten van werkgroepen, in zekere zin groepen van experts, die op continue wijze met bepaalde themata bezig zijn en er bijgevolg mee vertrouwd zijn.

Het zou ook goed zijn indien we in het domein van ethiek en economie een jaarlijkse manifestatie of symposium zouden kunnen op touw zetten zoals deze die we gepland hebben voor dit jubileumjaar van het VBS.

Mag ik tevens de aandacht vestigen op de groep extramurale collegae, wier lot wij als enigen lijken te verdedigen. Een kabinetslid van Minister Demotte heeft mij onverbloemd gezegd dat specialisten in het ziekenhuis thuishoren.

De uitspraak van de minister zelf, die nauwelijks enkele dagen geleden in de pers verscheen en waarop het Belgisch Verbond ter Bevordering van de Vrij Gevestigde Geneeskunde op gevatte wijze repliceerde, doet denken aan een geconcentreerde actie, met als doel de uitschakeling van de extramurale geneeskunde.

Wij moeten solidair zijn en reageren. Ons standpunt is immers dat de extramurale gespecialiseerde geneeskunde in de organisatie van de gezondheidszorg moet worden voorzien als een opportuniteit voor de patiënt voor kwalitatief hoogstaande gespecialiseerde zorgverlening, onmiddellijk toegankelijk voor de patiënten.

Ik kom trouwens net terug van een symposium over ambulante chirurgie in Duitsland. In Duitsland zijn er verschillende centra voor ambulante chirurgie die geen banden hebben met de ziekenhuizen, een situatie die in ons land niet is toegestaan.

Deze sector van de extramurale geneeskunde kent een enorme vooruitgang, in die mate dat meer dan 50 % van de heelkundige aandoeningen buiten het ziekenhuis behandeld kunnen worden. Pleiten voor de eliminatie van de extramurale geneeskunde is bijgevolg totaal voorbijgestreefd.

Om terug te komen op de echelonnering, ben ik ervan overtuigd dat geen enkel ernstig argument kan worden aangevoerd voor het invoeren ervan, behoudens de (waarschijnlijk loze) hoop op een opwaardering van de algemene geneeskunde. Lees mijn bedenkingen terzake. De vrije keuze van de patiënt moet geëerbiedigd worden o.m. de vrije toegang tot de specialist. Er zijn drie redenen waarom een patiënt rechtstreeks toevlucht zoekt tot een specialist : 1) wanneer hij van meet af aan al twijfelt aan zijn huisarts, 2) wanneer de behandeling geen resultaten heeft, 3) wanneer de symptomen dermate duidelijk zijn dat hij een passage langs de huisarts overbodig acht.

Maar goed, als men dan toch een regel wil invoeren dan zou dit acceptabel zijn op voorwaarde 1) de vrijheid van de patiënt te respecteren en een 2) ongehinderde – ook niet door financiële sancties – toegang tot de specialist te vrijwaren. Wij stellen, eerder dan de verwijzing – min of meer obligaat gemaakt door wegvallen van het remgeld bij de specialist -, een systeem voor waarin eerder het “hebben van een huisarts” gepromoot wordt. Wij vragen U hierover na te denken. We kunnen het later bespreken.

We hebben U reeds op onze 2 laatste vergaderingen onderhouden over de snode poging - waarschijnlijk essentieel vanwege de VLIR – om volledig de hand te leggen op de opleiding. Met andere woorden een totale academisering met eliminering van de erkenningscommissies en volledige onderwerping van de “perifere” (niet-universitaire) stagemeeesters, in een totaal feodaal systeem. Hopelijk is dit voor het ogenblik opgeborgen. Maar we vragen U met aandring om: 1) de grootste waakzaamheid aan de dag te leggen in de erkenningscommissies, 2) nauwgezet toe te zien op een strikte interpretatie en toepassing van de wettelijke criteria, 3) te participeren aan een inlichtingscampagne van onzentwege voor alle professionele leden van de E.C.'s. Het blijkt inderdaad dat in de loop der jaren een reeks onjuiste concepten, afwijkende gewoonten, ingang gevonden hebben. Het zou bijgevolg de moeite lonen een en ander over de criteria recht te zetten (ook hierover zou een werkgroep actief kunnen zijn).

Wij werden onlangs geconfronteerd met de guidelines van radiologie, gebaseerd op de guidelines van de Europese Vereniging voor Radiologie. Wij vermelden terloops dat onze eigen verenigingen nog niet de

gelegenheid hebben gekregen om deze te beoordelen. Zij zijn vermoedelijk de voorloper van guidelines in andere disciplines, een taak waarvoor de Paritaire Comités ingeschakeld kunnen worden.

De voorzitter van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie heeft overigens recentelijk de voorzitters van de Paritaire comités aangezocht om voorstellen te formuleren inzake criteria gebaseerd op wetenschappelijke consensus, met het oog op een implementering van de Peer review.

Ik ben nogmaals de mening toegedaan dat een werkgroep deze initiatieven moet bestuderen teneinde ons standpunt terzake te bepalen.

Ik kan natuurlijk op dit ritme verdergaan want het ontbreekt ons niet aan medische politieke onderwerpen. Doch ik vergeet niet dat onze onvermoeibare Secretaris- generaal ons een volledig overzicht zal geven over de gebeurtenissen sedert de voorbije Algemene Vergadering. Ik ben ervan overtuigd dat zelfs al zou ik enkele onderwerpen hebben aangesneden, die hij zal behandelen, ik hem geenszins het gras van onder de voeten heb weggemaaid, trouwens « bis repetita placet ».

Ik kan evenwel mijn laatste voordracht als voorzitter niet beëindigen zonder een woordje van dank aan het administratief team van het VBS.

Wij hebben in de persoon van Jos Van den Nieuwenhof niet alleen een encyclopedie van de ganse specialistische problematiek, niet alleen een denker die gemakkelijk de rol van kabinetchef van de Minister van Volksgezondheid zou kunnen overnemen, niet alleen een kunstenaar die op schitterende wijze het penseel hanteert maar moest het kunnen, met nog meer kunde de pen, en dat in beide landstalen, maar, en dat heb ik dus bijna 4 jaar lang kunnen ervaren, ongetwijfeld een onvervangbare en toegewijde medewerker. Jos, ik dank U voor de schitterenden samenwerking.

De keuze die we maakten toen we Fanny Vandamme in de positie van adjunct-directeur plaatsten was een schot in de roos. Haar uitgebreid activiteitsveld, onmisbare juridische kennis, haar erg volledige en goed opgestelde verslagen, haar immer goed humeur dragen in grote mate bij tot de goede werking van onze organisatie. Bedankt Fanny.

Tevens onze felicitaties en dank aan onze secretaresses Ann Vandermeulen, Brigitte Sand, Josiane Bultreys (perfecte vertaalster Nederlands-Frans maar ook naar het Duits) en Delphine Van den Nieuwenhof. Zij weten dat wij hun medewerking zeer hoog schatten.

Ook de mannelijke sectie Pierre Néвраumont, Koen Schrije (voor wie PowerPoint presentaties geen geheimen meer hebben) en Vincent Mercken danken wij bijzonder hartelijk voor hun waardevolle bijdrage en sympathieke samenwerking.

Wat te zeggen over de collega's uit het Bestuurscomité: wekelijks vaak verscheidene malen hebben we samen vergaderd, aan panel discussies deelgenomen, ministers en kabinetsleden bezocht en met hen gediscussieerd, gezamenlijke acties opgezet in vergaderingen, gemaaild, getelefoneerd en ... geen enkele keer zijn onze contacten anders dan harmonisch verlopen. Ik was de bevoorrechte getuige van enorm veel ernstige toewijding, continue disponibiteit en onbaatzuchtige inzet. Mijn bijzondere erkentelijkheid gaat dan ook naar Bernard Mailet, Bernard Vanden Heule, Eddie Maes, Michel Ingels, Jan Verbeke, Jean-Luc Demeere en Guy Wanet. Van Dirk Van Renterghem hebben we vele pagina's mail met filosofo-politico-medische inhoud mogen absorberen en ik had graag onderlijnd hoeveel we van de ervaring van Jacques Mercken, onze erevoorzitter, hebben kunnen genieten en hoe vaak hij ons met raad en daad (telefonisch of door fax) heeft bijgestaan, en onze delegaties bij de instanties heeft aangevuld. Ik kan niet anders dan hen zeer hartelijk danken. Ik denk ook nog met ontroering aan Collega Luc Nijs die elke maandag aanwezig was en ons vroegtijdig verlaten heeft.

“Finalement, finalement”, zou ik uitdrukkelijk onze Secretaris-Generaal willen bedanken voor de fantastische samenwerking die ik van hem kon ondervinden.

Ik neem hierbij de gelegenheid te baat om hem nogmaals mijn – en ongetwijfeld ook uw aller – onvoorwaardelijke bewondering te betuigen voor het titanenwerk dat hij verricht. Zijn fenomenale kennis van het raderwerk van de gezondheidszorg, zijn werkcapaciteit, zijn uitzonderlijk inzicht, zijn onuitputtelijk geheugen tarten onze verbeelding. Marc is één van de steunpilaren van de BVAS, maar tevens de hoeksteen van het VBS. Dank U Marc.

Het is tijd om te eindigen. Ik dank u allen voor uw medewerking en steun.

Bij het beëindigen van een taak en bij het besef van de onvolmaaktheid van de invulling ervan denk ik graag aan het excuus dat verborgen ligt in een zin uit een lied van de Canadese Zangeres Diane Dufresne:

*“ Qu'est-ce que tu fais dans la vie?
Je fais mon possible ! »*

En als men met wat weemoed overweegt dat het op gevorderde leeftijd wellicht beter is het voor bekeken te houden dan kan men zich altijd troosten met dit vers van Longfellow dat ik nogal eens aanhaal:

*“Age has opportunity no less than youth itself,
Though in another dress,
And as the evening twilight fades away,
The sky is full of stars,
Invisible by day!”*

De vertegenwoordiging der Artsen

In België bestaan er geneeskundige "vakbonden" m.n. de BVAS en het Kartel welke beide zowel huisartsen als specialisten vertegenwoordigen en door de wetgever als "representatieve artsorganisaties" erkend werden, omdat ze leden uit de beide artsengroepen tellen die bovendien uit de verscheidene gewesten van het land komen. Daarnaast worden de artsengroepen vertegenwoordigd door een hele reeks huisartsorganisaties (SVH, VHP, UHAK, WVVH, Domus Medica, GBO, FAG, SSMG) en door één enkele representatieve specialistenorganisatie m.n. het Verbond der Belgische beroepsverenigingen van geneesheren-Specialisten – Groupement des unions Belges de médecins Spécialistes, welke met haar 7500 leden de grootste beroepsorganisatie is van artsen in dit land. Vanzelfsprekend bestaan er voor de artsen-specialisten, overigens ook voor de huisartsen, bovendien talloze wetenschappelijke verenigingen meestal specifiek voor de verscheidene bestaande erkende specialismen (Chirurgie, Inwendige Geneeskunde, Radiologie, enz.), soms voor zeer gespecialiseerde subdisciplines (b.v. Belgian Group for Endoscopic Surgery). Het VBS werd in 1954 gesticht, o.m. met de bedoeling een erkenning tot stand te brengen van de specialistische disciplines en hun opleiding te codifiëren en te standaardiseren, wat tot dan toe niet het geval was. Vandaar de belangrijke rol die het VBS-GBS altijd gespeeld heeft in de organisatie en het beheer van de specialistische opleiding. Het VBS-GBS en haar beroepsverenigingen hebben een Europese dimensie met de UEMS (Unie der Europese Medische Specialisten) en haar monogespecialiseerde Secties en Boards, waardoor op Europees vlak de belangen der Specialisten en tevens ook de problematiek van de opleiding, CME (Continuing Medical Education), CPD (Continuing Professional Development), Kwaliteitsverzekering en controle, en harmonisering van de nationale regelgevingen, behartigd worden.

Het Belgisch Gezondheidssysteem

Het systeem

Het Belgisch systeem van Sociale Zekerheid wordt gerangschikt onder de meest uitgebreide en efficiënte in Europa. Meer dan 95% van de inwoners zijn ingeschreven in het nationaal verplicht ziekteverzekeringprogramma. Het gezondheidssysteem omvat alle aspecten van de ziekteverzekering, wordt beheerd via wettelijk erkende ziekenfondsen met politieke en ideologische verwantschap, waarvan het lidmaatschap verplicht is (met een specifiek stelsel voor de zelfstandigen) en zonder selectie van leden op basis van risico. Afhankelijke familieleden zijn mede verzekerd. Er is een mix van private en publieke voorziening van gezondheidszorg. Het geheel is gebaseerd op overleg en consensusmechanismen tussen regeringsbeambten, ziekteverzekeraars en belangengroepen van gezondheidswerkers en instellingen. De financiering van de gezondheidszorg gebeurt voor 32% door de Staat, 51% via de ziekenfondsen door bijdragen van de werkgevers en werknemers en 17% door persoonlijke tussenkomsten van de patiënten. Het geheel 8,8% van het BIP. Recent werd een maximumfactuurregeling ingevoerd. De 17% persoonlijke tussenkomsten van de patiënten omvatten o.a. het remgeld (co-payment) dat wordt geïnd met de bedoeling van kostenbeperking en dat b.v. ongeveer 25% van het honorarium van de huisartsconsultatie bedraagt. De bijdragen van werknemers worden bedreigd door het aantal werkenden. In België is b.v. het aantal werkenden na 55 jaar het geringste van de meeste Europese landen. Het aandeel van de gezondheidszorg in het budget van de Sociale Zekerheid stijgt.

Ziekenhuizen

De hospitaal sector verschaft 7.8 bedden per 1000 inwoners. De Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen omvat een afdeling voor programmatie en erkenning en een afdeling voor financiering. 60% der ziekenhuizen zijn private-nonprofit instellingen, 40% behoren tot de publieke sector, er zijn 8 universitaire ziekenhuizen en een aantal ziekenhuizen hebben universitaire bedden. Op een aantal uitzonderingen na zijn Algemene Practici en Specialisten zelfstandigen, welke betaald worden per prestatie. Echter, alle hospitaal-specialisten worden verplicht gemiddeld 40% van hun honoraria af te staan aan het ziekenhuis met variaties van 0 tot 90 %, omdat de ziekenhuizen te kampen hebben met een structurele onderfinanciering. Universiteitshospitalen vergoeden hun specialisten met een salaris.

De artsen

Het aantal artsen in België is plethorisch. Internationaal hebben we na Italië de meeste artsen per 100 000 inwoners. Het aantal specialisten is sneller gegroeid dan het aantal huisartsen. Heden *** zijn er 23.978

* Voorgesteld op het Studium Generale, Faculteit Geneeskunde, RUG, op 29.10.2003.

** Emeritus hoogleraar en Diensthoofd der Heelkundige Diensten K.U.L., Voorzitter van het VBS-GBS.

*** Cijfers d.d. 01.01.2003.

specialisten, waarvan 21.897 actief zijn en 3.861 actieve specialisten in opleiding (totaal actieven: 25.758). Hiertegenover staan 17.543 huisartsen waarvan 13.718 actieven en 823 actieve huisartsen in opleiding (totaal actieven: 14.541).

Afgaande op het aantal dit jaar erkende chirurgen (een 50-tal) neemt het aantal gespecialiseerden in 2003 nog steeds niet af.

De extra-muros

We mogen niet uit het oog verliezen dat van de 25.758 specialisten ongeveer 7000 extra-muros werken en dat een belangrijk aantal van hen in eerste lijnsgeneeskunde actief is. Over deze extra-muros specialisten (deels het resultaat van een jarenlange ongebreidelde toegang tot specialisatie) wordt in alle talen door de overheid gezwegen, wanneer vooruitzichten of plannen voor de gezondheidszorg gemaakt worden. De extra-muros specialisten verschaffen gemakkelijk toegankelijke gespecialiseerde gezondheidszorg en zijn in de letterlijke en figuurlijke zin dicht bij de patiënt en zijn huisarts. Zij bieden vaak een behandeling aan welke goedkoper is voor de gezondheidszorg dan het equivalente in het hospitaal gebeuren. Zij worden vaak als concurrenten beschouwd zowel door de huisartsen als door de ziekenhuizen. In tegenstelling met b.v. Duitsland, waar er veel "niedergelassene" (dit is de Duitse term voor extra-muros specialisten) praktijken zijn in dewelke b.v. veel ééndags chirurgie bedreven wordt, maken de hier vigerende regelingen en terugbetaling dit veel moeilijker (althoewel dit ook hier economischer zou uitvallen).

Intra-murale problemen

De intramurale specialistische geneeskunde (in de ziekenhuizen) gaat gebukt onder de kosten geïnduceerd door de normeringsdrift van de Overheid. De introductie van allerhande zorgprogramma's, van registratieverplichtingen op federaal, gewestelijk en/of lokaal-niveau, waarvan het nut vaak twijfelachtig is, betekenen een zware administratieve en financiële belasting voor de geneesheren en de instelling. De Overheid laat trouwens systematisch na de financiële repercussies van deze regelgevingen te berekenen, laat staan dat ze ze vergoedt.

Het zijn de medische specialisten die steeds meer voor deze kosten moeten opdraaien, terwijl de politici ogenschijnlijk t.o.v. de bevolking, pogen zich als de grote bekommerden om de volksgezondheid voor te doen.

De rol van de Overheid zou zich moeten beperken tot het aanwijzen van mogelijke lacunes en noden op het gebied van de volksgezondheid. Zij zou alsdan moeten delegeren naar het beroep om deze problemen op te lossen en zou zich het recht kunnen voorbehouden om controle uit te voeren en rekenschap te vragen.

In het ziekenhuis hebben zich de jongste jaren belangrijke structurele veranderingen voorgedaan. De bestaande structuren m.n. de "diensten" der verscheidene disciplines (chirurgische diensten, inwendige geneeskundige diensten, radiologie, gynecologie en obstetrie enz.) met aan het hoofd de medische diensthooften, zijn doorkruist geworden door b.v. zogenaamde divisies die als het ware "reisroutes" moeten verzekeren voor bepaalde pathologieën, steunend op het mechanisme van de zorgprogramma's en de zorgpaden, welke een beter geïntegreerde geneeskunde zouden moeten produceren. Dit heeft geleid tot het aanstellen van verantwoordelijken voor deze horizontale structuren met wie het gezag in de bestaande structuren moet "gedeeld" worden. Anderzijds hebben de complexiteit van de administratie geleid tot het aanstellen in de diensten van "managers" waarmede opnieuw, binnenin de bestaande structuren de gevestigde autoriteit geconfronteerd wordt. Bovendien werden in het ziekenhuis de administratie, het bestuur van de verpleging en de logistieke diensten (wederom door de dimensie van de ziekenhuizen en de enorme bureaucratie) in zeer ruime mate uitgebreid en gecentraliseerd, met als resultaat een wegsmelten, een verdrinking van de geneeskundige autonomie, het geneeskundig gezag en de medische persoonlijkheid, met een evidente repercussie op het persoonlijke karakter ervan en een hypotheek voor de arts-patiënten relatie. Grotere participatie van de geneesheren in het beleid van het ziekenhuis is noodzakelijk. Buiten de activiteit van de medische raad moet een paritaire aanwezigheid van de artsen in het beheer van het ziekenhuis gecreëerd worden. Verdere fusies van ziekenhuizen om mastodontinstellingen tot stand te brengen moeten vervangen worden door coöperatie en wederzijdse taakafspraken, ten einde de logistieke uitgaven en onkosten te beteugelen, die exponentieel stijgen met het aantal bedden. Het entrepreneurschap van artsen en administratie moet aangemoedigd worden. Het invoeren van een peer-review onderworpen referentie-bedragen moet een gelijkschakeling toelaten van de specifieke kosten voor diagnose en behandeling van pathologieën.

Er bestaat een voorkeurs remunerering van de Universitaire Ziekenhuizen welke o.i. niet gerechtvaardigd is. Een drietal jaren terug verklaarde Minister F. Vandenbroucke een gelijke behandeling van de Ziekenhuizen voor te staan: Ziekenzorg, klinische research, opleiding en evaluatie van nieuwe technologieën zouden op gelijke wijze voor iedereen vergoed worden. Een dergelijke correcte behandeling der verscheidene ziekenhuizen zou rechtvaardig geweest zijn maar de woorden van de Minister werden eerder in omgekeerde zin geïmplementeerd. Ons inziens zou research door onderzoeksbudgetten moeten gefinancierd worden, opleiding verschaft ook mankracht en is geen monopolie van universitaire ziekenhuizen, ziekenzorg kan op een even hoog peil verstrekt worden in niet universitaire diensten en nieuwe technologieën werden in de recente jaren wellicht meer uitgetest en toegepast in niet-academische centra.

Specificiteit van het Belgisch gezondheidssysteem

Het is duidelijk dat wellicht de belangrijkste karakteristiek en de meest prominente kwaliteit van ons gezondheidssysteem de vrijheid is voor de patiënt van dokterskeuze, en van het tweede advies en de vrijheid van therapie voor de arts. Ongetwijfeld zijn het Hippocratische concept dat onze artsen hebben van hun beroep en de gezonde wedijver die het per prestatie honorarium genereert belangrijke factoren in de attractiviteit van het Belgische systeem. Het is evident dat verbetering van het systeem in de toekomst deze essentiële componenten van onze gezondheidszorg niet mag veronachtzamen. Wat vooral moet gepreserveerd worden is de persoonlijke arts-patiënten relatie en de centrale positie van de patiënt in het geneeskundig gebeuren. De persoonlijke begeleiding van de patiënt kan zeer zeker behartigd worden door de huisarts, maar ook binnen het ziekenhuis is het aangewezen dat de patiënt op een begeleider kan rekenen, best de oorspronkelijk behandelende specialist, op wie hij tijdens zijn soms ingewikkelde peregrinaties in het ziekenhuis kan terugvallen. Het is omwille van het vrijwaren van dit in onze ogen zo onmisbare principe van persoonlijke geneeskunde dat wij wars blijven van formules waar hiervoor geen voldoende garantie bestaat.

De opleiding

In een mogelijke verbetering van de gezondheidszorg moet van zelfsprekend grote aandacht gewijd worden aan de opleiding.

Wat de ondergraduate opleiding betreft beperken wij ons tot 3 bemerkingen. Uit de eed van Hippocrates sijpelt duidelijk een zeer persoonlijke relatie met de patiënt door. Dit is iets wat door de patiënt uitermate geapprecieerd wordt. In sommige specialisaties komt ze minder op de voorgrond (o.a. biologie, radiologie). Niettemin moeten inspanningen geleverd worden om dit concept aan te leren. In de tweede plaats is een klinische capaciteit een conditio sine qua non voor performante artsen zowel huisartsen (misschien zelfs nog meer gezien hun noodzakelijke polyvalentie) als specialisten. In de derde plaats moet een kostenbewustzijn in het medisch curriculum bijgebracht worden.

Wat de postgraduate opleiding betreft, m.a.w. de specialistische (of/en de huisarstopleiding) moet informatie verstrekt worden aan de kandidaat specialisten die, op heden, door de zogenaamde "academisering" van de eerste 2 jaren en door de Colla-regeling waarbij de selectie voor specialisatie toevertrouwd werd aan "een faculteit", gewoonweg niet op de hoogte zijn of op de hoogte gebracht worden van hun rechten m.b.t. het opstellen van hun stageplan. Een verdere kwaliteitsverzekering van de opleiding vooral wat de inhoud betreft is noodzakelijk. Communautaire differentiatie van de opleiding moet belet worden. Op het ogenblik dat bijzondere aandacht en inspanningen gericht worden op Europese harmonisatie zou het te gek zijn dat Vlaamse en Franstalige erkenningscommissies niet meer op dezelfde golflengte zouden ageren. Voorts zou een actievare rol en een voortgezette activiteit van de Hoge Raad voor Geneesheren Specialisten en Huisartsen, een leidend en controlerend adviesorgaan door de overheid ingesteld, moeten bewerkstelligd worden.

De Continue Medische Vorming, Continue Professionele Ontwikkeling, Peer Review, Kwaliteitsverzekering en Controle

10-15 jaar geleden kwam het kwaliteitsconcept uit de industrie overgewaaid en bereikte de geneeskunde en de gezondheidszorg. Nascholing, bijblijven, levenslang leren behoren tot de ethische plichten van de arts. Het merendeel van onze collega's zorgden er dan ook voor dat ze dankzij medische literatuur, wetenschappelijke vergaderingen en congressen, cursussen of bijscholingsverblijven up to date bleven met de medische evolutie.

Sinds een 10-tal jaren eist de buitenwereld (patiënten, politici, media) dat dit door de geneeskundigen aangehouden wordt. Alle dergelijke trends komen uiteindelijk uit de V.S. en dringen via het Angelsaksische Groot-Brittannië in het Continent door. Ook in ons land kwam men dus \pm 10 jaar geleden tot een systeem waar door, althans theoretisch, kon geëvalueerd worden of de artsen zich bijschoolden. Het systeem kreeg de naam Accreditering, berust op vrijwillige basis maar met incentieven onder de vorm van een jaarlijkse tegemoetkoming aan de artsen, door de RIZIV, voor de onkosten van nascholing (\pm 21.000 Bf) en een verhoging van de honoraria, b.v. voor de consultatie van de huisarts, van 16,45 %. Voor de raadpleging van de internist bedraagt de verhoging 8,31%. De vereisten zijn matig, de bureaucratie nog net acceptabel, het rendement onbekend! De ganse structuur (e.v. ook de documenten) waren gesneden op de maat van de huisartsen, terwijl de specialisten (voor wie nascholing helemaal niet nieuw was) achterop huppelden met het nadeel dat het systeem wat gebrekkig bleef voor hen en bij hen ook minder enthousiast (een eufemisme) onthaald werd. Op 1/2/02 waren op 13.640 huisartsen 9.882 geaccrediteerd (72,45%), voor de specialisten 12.571 op 18.565 (67,71%) (bron accrediteringsstuurgroep). Dit dus voor de continue medische vorming. Later werd dit concept en deze term, in het Engels CME (Continuing Medical Education), vervangen door het gesofistikeerde CPD (Continuing Professional Development) waarbij niet alleen "knowledge" of kennis

bedoeld wordt, maar bovendien vaardigheden en attitudes. Vervolgens kwamen de Kwaliteitsverzekering, Kwaliteitscontrole en Peer Review (evaluatie door de pares) op de proppen. Ook met de hoop het kostenbewustzijn en de richtlijnen voor *goede medische praktijk* bij de artsen te promoten, werden de Lokgroepen (LOKs) tzt. de lokale groepen voor evaluatie opgericht waar voorschrijf-profielen, maar vooral de eigen medische praktijk, resultaten en het genereren van kosten, onder gelijken, vergeleken werden. Indien een positief resultaat van de accreditering mag vermeld worden dan is het de opmerkelijke toename van collegialiteit onder de leden van de Loks. Voor het overige blijft de accreditering – misschien is meer niet wenselijk – op een vrij laag profiel: reële besprekingen of discussies over de economische repercussies van de geneeskundige praktijk of over het vastleggen van guidelines waren tot hiertoe zeer zeldzaam. Gelukkig worden de door de Angelsaksische landen voorgestelde Recertificatie of Externe Kwaliteitscontrole tot hiertoe in ons land, zoals trouwens in de meeste continentale landen, niet overgenomen. Men zou in de toekomst het systeem kunnen aanwenden om meer gericht o.m. kostenbewuste richtlijnen in de verscheidene disciplines op te stellen.

De ontwikkeling van de technologie

Hierbij denken we onwillekeurig aan de endovasculaire manipulaties, de ganse minimale acces-chirurgie, de enorme ontwikkeling van de beeldvorming, de robotisering, de miniaturisering van instrumentarium en mechanismen enz. Deze exponentiele ontwikkelingen bieden een gans gamma van nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden aan. Alleen is het niet zo evident hoe men de learning-curve (de training-periode) en de financiering van deze technologische ontwikkelingen gaat beheersen.

Vooraf niet wanneer men vaststelt dat op heden nog steeds geen adequate financiering voor b.v. de viscerosynthese voorhanden is. Een greep uit de realiteit: de Mason gastroplastie voor morbiede obesitas via laparoscopische weg. De keuze voor de patient is snel gemaakt indien een even efficiënte operatie met minder nadelen allerhande kan uitgevoerd worden (litteken, pijn, hospitaalverblijf, werkverlet). Niet zo voor de ziekenhuisdirecteur of de arts: de kosten van de disposable sutuurapparaten en clipapparaten (endomateriaal) bedragen 1.859 €. Het voorziene forfaitaire bedrag van 313 € laat een deficit na van 1.546 € (62.365 Bcf). Indien, zoals op heden, de betaling niet meer naar de patiënt mag doorgeschoven worden, dan is de rekening snel gemaakt en raadt de Directeur de laparoscopie approach af.

De financiering van het system

Voor oningewijden lijkt de probleemstelling een onoplosbare equatie: enerzijds veroudering, snelle vooruitgang van de technologie, bewustwording en verhoogde eisen vanwege de bevolking m.a.w. een constante toename van de financiële noden, en anderzijds een stijgende weerstand en trouwens een rationele weigering het gezondheidsbudget continu te verhogen.

Rantsoenering van de zorgen is principieel niet aanvaardbaar. Substantiële verhogingen van de tussenkost van de patiënten is politiek en ook sociaal onmogelijk. Toename van het aandeel voor de gezondheidszorg in het globale staatsbudget blijkt niet meer aanvaardbaar.

Ons inziens zouden 3 maatregelen mogelijks een oplossing bieden:

- (1) het handhaven en het verplicht innen van het remgeld.
- (2) een substantiële beperking van het systeem van de 3^{de} betalende, behalve voor de behoeftigen en de sociale zwakke medeburgers (voor wie het huidige systeem van kracht zou blijven)
- (3) het invoeren van een systeem waarbij een zo ruim mogelijk minimum basispakket voor de rekening van de verplichte verzekering genomen wordt, terwijl een aanvullende verzekering (met garantie tegen uitsluiting) voor een te bepalen deel van de gezondheidszorg tussenkost.

De privé-verzekeraars zouden bereid zijn de kosten te dekken van een met de overheid afgesproken "universeel basiszorgenpakket" boven op de wettelijke verzekering. Zowat de helft van de Belgen zou reeds een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten hebben, doorgaans een hospitaalverzekering. (de Standaard, G. Tegenbos 04/07/2003).

Zeer onlangs aanvaardde de Duitse regering een dergelijk stelsel. Zowel in Duitsland als in Nederland is men in de bestaande ziekteverzekering aan een "pakketversmalling" toe.

De individuele responsabilisering van de arts kan principieel niet afgewezen worden maar moet volgens eerlijke spelregels, met inachtnaam van de rechten van de verdediging, gespeeld worden en dit is tot hiertoe niet het geval, alhoewel door de Directeur Generaal van de DGEC (Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle) een overstappen van een sanctionerende houding naar een meer dialogerend en incitatief contact in het vooruitzicht gesteld werd.

Het eisenpakket

1. Geen staatsgeneeskunde maar een grotere delegatie naar het beroep.
2. Vrije keuze van arts, verzorgingsinstelling en mogelijkheid voor 2de advies voor de patiënt.
3. De patiënt staat centraal. Het systeem wordt aangepast aan de patiënt en niet omgekeerd.

4. Behoud en promotie van de arts-patiëntenrelatie en de gepersonaliseerde geneeskunde.
5. Het behoud van de remunerering per prestatie.
6. Geen echelonnering, geen invoering van obsoleete systemen uit het buitenland.
7. Ruimere honorering voor het werk van de huisarts.
8. Bevorderen van de samenwerking tussen huisarts en specialist door optimalisering van de communicatie.
9. Het wegwerken van elke discriminatie van de extra-muros specialist en het opeisen van zijn plaats in de ziekenzorg.
10. Het voorzien van een basispakket in de verplichte ziekteverzekering en een bijkomende, niet risicogebonden verzekering, als financiële ondersteuning van het systeem.
11. Geen verdere inrichting van mastodont-ziekenhuizen.
12. Vereenvoudiging van de normeringen in het ziekenhuis (zorgprogramma's enz.)
13. Paritaire deelname van de artsen in het ziekenhuisbeheer.
14. Een correcte oplossing van de contentieux artsen-ziekenhuisbeheerders.
15. Geen splitsing van het honorarium voor de ziekenhuisarts.
16. Het wegwerken van de spoedgevallenproblematiek, mogelijks door het betalen van remgeld en in ieder geval door goede afspraken tussen de lokale huisartswachtdienst en het ziekenhuis.
17. Een degelijke terugbetaling van het viscerosynthesemateriaal.
18. Een oplossing voor het nijpende aansprakelijkheidsprobleem.
19. Een rechtvaardig controlesysteem in het kader van de responsabilisering, met eerlijke spelregels en eerbied voor de rechten van de verdediging.
20. Een soepele toepassing van de regelgeving voor de werkuren.
21. Het elimineren van de discriminatie van niet-academische ziekenhuizen t.o.v. de universitaire ziekenhuizen.
22. Het behoud van de controle van de geneeskundige demografie en de beteugeling van de plethora.
23. Een kwalitatieve, vooral klinische, beroepsgerichte opleiding, met kostenbewustzijn en voorbereiding op de dagelijkse medico-administratieve realiteit, in het graduate onderwijs.
24. Het oprichten van een nationaal selectiesysteem voor de toegang tot specialisatie eerder dan het selecteren door een faculteit.
25. Het herstel van een harmonische samenwerking tussen de Universiteit en het Beroep voor de postgraduate opleiding van huisartsen en specialisten.
26. Het correct functioneren van de door de overheid ingerichte adviesorganen m.n. de Hoge Raad voor Geneesheren Specialisten en Huisartsen, de Erkenningscommissies en de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen.

**ANTWOORD VAN ARTSENKRANT OP DE BRIEF
VAN PROFESSOR J. GRUWEZ D.D. 05.01.2004**

**Verbond der Belgische Specialisten (VBS)
De Heer Voorzitter, Professor Gruwez
Kroonlaan 20
1050 Brussel**

Betreft: Abonnement op Artsenkrant (De Geneesheer-Specialist)

Geachte Professor Gruwez,

Met verbazing lezen we uw artikel over het abonnement op Artsenkrant in "De Geneesheer-Specialist". Zoals u weet, is het steeds onze politiek geweest om Artsenkrant / Le Journal du Médecin zo ruim mogelijk te verspreiden. Eind december 2003 hadden we een oplage van 32.000 exemplaren (82 nummers per jaar).

Het klopt dat we aan specialisten vanaf 2004 een bescheiden jaarlijkse bijdrage van 60 euro vragen. Ruim één op drie specialisten is intussen al op deze vraag ingegaan. We hebben wellicht de fout gemaakt hierover niet vooraf met de specialisten overleg te plegen. De bijdrage die we vragen dekt alleen de onkosten van het papier en de verzending van Artsenkrant/ Le Journal du Médecin. De werkelijke kosten van een abonnement liggen zoals u weet veel hoger.

De kosten voor productie en distributie van onze krant zijn de laatste jaren immers exponentieel gestegen. Een krant als de onze gratis versturen kan alleen dankzij de advertenties van de farmaceutische industrie. Zoals u weet, voert die industrie op een andere manier promotie naar huisartsen dan naar specialisten. Het is in dat kader dat u onze beslissing moet situeren. We hopen u hiermee alvast enige verduidelijking te hebben gebracht.

Meteen voegen we hieraan toe dat we ons engageren tegenover de specialisten om op onze beslissing terug te komen, mocht het investeringsklimaat verbeteren. In elk geval distantiëren we ons van uw voorstel om van naam te veranderen. Artsenkrant en Le Journal du Médecin blijven gehecht aan hun specialistische lezers. We zijn ervan overtuigd dat onze krant ook voor de leden van het VBS een belangrijk informatiekanaal blijft.

Uw stelling dat het vervelend zou zijn als artsen zouden moeten betalen voor de publiciteit van de farma-industrie vinden we eigenaardig en een tikkeltje beledigend. Eigenaardig want als u die redenering doortrekt, zou iedereen die een abonnement neemt op een dag- of weekblad meebetalen voor de publiciteit die er in verschijnt. Beledigend omdat het de indruk geeft dat u Artsenkrant en Le Journal du Médecin gelijkstelt aan publiciteit. De vraag is dan waarom u zich al deze moeite getroost.

Maar laten we vooral constructief blijven en u verzekeren dat we te allen tijde bereid zijn tot verder overleg met u en uw vereniging.

Met vriendelijke groeten,

Peter Backx, hoofdredacteur Artsenkrant
Maurice Einhorn, hoofdredacteur Le Journal du Médecin
Pierre Dory, algemeen directeur Medimedia Belgium
Jean-Pierre Dehaspe, afgevaardigd bestuurder Medimedia Belgium

NOMENCLATUUR – WIJZIGING VAN ARTIKEL 35

5 FEBRUARI 2004. - Koninklijke besluiten tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 19.02.2004)

[...]

Artikel 1. In artikel 35 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 24 augustus 1994 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 juli 1996, 25 juni 1997, 9 januari 1998, 24 maart 1998, 18 januari 1999, 28 februari 1999, 6 november 1999, 8 november 1999, 20 maart 2001, 11 juli 2001, 13 juli 2001, 24 augustus 2001, 24 september 2001, 15 oktober 2001, 21 januari 2002, 22 januari 2002, 18 oktober 2002, 13 januari 2003 en 7 september 2003, wordt § 7 gewijzigd als volgt :

1° Punt 1°, a), wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« a) De verzekeringstegemoetkoming mag pas worden verleend na de instemming van de adviserend geneesheer voor de indicaties vermeld in 2° a) en 2° c) . »;

2° Na punt 2°, b), wordt het volgende punt c) ingevoegd :

« c) De inplanting van het materieel voorzien onder 683093-683104, 683115-683126, 683130-683141 en 683152-683163 moet geschieden met het oog op de behandeling van pijn ten gevolge van chronische pancreatitis waarbij de gangbare farmacologische behandeling geen gunstig resultaat opleverde of leidde tot ernstige nevenwerkingen. »;

3° In punt 3°, a), worden de woorden « en in 2° c) » ingevoegd na de woorden « De heelkundige ingreep bedoeld in 2° a) »;

4° Punt 3°, b), wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« b) De aanvraag om vergoeding van het materieel moet worden ingediend met een omstandig medisch verslag dat is opgemaakt en ondertekend door alle leden van de multidisciplinaire ploeg die verantwoordelijk is voor de inplanting en de behandeling, en die

- voor de inplanting bedoeld in 2° a), bestaat uit een neurochirurg, een neuroloog of een anesthesioloog en een neuropsychiater of een psychiater;

- voor de inplanting bedoeld in 2° b), bestaat uit een vaatchirurg, een internist en de inplanterend geneesheer-specialist;

- voor de inplanting bedoeld in 2° c), bestaat uit een neurochirurg, een internist en een neuropsychiater of een psychiater. »;

5° In punt 3°, c), wordt het punt 2. vervolledigd met de volgende bepaling :

« - de diagnose waarin is vermeld dat het weldegelijk om pijn als gevolg van chronische pancreatitis gaat voor de inplanting bedoeld in 2°, c) ; »;

6° In punt 3°, c), 3., eerste streep, worden de woorden « en 2° c) » ingevoegd na de woorden « voor de inplanting bedoeld onder 2° a) »;

7° In punt 3°, c), 4., eerste streep, worden de woorden « en 2° c) » ingevoegd na de woorden « voor de inplanting bedoeld in 2° a) ».

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

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

[...]

Artikel 1. In artikel 35 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 24 augustus 1994 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 juli 1996, 25 juni 1997, 9 januari 1998, 24 maart 1998, 18 januari 1999, 28 februari 1999, 6 november 1999, 8 november 1999, 20 maart 2001, 11 juli 2001, 13 juli 2001, 24 augustus 2001, 24 september 2001, 15 oktober 2001, 21 januari 2002, 22 januari 2002, 18 oktober 2002, 13 januari 2003 en 7 september 2003 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In **§ 1, H. Bloedvatenheelkunde**, opschrift "categorie 2", worden de volgende wijzigingen aangebracht aan de verstrekking 685915-685926 :

a) De woorden ", inclusief de sizing balloon," worden ingevoegd tussen "materiaal" en "gebruikt";

b) De betrekkelijke waarde "U 4630" wordt door de betrekkelijke waarde "U 4830" vervangen;

2° In **§ 1, H. Bloedvatenheelkunde**, opschrift "categorie 2", worden de volgende wijzigingen aangebracht aan de verstrekking 685930-685941 :

a) De woorden ", inclusief de sizing balloon," worden ingevoegd tussen "materiaal" en "gebruikt";

b) De betrekkelijke waarde "U 4630" wordt door de betrekkelijke waarde "U 4830" vervangen.

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

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

[...]

Artikel 1. In artikel 35 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 24 augustus 1994 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 juli 1996, 25 juni 1997, 9 januari 1998, 24 maart 1998, 18 januari 1999, 28 februari 1999, 6 november 1999, 8 november 1999, 20 maart 2001, 11 juli 2001, 13 juli 2001, 24 augustus 2001, 24 september 2001, 15 oktober 2001, 21 januari 2002, 22 januari 2002, 18 oktober 2002, 13 januari 2003 en 7 september 2003 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In **§ 1, D. Oto-rhino-laryngologie**, opschrift "categorie 2", wordt na de verstrekking 687750-687761 en zijn non-cumulregel de volgende verstrekking ingevoegd :

« 687934-687945

Synthetisch weefsel gebruikt bij tracheale autotransplantatie voor de behandeling van larynxcarcinoom, U 5,3 per cm² »;

2° In **§ 16, D. Oto-rhino-laryngologie**, categorie 2, wordt vóór het opschrift "Categorie 3 : " het volgende opschrift en verstrekking ingevoegd :

« Synthetisch weefsel :

687934-687945 »

3° In § 17, opschrift "- 0 % voor de verstrekkingen :", D. Oto-rhino-laryngologie, worden vóór het opschrift "Toebehoren voor spraakprothesen :" het volgende opschrift en verstrekking ingevoegd :

« Synthetisch weefsel :

687934-687945 ».

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

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

AANKONDIGINGEN

- 04008 **TE KOOP : LANAKEN : KANTOOR of PRAKT. RUIMTE 116 m² en 140 m², ook samenvoegbaar, gelegen op 100 m van stadskern, luxe nieuwbouwrealisatie, veel parkeermogelijkheid, mogelijke combinatie m. bovenliggend appartem. Prijs : vanaf 106.400 € excl. Winddicht 0477/36.23.00.**
- 04017* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extramuros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73
- 04018* **TWEETALIG RADIOLOOG** wenst vervangingen te verzorgen 5 halve dagen per week (conventionele RX, echo met Doppler, CT.scan), in vast of los samenwerkingsverband (privaatpraktijk of kliniek). Voorkeur Oost-Vl., West-Vl., Henegouwen, ook Antw. en Vl. Brabant. Georges PENNEMAN de BOSSCHEYDE – 056/75.33.88 – 0475/45.31.42 – go.geo@skynet.be.
-

Inhoudstafel

- | | |
|--|----|
| • Toespraak van Prof. J. A. GRUWEZ, voorzitter van het VBS, ter gelegenheid van de algemene vergadering van 7 februari 2004..... | 1 |
| • Waarheen met de Gezondheidszorg in België?..... | 4 |
| • Antwoord van Artsenkrant op de brief van Professor J. Gruwez d.d. 05.01.2004 | 8 |
| • Nomenclatuur – wijziging van artikel 35..... | 9 |
| • Aankondigingen | 11 |