

---

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 3 / APRIL 2005**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## HET ONTWERP VAN "GEZONDHEIDSWET" EN HET "MORATORIUM" VAN DE AFHOUDINGEN OP DE HONORARIA IN DE ZIEKENHUIZEN

**Aan de Medische Raden  
Aan alle geneesheren-specialisten**

*De besprekingen in de Kamercommissie over het wetsontwerp nr 1627 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, werden onderbroken voor de Paasvakantie. Ze hervatten nadien in versneld tempo, want minister Demotte zit met ongeduld te wachten op de stemming.*

*Alhoewel van meet af aan bleek dat eventuele wijzigingen moesten beperkt blijven tot enkele komma's of louter technische correcties, kregen we medewerking en steun van de liberale fracties, meer bepaald vanwege het kabinet van MR-Voorzitter D. REYNDERS enerzijds en van onze collega en VLD-volksvertegenwoordigster Y. AVONTROODT anderzijds, van wie verscheidene pertinente interventies werden geacteerd in het verslag van de Kamercommissie. Langs CD&V-zijde konden we net ontsnappen aan een zeer restrictief amendement inzake de honoraria-supplementen, bepalingen die onaanvaardbaar zouden geweest zijn gelet op de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen enerzijds, en op de aanzienlijke besparingsmaatregelen die de minister wil opleggen aan de artsen anderzijds.*

### **Van 1.07.2005 tot 30.06.2006: het jaar van de ziekenhuisarts?**

*Weldra gaat dus de periode van de "volmachten" in. Uit de commentaar van de minister blijkt dat hij niet zal nalaten de technische adviesorganen van het RIZIV voorafgaand te raadplegen. Toch zullen wij daar zeer waakzaam moeten op toezien om zonodig het nakomen van gegeven beloften af te dwingen. Niet zonder verontwaardiging hebben wij immers het parcours gevolgd van het zgn. "moratorium"- artikel 33 (oorspronkelijk 29) van het ontwerp. Men herinnert zich dat de minister in november jl. hieromtrent een concrete belofte had geformuleerd: "... zijn er maatregelen getroffen ... om de activiteiten van de artsen binnen de ziekenhuizen te ondersteunen (moratorium op de afhouding van de honoraria van de artsen en dekking van risico van burgerlijke aansprakelijkheid ingevolge de activiteit van een arts)" (Nl.versie Regeringsnota Doc. NGCZ 2004-65).*

*In de huidige stand van het wetsontwerp blijft er nauwelijks iets over van die belofte. Het wetsontwerp zegt immers dat **het aangekondigde moratorium zal ingaan op 1.07.2005 en 365 dagen later ophoudt te bestaan!** Dit is dus, beleefd gezegd, een uiterst. symbolisch moratorium dat bovendien trouwens in ruime mate werd uitgehold door een reeks uitzonderingen. Een eerste vraag is: wat gaat er gebeuren na 30.06.2006?*

*Het VBS en de BVAS hebben samen een brief gericht aan de minister om hem erop te wijzen dat de ziekenhuisartsen zijn ommezwaai niet zullen begrijpen en dat ze van hem verwachten dat hij zijn oorspronkelijke beloften nakomt.*

## Gezamenlijke brief van VBS en BVAS (01.04.2005)

Mijnheer de Minister,

Betreft: wetsontwerp nr 1627 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

Met ontsteltenis hebben de artsen kennisgenomen van artikel 33 (oorspronkelijk 29) van uw wetsontwerp.

In uw nota "Aanvullende besparingsmaatregelen" van begin november (NI. versie Regeringsnota Doc. NCGZ 2004-65) stond vermeld: "... zijn er maatregelen getroffen ... om de activiteiten van de artsen binnen de ziekenhuizen te ondersteunen (moratorium op de afhouding van de honoraria van de artsen en dekking van risico van burgerlijke aansprakelijkheid ingevolge de activiteit van een arts)".

De oorspronkelijke zin en inhoud van de invoering van het moratorium van de kostenafhoudingen is niet meer terug te vinden in de huidige vorm van artikel 33. Uzelf hebt nochtans tijdens de algemene bespreking van 24 maart 2005 in de Commissie voor Volksgezondheid gesteld dat de herfinanciering van de ziekenhuizen onderworpen is aan 2 voorwaarden: de inkomsten van de ziekenhuizen uit de artsenhonoraria mogen niet stijgen en de supplementen mogen niet willekeurig aangepast worden in functie van het financieringstekort van de ziekenhuizen.

Wat blijft er uiteindelijk van uw maatregelen over? Artikel 57 §3 (oorspronkelijk art. 53 §3) zegt dat het beloofde moratorium ingaat op 1 juli van dit jaar en 365 dagen later ophoudt uitwerking te hebben. Een bliksemmoratorium dus ! En wat gebeurt er nadien?

De ziekenhuisartsen zullen dit niet begrijpen. Wij menen dan ook dat u hen voor deze ommezwaai enige uitleg verschuldigd bent.

Bovendien blijkt uw moratorium eerder symbolisch vermits de ziekenhuisbeheerders het naar believen kunnen ontwijken. U hebt immers, vermoedelijk op aanraden van sommige ziekenhuisbeheerders, de oorspronkelijke tekst zodanig veranderd (toevoeging van een derde lid) dat de uiteindelijke versie voorziet in van een ganse reeks zeer rekbare en geenszins verantwoorde afwijkingen. De Raad van State heeft inzake het oorspronkelijk artikel bemerkings gemaakt en gewezen op de onduidelijkheid van de termen "kosten" en uitdrukkelijk gesteld dat het moest gaan om de kosten van het ziekenhuis zoals bedoeld in §3 van artikel 140 van de wet op de ziekenhuizen.

Over welke van de door U aangebrachte afwijkingen gaat het?

1° "in het geval... bedoelde overeenstemming wordt goedgekeurd door alle leden van de medische raad."

U verzwijgt evenwel dat, bij gebreke van die instemming, de beheerder het moratorium zal willen omzeilen door beroep te doen op de verzwaarde adviesprocedure zoals voorzien in artikel 142 van de ziekenhuiswet! Wat u in de artikelsgewijze bespreking van het wetsontwerp 1627 "van rechtswege" noemt (dus van openbare orde, waar dus niet kan aan geraakt worden), is volledig verdwenen in de tekst die u uiteindelijk hebt voorgelegd aan het Parlement. Dit is onaanvaardbaar.

2° "voor zover de verhoging van de inhoudingen uitsluitend bestemd is voor infrastructuurwerken...".

Men ziet niet in waarom deze voorwaarde als dusdanig de overschrijding van het moratorium zou verantwoorden. De tekst vermeldt geenszins dat de infrastructuurwerken zelf moeten gestaafd zijn en dat ze de voorafgaande goedkeuring van de Medische Raad vereisen, noch dat het alleen kan gaan over werken waarvan de financiering nog niet gedekt is door de afhoudingen van het referentiejaar bedoeld in het 1e lid van §6, noch gedekt zijn door het budget van financiële middelen van het ziekenhuis.

3° "...bestemd is voor het financieren van een herstelplan van een openbaar ziekenhuis, zoals opgelegd door de voogdijoverheid".

We zien niet naar welke van kracht zijnde bepalingen u verwijst die behoren tot een federale bevoegdheid inzake Volksgezondheid of Sociale zaken en die het overschrijden van uw theoretisch moratorium zouden verantwoorden. In elk geval zullen de ziekenhuisartsen van de openbare sector met afgrijzen kennis nemen van uw idee dat dreigt begrepen te worden als een aansporing om in een recordtijd van 12 opeenvolgende maanden een ruim saneringsprogramma op gang te brengen in deze ziekenhuizen op kosten van de artsen die er werkzaam zijn. En dat terwijl de ziekenhuiswet letterlijk voorziet dat de tekorten van de openbare ziekenhuizen ten laste zijn van de moedergemeente en, wat de intercommunales betreft, ten laste van de lidgemeenten.

4° "...veroorzaakt is door structurele hervormingen, zoals een fusie, associatie of groepering."

Ook hier ziet men geenszins in wat als dusdanig een afwijking op het moratorium zou kunnen verantwoorden. Het zou immers volstaan te stellen dat in dit geval het totale jaarbedrag, bedoeld in het 1e

lid, beschouwd wordt als zijnde de som van de afhoudingen tijdens het referentiejaar van elk der entiteiten waaruit het structureel geheel is samengesteld. Bovendien voorziet uw tekst geenszins dat het moet gaan om fusies of andere samenwerkingsvormen die na het referentiejaar 2004 tot stand komen, zodat haast alle ziekenhuizen dit mogelijks als een uitnodiging zouden kunnen aanzien om zich van het moratorium te ontdoen en om de financiële weerslag van alle structuurwijzigingen uit het verleden op de artsenhonoraria te verhalen!

Wij herhalen dat voor ons het debat over een wijziging van artikel 140 van de ziekenhuiswet onlosmakelijk verbonden blijft aan de oude eis tot schrapping van het absurde artikel 139bis van dezelfde wet. Het zijn immers de regels van artikel 140 §§3 en 4 die het relationeel evenwicht tussen beheerders en ziekenhuisartsen waarborgen.

Vermits u vandaag het voornemen hebt maatregelen te treffen waardoor onvermijdelijk dat structureel evenwicht verstoord zal worden, eisen wij dat het moratorium opnieuw zijn oorspronkelijke vorm krijgt, zonder de bepalingen m.b.t. de symbolische duur ervan en vooral zonder de onverantwoorde afwijkingen waardoor de zin en inhoud ervan volledig wordt teniet gedaan. Voor deze wijzigingen zijn wij trouwens nooit vragende partij geweest en wij werden er nooit over geraadpleegd.

U begrijpt, Mijnheer de Minister, dat wij deze informatie moeten kenbaar maken aan de Medische Staven en Raden van het land, en wel zo spoedig mogelijk, gelet op de hoogdringendheid. Eens te meer is het duidelijk dat politieke beloften proberen de artsen met een kluitje in het riet te sturen.

De artsen zullen nauwlettend de slagen tellen die ze te verduren krijgen wanneer straks het "Jaar van de ziekenhuisarts" zal aanvangen ... van 01.07.05 tot 30.06.06.

Met de meeste hoogachting,

Dr. Marc Moens,  
Voorzitter BVAS  
Secretaris-generaal VBS

---

## HET ONTWERP VAN "GEZONDHEIDSWET" RECENTE ONTWIKKELINGEN

### **Gezamenlijke brief d.d. 7 april 2005 van het VBS en de BVAS gericht aan Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid R. DEMOTTE**

Mijnheer de Minister,

Met bijzondere aandacht namen we kennis van de recentste ontwikkelingen in het kader van de tekst van het wetsontwerp 1627 evenals van het interessant verslag van de Parlementaire Commissie. We hopen U van dienst te zijn met enkele bedenkingen:

1. Wat betreft **artikel 7**: de aanpassing van dit artikel geeft een belangrijke verbetering wat de rechtszekerheid betreft. Toch blijft er een niet te verwaarlozen probleem met het begrip "aanbevelingen". Deze laatste hebben bij ons weten geen normatieve waarde, temeer daar ze meestal verschillende benaderings- en handelingsmodaliteiten t.o.v. verschillende pathologie-variaties, niet-noodzakelijk in een zwart-wit differentiële of alternatieve context plaatsen. Een type van éénduidige "aanbeveling" die een welbepaald gedragspatroon "oplegt" of "uitsluit" bestaat niet en is ook niet denkbaar.

Het is dan ook onmogelijk het "naleven" van aanbevelingen in een normatieve context te evalueren. Zo zal bvb. de innoverende arts die bepaalde post-experimentele technieken toepast zoals beschreven in de nieuwe Afdeling VII van Hoofdstuk I, Titel III van de GVU-wet (Bijzonder Solidariteitsfonds) meteen in aanmerking komen om zijn accreditering te verliezen. Misschien broedt vandaag ergens in België een niet-accrediteerbaar arts aan de meest nobele aanwinst van de Geneeskunde van morgen.

Indien het de bedoeling is het naleven van een welbepaald gedragspatroon op te leggen in het kader van een welbepaald ziektebeeld, wat de diagnose en medische of medicamenteuze behandeling betreft, dan lijkt het ons aangewezen uitsluitend de term "regels" of "goede praktijkregels" te gebruiken. "Aanbevelingen" hebben een louter wetenschappelijk profiel en zijn ook niet normatief opgesteld.

De term "aanbevelingen" gaat, wegens het gebrek aan éénduidigheid, in dit verband meer verwarring zaaien dan nodig en ongetwijfeld aanleiding geven tot arbitraire en dus betwistbare evaluatie van het praktijkgedrag. Tenslotte zal het voor de NRKP bijzonder moeilijk zijn om "aanbevelingen" in een normatieve betekenis vast te stellen omdat over dezelfde pathologische context verscheidene alternatieve, zelfs tegenstrijdige aanbevelingen mogelijk zijn.

Daarom zijn wij zo vrij voor te stellen om op deze plaats het woord "aanbevelingen" te schrappen. Een "aanbevolen praktijkgedrag" impliceert immers niet automatisch dat elk ander praktijkgedrag per definitie slecht of minder goed is.

Juridisch gezien lijkt het ons niet aangewezen om twee soorten tegenstelbare gedragsnormen te voorzien. De Raad van State heeft reeds verscheidene malen arresten geveld die de noodzaak van de éénduidigheid in de regelgeving benadrukken. Twee soorten normen waarvan de ene ("regels") wel en de andere minder of niet éénduidig zijn, is dus een concept dat juridisch uitgesloten is.

Verder ziet men niet in waarom regels moeten beperkt worden tot het voorschrijven van "specialistische verstrekkings". Het is toch de bedoeling "alle vormen van oneigenlijk gebruik en misbruik te bestrijden" (art 58,§2,1°). Het lijkt ons nogal evident dat de actieradius van de maatregel groter wordt als het woord "specialistische" geschrapt wordt.

2. In verband met **artikel 11** legde u verklaringen af in verband met de extramurale CT.

Het succesrijke TV- programma op de Vlaamse zender "Eén", "Dieren in nesten", toont wekelijks een "reality" –reeks over een dierenartsenpraktijk. Regelmatig neemt de dierenarts een CT van een of ander letsel bij een klein huisdier. Kan U de TV- kijkers uitleggen waarom in de ambulante diergeneeskunde performantere middelen worden ingezet dan bij mensen? CT is vandaag ook niet duurder dan een gewone radiologie-installatie en dan sommige echografietoestellen. Het is onredelijk de CT opnieuw in een programmatie op te nemen.

3. Eveneens in verband met **artikel 11**, stelt u, in antwoord op een opmerking van Mevr. Y. Avontroodt, dat voor erkenningen en het installeren van toestellen de beheerders "niet alléén beslissen" en dus (maar) medeverantwoordelijk zijn.

Wij kunnen het niet eens zijn met die uitspraak. Nulla pena sine lege. Om een inbreuk op de wet te plegen moet er een dader zijn. Door uw 10% op de honoraria (als enige directe sanctie) zegt U impliciet, en in het Commissiedebat ook expliciet, dat uitsluitend de verstrekkende artsen verantwoordelijk zijn. Voormelde bepaling en uw uitspraak insinueren ten onrechte dat ze ook strafbaar zouden zijn op grond van art. 116.

Dit is juridisch en moreel voor de artsen onaanvaardbaar. Deze ontwerp tekst kan slechts juridisch gezien correct zijn indien de 10% heffing uitdrukkelijk wordt bepaald als zijnde van toepassing op de inkomsten die het ziekenhuis verwerft uit de honoraria. Dit kan oplopen tot rond de 80% wat PET en NMR betreft.

Pro memorie vermelden wij een aantal zéér duidelijke bepalingen van de ziekenhuiswet in dit verband:

- artikel 11

\* §1: de algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking alsook op het financiële vlak berust bij de beheerder

\* §2 De beheerder bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis; hij neemt de beheersbeslissingen met inachtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in Titel IV. (d.i. de adviesprocedure van de Medische Raad.

- artikel 13: benoeming of aanwijzing door de beheerder van een hoofdgeneesheer, die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement.

In het uitvoeringsbesluit van 15.12.1987 betreffende de artikels 13 t.e.m.17 van de ziekenhuiswet zegt het artikel 5 "De hoofdgeneesheer neemt de nodige initiatieven om: 1° de toepassing van de wettelijke\_en reglementaire voorschriften te waarborgen, althans voor zover deze de medische activiteiten betreffen..."

- artikel 86:"De beheerder van het ziekenhuis moet aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft....mededeling doen..."

- artikel 116: Onverminderd de toepassing van de in het stafwetboek gestelde straffen, wordt gestraft met een gevangenisstraf van 8 dagen tot drie maanden en met een geldboete....

\* 6° hij die, met overtreding van art. 26, een ziekenhuis of een dienst bouwt, verbouwt of omschakelt, die niet past in het raam van het in artikel 23 bedoeld programma

\* 11° hij die, met overtreding van art. 44 (medische diensten en medisch-technische diensten) opricht of exploiteert, zonder erkenning of zonder aan de gestelde eisen te voldoen.

- artikel 125:

\* "10° de vaststelling van de behoeften inzake medische uitrusting en de bepaling van de prioriteiten binnen de budgettaire mogelijkheden vastgesteld door de beheerder;" (NB met gewoon advies vanwege de medische raad; de principiële beslissing wordt uitsluitend door de beheerder genomen)

\* "11° de aanschaffing, de vernieuwing alsmede grote herstellingen van de medische uitrusting die geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria wordt gefinancierd"\_(NB met verzwaard advies, maar, stelt art 127 §1, alleen op adviesaanvraag door de beheerder; alleen hij is de initiatiefnemer).

- artikel 130 (de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren) §1, 2e lid stelt: "Onverminderd de toepassing van de artikelen 13 tot 17 mag het algemeen reglement geen bepalingen

bevatten die de professionele autonomie van de individuele ziekenhuisgeneesheer op het vlak van het stellen van de diagnose of het uitvoeren van de behandeling in het gedrang brengt."

Wanneer de "algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit" van de ziekenhuisbeheerder ter discussie wordt gesteld wordt er graag een flou artistique gecreëerd. Uw verklaring in de Kamercommissie is duidelijk fout. De beheerder is niet de "medeverantwoordelijke" maar dé verantwoordelijke.

Uw wetsvoorstel wil uitsluitend de verstrekker-arts, en niet de verantwoordelijke, straffen. De echte verantwoordelijke, die U verkeerdelijk "mede-verantwoordelijke" noemt, blijft helemaal buiten schot.

In de ziekenhuiswet is de professionele autonomie van de arts m.b.t. het verstrekken van zorgen (art 130§1) ondergeschikt aan de opgelegde organisatiestructuur, met aan de top de hoofdgeneesheer, aangestelde van de beheerder, die verondersteld wordt de conformiteit met de wet te waarborgen.

De artsen kunnen nooit een erkenning aanvragen, noch bekomen; alleen de beheerder kan dat, tenzij U de wet terzake zou wijzigen. De artsen kunnen alleen zorgen verstrekken in het structureel kader waarvan de beheerder van het ziekenhuis verondersteld wordt de wettelijkheid te waarborgen zoals ondermeer de erkenning van het ziekenhuis en de diensten.

De wet op de patiëntenrechten legt de arts de verplichting op de zorgen te verstrekken die medisch-kwalitatief in het belang van de patiënt nuttig en/of noodzakelijk zijn. De G.V.U.- wet voegt daaraan een principe toe: en die volgens Evidence Based Medicine verantwoord zijn.

Op dat vlak kan de arts, als hij een overtreding van de reglementering begaat (art. 73§1) vervolgd worden in het kader van de G.V.U. -wet. Hij kan nochtans niet vervolgd worden voor onregelmatigheden van welke aard ook die gepleegd worden uit hoofde van beheersbeslissingen van de zorgverlener "ziekenhuis".

Daarom dient §2, eerste lid van het nieuwe art. 64 van de G.V.U.- wet, als volgt te worden gewijzigd:

*"...gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt een door de Koning te bepalen percentage dat niet hoger mag zijn dan 10%, van de krachtens deze wet verschuldigde door de Koning aangeduide honoraria en forfaits voor verstrekkingen die gedurende het semester waarin deze opstelling of uitbating wordt vastgesteld zijn verricht in dat ziekenhuis, in mindering gebracht van de afhoudingen verricht door het ziekenhuis op voormelde honoraria, en teruggestort aan het RIZIV."*

In dezelfde § 2 dient het tweede lid als volgt te worden aangepast:

*"De in het eerste lid bedoelde vermindering van de afhoudingen op de verschuldigde honoraria..."*

4. In verband met (het nieuwe) **artikel 17**: de poging tot begripsomschrijving van implanteerbaar medisch hulpmiddel en de grotere duidelijkheid inzake prijsbepaling t.o.v. patiënt, vormt ongetwijfeld een belangrijke stap in de goede richting.

Een probleem dat zal moeten opgelost worden is dat nieuwe technische hulpmiddelen doorgaans ook gepaard gaan met aangepaste medische technieken die niet noodzakelijk woordelijk overeenstemmen met een strikt letterlijke lezing van de omschrijving ervan in de nomenclatuur. Dit heeft doorgaans meer te maken met de evolutie van de medische wetenschap en haar semantiek – er is een groeiende kloof tussen het oude en het actuele technisch denk-en handelingspatroon, inbegrepen het bijhorend jargon - dan met het principe zelf van de verzekeringstussenkomst. Hiervoor zal men dan naar een soepele oplossing moeten zoeken die rekening houdt met de praktijk "lege artis".

Het laatste lid van § 2 voorziet dat de Koning de nadere regelen en de procedure voor de toepassing van dit artikel bepaalt. Aangezien er reeds een uitvoerig aanbod van medische hulpmiddelen en implantaten aanwezig is in het kader van ziekteverzekering, is het ongetwijfeld aangewezen te voorzien dat de Koning deze nadere regelen "kan" bepalen.

5. De § 4 van **artikel 58** (volmachten):blijft incoherent. Immers, § 1 bepaalt het algemeen kader als zijnde de globale begrotingsdoelstelling van de verplichte ziekteverzekering (G.V.U.- wet).

De § 2 heeft het uitsluitend over dezelfde context (G.V.U.- wet), nl. het treffen van besluiten in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

Men ziet bijgevolg niet in waarom in § 4 voorzien wordt dat de volmachtbesluiten de wettelijke bepalingen "met betrekking tot de verzorgingsinstellingen" kunnen "opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen".

Op het vlak van de ziekenhuiswet zou hier dus een "blanco mandaat" gegeven worden, vermits de materies die bedoeld worden uitsluitend kaderen in de G.V.U.- wet.

Wij stellen dus als amendement voor in § 4 de woorden "en met betrekking tot de verzorgingsinstellingen" schrappen.

6. In verband met **artikel 59** (Comité voor de permanente doorlichting van de nomenclatuur dient vooral de vraag gesteld naar de noodzaak van dergelijk bijkomende structuur.

De bestaande Technisch geneeskundige raad (TGR) van het RIZIV, met zijn specifieke werkgroepen (interne geneeskunde, chirurgie, huisartsgeneeskunde, medische beeldvorming en

laboratoriumgeneeskunde) en zijn algemene werkgroep (waar gemeenschappelijke punten worden besproken) zijn het orgaan bij uitstek waar de medische ontwikkelingen gepaard met deskundige technology assessment gebeuren. De vertegenwoordiging in de TGR van zowel de representatieve beroepsorganisaties die de concrete invulling van grote meerderheid van de medische activiteiten realiseren, de universiteiten met hun wetenschappelijke inbreng en superspecialisatie in welbepaalde domeinen, als de verzekeringsinstellingen met hun specifieke deskundigheid en gezondheids- economische invalshoek verzekert dat de TGR objectief en adequaat inspeelt op de zich snel ontwikkelende mogelijkheden in de medische technologie en uitzuivert wat wel en wat niet dient opgenomen te worden voor een eventuele terugbetaling door onze sociale zekerheid.

Een aantal taken die in het huidige artikel 19 van de G.V.U.- wet worden opgesomd, met name de medische technologische evaluatie en de permanente doorlichting van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, worden continu behartigd door de TGR. Het soms langer dan gewenst uitblijven van resultaten heeft vooral te maken met de beperkte bezetting van het kader van ambtenaren dat deskundig is in deze complexe materie en is geenszins het gevolg van gebrek aan interesse of onwil. Integendeel, vele deskundige praktijkvoerende artsen zetten zich belangeloos en zeer dikwijls ten koste van hun eigen praktijk in om ononderbroken de nomenclatuur bij te schaven, ook wat de "herijking" betreft.

De creatie van het nieuwe Comité voor permanente doorlichting van de nomenclatuur lijkt ons dus contraproductief. Het lijkt ons nuttiger en noodzakelijk de bestaande TGR beter te ondersteunen.

In deze context is het ons inziens ook aangewezen te wijzen op de Programmawet van 24.12.2002 (Belgisch Staatsblad 31.12.2002 ) die met zijn artikel 259 en volgende het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg oprichtte. Artikel 264 stelt dat het Kenniscentrum studies en rapporten maakt voor ondermeer het RIZIV, met inbegrip van zijn advies -, overleg- en beleidsorganen, binnen het raam van de in een jaarprogramma gestelde opdrachten. Bij die opdrachten wordt in het 7° expliciet "de ondersteuning en de doorlichting van de nomenclatuur" vermeld.

Wij dringen aan dat de wijziging van het artikel 19 van de G.V.U.- wet, die trouwens vanuit de oppositie werd geïnspireerd, niet wordt weerhouden maar dat integendeel de werking van de bestaande Technisch geneeskundige raad wordt ondersteund en versterkt.

Met de meeste hoogachting,

Dr. Marc MOENS,  
Voorzitter BVAS  
Secretaris-generaal VBS

## **URGENTIEGENEESKUNDE EN ACUTE GENEESKUNDE : BIJZONDERE CRITERIA VOOR DE ERKENNING**

**14 FEBRUARI 2005. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, van geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde en van geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in deze disciplines (B.S. d.d. 4.3.2005)**

### *HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen*

**Artikel 1.** Voor de toepassing van dit besluit moet worden verstaan onder :

1° spoedgevallendienst : een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 1998 tot vaststelling van de normen waaraan een functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » moet beantwoorden om erkend te worden;

2° dienst voor intensieve behandeling : de functie voor intensieve zorg zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 1998 tot vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden;

3° mobiele urgentiegroep : de functie « mobiele urgentiegroep » zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « mobiele urgentiegroep » moet voldoen om te worden erkend.

### *HOOFDSTUK II. - Criteria voor de erkenning als geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde en als geneesheer-specialist in de acute geneeskunde*

**Art. 2.** Hij die wenst erkend te worden voor :

1° de bijzondere beroepstitel van geneesheerspecialist in de urgentiegeneskunde, bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels

voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, moet een erkende geneesheer-specialist zijn in een van de volgende disciplines : a) anesthesie-reanimatie; b) inwendige geneeskunde; c) cardiologie; d) gastro-enterologie; e) pneumologie; f) reumatologie; g) heelkunde; h) neurochirurgie; i) urologie; j) orthopedische heelkunde; k) plastische heelkunde; l) pediatrie; m) neurologie.

De opleiding omvat in dit geval ten minste twee jaar voltijdse stage in één of meer daartoe erkende stagediensten voor urgentie, en waarvan zes maanden in een dienst voor intensieve behandeling en ten minste één jaar na de erkenning als geneesheer-specialist in de hoofdspecialiteit;

2° de bijzondere beroepstitel van geneesheerspecialist in de urgentiegeneskunde, bedoeld in artikel 1 van het genoemde koninklijk besluit van 25 november 1991, moet een arts zijn die een opleiding in de urgentiegeneskunde gedurende zes jaar voltijds heeft vervolledigd, in een of meerdere daartoe erkende stagediensten in de urgentiegeneskunde, waaronder twaalf maanden in een dienst voor intensieve zorg.

Met instemming van zijn stagemester mag hij zijn stage ten belope van ten hoogste twee jaar vervullen in stagediensten erkend voor de opleiding in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°.

De opleiding van de kandidaat, verworven in het kader van de opleiding beoogd in 3°, kan in aanmerking komen voor drie jaar;

3° de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de acute geneeskunde, bedoeld in artikel 1 van het genoemde koninklijk besluit van 25 november 1991, moet een arts zijn die gedurende drie jaar een voltijdse opleiding gevolgd heeft in meerdere erkende stagediensten en waarvan ten minste 18 maanden in urgentiediensten erkend als stagediensten en 18 maanden in de volgende disciplines : anesthesie-reanimatie, intensieve zorg, inwendige geneeskunde, heelkunde en kindergeneeskunde.

De beroepservaring van de kandidaat, verworven tijdens en na de opleiding beoogd in artikel 6, § 3, 2°, kan voor maximaal twaalf maanden in aanmerking komen.

**Art. 3. § 1.** Ten minste één keer tijdens zijn opleiding in de urgentiegeneskunde, moet de kandidaat voor een van de in artikel 2, 1°, 2° of 3° bedoelde beroepstitels, een mededeling doen aan een gezaghebbende wetenschappelijke vergadering of een artikel publiceren over een onderwerp inzake urgentiegeneskunde in een gezaghebbend wetenschappelijk tijdschrift.

§ 2. Een geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg, kan erkend worden voor het dragen van de bijzondere beroepstitel van geneesheerspecialist in de urgentiegeneskunde, bedoeld in artikel 2 van het genoemde koninklijk besluit van 25 november 1991, na het vervullen van een stage in de urgentiegeneskunde van ten minste één jaar.

### HOOFDSTUK III. - *Criteria voor het behouden van de erkenning*

**Art. 4.** Om erkend te blijven voor het dragen van de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde of in de acute geneeskunde, bedoeld in artikel 1 van het genoemde koninklijk besluit van 25 november 1991, moet de houder van de erkenning :

1° een medische functie als hoofdactiviteit uitoefenen die in nauw verband staat tot de urgentiegeneskunde;

2° het bewijs leveren dat hij zijn kennis, bevoegdheden en medische prestaties inschat, onderhoudt en ontwikkelt om zodoende de geneeskundige zorg, conform de actuele gegevens van de wetenschap, te kunnen verstrekken.

Om erkend te blijven voor het dragen van de bijzondere beroepstitel van geneesheerspecialist in de urgentiegeneskunde, bedoeld in artikel 2 van het genoemde koninklijk besluit van 25 november 1991, moet de houder van de erkenning erkend blijven in één van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, en voldoen aan de voorwaarden bepaald in het eerste lid.

### HOOFDSTUK IV. - *Criteria voor de erkenning van stagemesters in de urgentiegeneskunde en acute geneeskunde*

**Art. 5. § 1.** De stagemester moet aan de algemene erkenning criteria voor stagemesters beantwoorden.

§ 2. De stagemester moet voltijds als hoofd van de spoedgevallendienst werkzaam zijn en het grootste deel van zijn tijd besteden aan klinische en technische activiteiten met betrekking tot zijn bekwaamheid in de urgentiegeneskunde.

§ 3. De stagemester kan instaan voor de opleiding van kandidaat-specialisten naar rata van maximum twee kandidaten per voltijds aan de spoedgevallendienst verbonden arts, houder van een van de in artikel 2, 1°, 2° of 3° bedoelde beroepstitel.

§ 4. De stagemester, die zelf ten minste sedert acht jaar als houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde erkend moet zijn, dient ten minste over één voltijdse, aan de spoedgevallendienst verbonden, medewerker te beschikken.

§ 5. De stagemeeester moet, bekleed met reële verantwoordelijkheid, deelnemen aan het opzetten en de werking van het alarmplan voor de ziekenhuisdiensten van de verzorgingsinstelling waaraan de spoedgevallendienst verbonden is.

§ 6. De stagemeeester zorgt ervoor dat de kandidaat een opleiding volgt in alle aspecten van de spoedgevallen, ook tijdens stages buiten de urgentiedienst.

#### HOOFDSTUK V. - *Criteria voor de erkenning van de stagediensten*

**Art. 6.** § 1. Om als stagedienst te worden erkend moet de dienst :

1° aan de algemene criteria voor de erkenning van stagediensten beantwoorden;

2° de urgentiegeneskunde in al haar aspecten uitoefenen zonder voorafgaande selectie van de gevallen;

3° te allen tijde, op basis van een vooraf opgestelde wacht dienst, eend beroep kunnen doen op een geneesheer-spécialist in elk van de volgende disciplines : inwendige geneeskunde, heelkunde, orthopedie, anesthesiologie, pediatrie, urgentiegeneskunde en radiologie;

4° zijn patiënten kunnen opnemen in een eenheid voor intensieve zorg waar een medische permanentie ter plaatse is georganiseerd, onafhankelijk van die in de spoedgevallendienst;

5° over een voldoende aantal gekwalificeerde beoefenaars van de verpleegkunde beschikken die voltijds aan de spoedgevallendienst verbonden zijn en een aangepaste opleiding hebben gehad in een spoedgevallendienst waarbij ze vertrouwd werden gemaakt met alle aspecten van de dringende verzorging. Het team is zo samengesteld dat twee leden van het verpleegkundig personeel, waarvan ten minste één gegradueerde, permanent aanwezig zijn in de spoedgevallendienst;

6° een afzonderlijke en aangepaste architectonische eenheid vormen met een aparte, voor ziekenwagens toegankelijke ingang, alsmede administratieve, onderzoeken behandelingslokalen;

7° voor de permanente opleiding instaan en ten minste maandelijks vergaderingen beleggen voor het hem toegewezen medische en verpleegkundig personeel;

8° de activiteit van de dienst evalueren, eventueel volgens de modaliteiten die hem door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, worden medegedeeld;

9° over administratief personeel beschikken, eigen aan de spoedgevallendienst en in voldoende aantal.

§ 2. Om als stagedienst bevoegd voor een volledige opleiding te worden erkend moet de dienst daarenboven :

1° beschikken over ten minste twee geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde die voltijds aan de spoedgevallendienst verbonden zijn, van wie de stagemeeester die ten minste acht jaar en de medewerker die ten minste vijf jaar drager moeten zijn van die titel;

2° ter plaatse instaan voor de medische permanentie in de spoedgevallendienst en de Mobiele Urgentiegroep en dit met een team van ten minste twee geneesheren van wie een erkend is volgens artikel 2, 1° of 2°, en de andere de opleiding beoogd in artikel 2, 1° of 2° volgt;

3° beschikken over ten minste acht functionele bedden voor voorlopige opname waarvan ten minste twee uitgerust met toezicht- en behandelingsapparatuur voor een patiënt in een kritieke toestand;

4° belast zijn met of deelnemen aan de organisatie en werking van een Mobiele Urgentie- en Reanimatiegroep;

5° verbonden zijn aan een ziekenhuis waar de diensten inwendige geneeskunde, heelkunde, orthopedie en de anesthesiologie als stagedienst erkend zijn of voldoen aan de overeenstemmende erkenningscriteria;

6° daarenboven, volgens een vooraf opgestelde beurtrol, een beroep kunnen doen op een geneesheer-specialist in elk van de volgende disciplines : orthopedische heelkunde, neurochirurgie, gynaecologieobstetrie, oftalmologie en psychiatrie.

§ 3. Een spoedgevallendienst die niet voldoet aan het geheel van de criteria om voor een volledige opleiding te worden erkend, kan evenwel voor maximaal zes maanden opleiding in de vorm van een rotatiedienst instaan, onder voorbehoud dat hij is erkend voor deze opleiding. Om erkend te worden, moet de dienst aan volgende voorwaarden voldoen :

1° beschikken over ten minste één geneesheer-specialist houder van de bijzondere titel in de urgentiegeneskunde en voltijds verbonden aan de spoedgevallendienst;

2° ter plaatse instaan voor de permanentie in de spoedgevallendienst en de Mobiele Urgentiegroep en dit met ten minste twee artsen die erkend zijn voor de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde of die kandidaat in opleiding zijn voor die titel of die houder zijn van het brevet in de acute geneeskunde en beantwoorden aan onderstaande voorwaarden :

a) titularis zijn van het diploma van « Docteur en médecine » of « arts »;

b) een door een universitair ziekenhuis georganiseerde, theoretische en praktische opleiding ten belope van 120 uren gevolgd hebben;

c) 240 uren stage hebben gelopen in een erkende dienst, gespreid over 24 maanden, met inbegrip van ten minste 10 pre-ziekenhuisinterventies met een vitaal karakter.

Deze artsen moeten naar het Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, een kopie opsturen van de bewijsstukken met betrekking tot de bovenvermelde theoretische opleiding en praktische stage.

Vanaf 1 januari 2008 wordt het brevet in de acute geneeskunde niet meer toegekend :

- tenzij aan de erkende huisartsen;

- en aan de artsen die niet erkend zijn als huisarts, op voorwaarde dat ze de opleiding aangevangen hebben voor die datum.

3° beschikken over ten minste 4 bedden voor voorlopige opname waarvan ten minste 1 uitgerust is met toezicht- en behandelingsapparatuur voor een patiënt in een kritieke toestand;

4° instaan voor een Mobiele Urgentiegroep en deelnemen aan de organisatie en de werking ervan;

5° verbonden zijn aan een ziekenhuis waar de diensten inwendige geneeskunde en heelkunde als stagedienst erkend zijn of voldoen aan de overeenstemmende erkenningscriteria.

#### HOOFDSTUK VI. - *Overgangsbepalingen*

**Art. 7. § 1.** Een periode van voltijdse uitoefening van de urgentiegeneskunde of van de acute geneeskunde als kandidaatspecialist of als specialist die een aanvang heeft genomen voor de inwerkingtreding van dit besluit zal voor ten hoogste één jaar opleiding in de zin van artikel 2, 1° of 2°, van dit besluit in aanmerking kunnen genomen worden voor zover de aanvraag wordt ingediend binnen een termijn van zes maanden te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van dit besluit.

§ 2. Gedurende een periode van drie jaar, te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van dit besluit, kan de arts die aan de hand van documenten betreffende zijn bezoldiging kan bewijzen dat hij na het verkrijgen van het brevet bedoeld in artikel 2, § 3 ten minste 10 000 uren beroepservaring gedurende de zeven jaar vóór de aanvraag heeft in een of meerdere urgentiediensten, erkend worden als geneesheer-specialist in de acute geneeskunde; hij verliest dan zijn erkenning als huisarts.

§ 3. De artsen die op het ogenblik van de inwerkingtreding van dit besluit de opleiding in de urgentiegeneskunde aan het volgen zijn overeenkomstig het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde, kunnen die opleiding voltooien en erkend worden, overeenkomstig de bepalingen van dit laatste besluit.

§ 4. De artsen die op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit erkend zijn in de urgentiegeneskunde, mogen hetzij hun bijzondere beroepstitel behouden, hetzij de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde gevisieerd in artikel 1 van bovenvermeld koninklijk besluit van 25 november 1991 aanvragen. Zij dienen hun aanvraag in binnen de twee jaar die volgen op de inwerkingtreding van dit besluit.

§ 5. De artsen die op 1 januari 2008 houder zijn van het brevet in de acute geneeskunde, behouden dit brevet.

§ 6. De erkenningen die op basis van dit ministerieel besluit van 12 november 1993 aan de stagemesters en aan de stagediensten werden toegekend blijven geldig totdat hun oorspronkelijk vastgestelde termijn is verlopen.

**Art. 8.** Het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde wordt opgeheven.

### INTERPRETATIEREGELS ORTHOPEDIE (ARTIKEL 29, § 1)

INTERPRETATIEREGEL 21 (in voege d.d. 1 februari 1993 – B.S. d.d. 25.03.2005)

VRAAG

Als een gaanapparaat uitgevoerd wordt met twee stangen per been, mogen de volgende verstrekkingen tweemaal aangerekend worden : « 647813 Bijslag voor enkelgeleding », « 647835 Bijslag voor kniegeleding » en « 647850 Bijslag voor grendel » ?

#### ANTWOORD

Verstrekkingen « 647813 Bijslag voor enkelgeleding », « 647835 Bijslag voor kniegeleding » en « 647850 Bijslag voor grendel » kunnen slechts eenmaal per gewricht voor elk lidmaat worden aangerekend, zelfs wanneer het gaanapparaat uit twee stangen per been bestaat.

#### INTERPRETATIEREGEL 22 (in voege d.d. 1 september 2004 – B.S. d.d. 25.03.2005)

##### VRAAG

In de nomenclatuur van de prothesen van de onderste ledematen, wat wordt bedoeld met « partiële voetamputatie » en « volledige voetamputatie » ?

##### ANTWOORD

In het kader van de nomenclatuur van de prothesen van de onderste ledematen, wordt een voetamputatie waarvoor een toerusting met een prothese noodzakelijk is:

- als « partiële » beschouwd wanneer de hallux of de vier laatste tenen of een deel van de botonderdelen van de middelvoet en/of van de voetwortel worden weggenomen.
- als « volledige » beschouwd wanneer de totaliteit van de botstructuren van de tenen, de middelvoet en de voetwortel worden weggenomen, en slechts het scheenbeen en het kuitbeen overblijven.

### INTERPRETATIEREGEL LOGOPEDIE (ARTIKEL 36, § 4)

#### INTERPRETATIEREGEL (in voege d.d. 19.01.2005 – B.S. d.d. 19.01.2005)

##### VRAAG :

Artikel 36, § 4, 1° bepaalt : « De aanvraag om tegemoetkoming, opgemaakt op een formulier waarvan het model is goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, moet onverwijld door de rechthebbende worden ingediend bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling. De tegemoetkoming wordt geweigerd voor elk bilan of voor iedere behandelingszitting verricht langer dan 60 kalenderdagen vóór de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen. ».

Artikel 36, § 4, 2° vermeldt : « Bij de aanvraag wordt, ....., een geneeskundig voorschrift gevoegd dat is opgemaakt door .... ».

Vanaf welke datum kan een aanvraag om tegemoetkoming beschouwd worden als ontvangen door de adviserend geneesheer ?

##### ANTWOORD :

Een aanvraag om tegemoetkoming kan slechts beschouwd worden als ontvangen door de adviserend geneesheer als ze bestaat uit het in § 4, 1° vermelde aanvraagformulier en uit een in § 4, 2° vermeld geneeskundig voorschrift.

Als de adviserend geneesheer deze twee documenten op verschillende data ontvangt, geldt de datum van het laatst ontvangen document als datum van ontvangst van de aanvraag.

### WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING

*Tweejaarlijkse conferentie van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek  
op dinsdag 3 mei 2005 in het Auditorium 44 te Brussel*

Thema : Lokale commissies voor ethiek en medische praktijk.

Inschrijving en informatie op het secretariaat : Tel. 02/525.09.10 – Fax : 02/525.09.12 – E-mail : bioeth-info@health.fgov.be - Site : www.health.fgov.be/bioeth

Accreditatie voor artsen werd aangevraagd.

## AANKONDIGINGEN

- 04017\* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73
- 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.
- 04099 **FRANCE** : Languedoc 10 min de la mer : Groupe de quatre **RADIOLOGUES** cherche successeur cause retraite d'un des associés. Radiologie générale, mammographie dépistage, échographie, pars scanner et Irm privés. Cabinet en pleine expansion, dans bel immeuble 2003 privé avec parking clientèle. CONTACT: 00.33.6.08 92 08 04 – 00.33.6.81 79 64 37.
- 05010 **OOGHEELKUNDIGE ZOEKT** : al oud oftalmologisch en optisch materiaal evenals oude brillen en glazen voor Rwanda. Tel. : 02/770.21.35.
- 05014 **VILVOORDE** : De raad van beheer van het algemeen ziekenhuis Jan Portaels te Vilvoorde opent volgende vacature (M/V) : **Diensthofd Sp locomotorische aandoeningen** (20 bedden) een geneesheer specialist in de **Neurologie of orthopedische heelkunde of fysische geneeskunde en revalidatie of in de reumatologie**. Informatie over deze functie kan bekomen worden bij de hoofdgeneesheer Dr. J. Deroover op het nummer 02/254.63.58. Geïnteresseerden richten hun kandidatuur met CV aan: AZ Jan Portaels, Gendarmeriestraat 65, 1800 Vilvoorde. Separaat ter attentie van: ● de voorzitter van de raad van beheer ● de voorzitter van de medische raad.
- 05015 **TE HUUR, SINT-NIKLAAS**. Stijlvolle villa met moderne praktijkruimtes, ideaal voor artsenkabinet. Uitstekende ligging, gemakkelijk bereikbaar. Alle faciliteiten, alle comfort, mooie grote tuin. Inlichtingen tel. 0496/736.415.
- 05016 **TE KOOP : ANTWERPEN** : praktijkgebouw met turnzaal 13 x 7 x 6 m, zwembad 4,80 x 9,80 en woning, super voor fysio-centrum. 0475/42.11.58.
- 05017\* **BRUSSEL** : Clinilabo, een privaat medisch laboratorium te Sint-Gillis, vlot bereikbaar met auto en openbaar vervoer is op zoek naar uitbreiding van haar team met een **KLINISCH BIOL(O)G(E)**. Full-time/part-time. Tweektalig Nederlands/Frans. Goede sociale vaardigheden. Zelfstandig kunnen werken. Dynamisch en flexibel. Prikervaring is een pluspunt. Contact 02/425.35.15 of bsc@clinilabo.be Volledige discretie en een behandeling in vertrouwen worden gewaarborgd.
- 05020 **BRUSSEL** (Sint-Jan Kliniek) : Plastische heelkunde zoekt een voltijdse **VERPLEEGSTER-INSTRUMENTISTE** (bediendenkontraakt) - kontraakt van bepaalde duur (van 1 maart 2005 tem 1 maart 2006). Het werk bestaat uit rechtstreekse operatieve assistentie. Inlichtingen te verkrijgen bij Dokter B. Nokerman : tel 02/465.56.17, fax 02/469.45.28, mail : b.nokerman@advalvas.be of bnokerman@clstjean.be
- 05021 **FRANCE** : Vous recherchez une opportunité d'évolution de carrière en France ? Le groupe Maine Image Santé, groupe de 22 radiologues basé au Mans (1H30 de Paris, 2 heures des côtes de Bretagne, Vendée et Normandie), est une structure pionnière dans le monde de la **RADIOLOGIE** française :  
**Un groupe solide et « avant-gardiste »** : \* une structure issue du rapprochement en 1999 des 2 groupes représentant près de 90% de la radiologie privée sur le département de la Sarthe. \* l'une des toutes premières collaborations public/privé en France pour le partage des IRM \* une structure de « gestion/logistique/ressources humaines » visant à faciliter au maximum l'exercice médical et à optimiser les résultats \* un montage financier/fiscal avant-gardiste (SEL, SCM, SCI, implantation du centre de gestion en zone franche défiscalisée...)  
**Une activité motivante** : \* 14 sites sur le département de la Sarthe dont 10 au Mans (cabinets de ville, activité hospitalisation privée, Médico Chirurgicale Obstétrique) \* 2 scanners au Mans en totale exploitation privée et un partage public privé au scanner de Sablé \* 2 IRM en copropriété (50%) avec l'hôpital du Mans \* un fort engagement dans le dépistage du cancer du sein depuis 1990 (achat récent d'un mammothome) \* une activité d'urgence UPATOU  
**Un équilibre préservé** : \* 9 semaines de congés en moyenne pour 4.5 jours travaillés par semaine \* une rotation pour les gardes réduites (1 garde toutes les 9 semaines grâce au nombre important d'associés)  
**Une localisation exceptionnelle** : Un cadre de vie agréable à 55 minutes en TGV de Paris et 2H des côtes (Vendée, Bretagne, Normandie).  
 Après l'intégration de 2 nouveaux associés en 2004, nous sommes aujourd'hui à la recherche de remplaçants pour 2005 en vue d'une association pour poursuivre notre croissance. Contact : Frédéric GALLOIS, Directeur Général ARX - MAINE IMAGE SANTE, 67 Bd Winston Churchill - 72 000 LE MANS, 00 33 2 43 84 80 33 (ligne directe) - 00 33 6 70 46 59 98 (portable), gallois.arx@wanadoo.fr
- 05023 **RADIOLOOG** zoekt vervangingen in radiologische privaat praktijken over het gehele **VLAAMSE LANDSGEDEELTE**. tel.: 056 51 14 43.

- 05028 **FRANCE** : Pour raisons personnelles, **CHIRURGIEN VISCÉRAL** cherche un successeur dans une clinique privée située à Moulins (Allier). Activité très importante de chirurgie digestive et générale. Revenu très conséquent. Contacts : Dr Ladha. Tél. : 00.33.4.70.44.92.80 (bureau), 00.33.6.08.62.42.38 (GSM), 00.33.4.70.20.50.465 (dom.). Mail : segange@wanadoo.fr
- 05039 **ANESTHESIST(E) gevraagd**: ervaring in diepe sedatie. Verdere inlichtingen bij Plastisch chirurg Dokter D'Hondt. Tel: 0477/759435.
- 05040 **TE HUUR** te Wilrijk medische kabinetten volledig ingericht. Toplocatie, gemakkelijk te bereiken via weg of openbaar vervoer, geen parkeerproblemen. Geschikt voor specialisten en paramedische beroepen. Te bevragen: GSM: 0486/561912 .
- 05041 **FRANCE** (Bourgogne Nord) : Centre d'**IMAGERIE MÉDICALE** cède parts de cabinet. Accès actuels imagerie lourde. Développement possible. Tél. : 00.33.4.50.27.76.60.
- 05042 **VILVOORDE** : De raad van beheer van het algemeen ziekenhuis Jan Portaels te Vilvoorde opent volgende vacature (M/V) voor de dienst : Geneesheer **INTERNIST** en/of **ENDOCRINOLOOG**. Informatie over deze functie kan bekomen worden bij de hoofdgeneesheer Dr. J. Deroover op het nr 02 254 63 58. Geïnteresseerden richten hun kandidatuur met CV aan: AZ Jan Portaels, Gendarmeriestraat 65, 1800 Vilvoorde. Separaat t.a.v.:  
 • de voorzitter van de raad van beheer • de voorzitter van de medische raad.

## Inhoudstafel

• Het ontwerp van "Gezondheidswet" en het "moratorium" van de afhoudingen op de honoraria in de ziekenhuizen .....	1
• Het ontwerp van "Gezondheidswet" – Recente ontwikkelingen .....	3
• Urgentiegeneeskunde en acute geneeskunde : bijzondere criteria voor de erkenning ..	6
• Interpretatieregels orthopedie (artikel 29, § 1) .....	9
• Interpretatieregel logopedie (artikel 36, § 4) .....	10
• Wetenschappelijke vergadering .....	10
• Aankondigingen .....	11