
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° 8 / DECEMBER 2005

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

PERSBERICHT

Het huidige overheidsbeleid maakt het afsluiten van een akkoord onmogelijk

Brussel, 22 november 2005

Het VBS heeft tijdens zijn recentste bestuursvergadering de balans opgemaakt van de algemene context waarin de specialistische geneeskunde verondersteld wordt te functioneren in het kader het huidig overheidsbeleid.

Het Verbond stelt vast dat dit beleid nog hoofdzakelijk bestaat uit diktaten, voldongen feiten, unilaterale wijzigingen van spelregels en het niet respecteren van bij akkoord gemaakte afspraken en, last but not least, de discriminatie van de specialistische geneeskunde die een belangrijke rol in de eerste lijn te vervullen heeft.

Verder overheerst op elk aspect van de medische zorgverlening de normatieve terreur van de (dalende) gemiddelden. Noodzakelijke positieve maatregelen blijken omwille van totaal ontoereikende budgetten onrealiseerbaar.

De specialisten zijn de systematische pogingen van de overheid grondig beu om de door hun inspanningen, toewijding en kwaliteit gecreëerde en overal geprezen gezondheidszorg te vervangen door buitenlandse systemen die manifest in de door de bevolking zelf opgeëiste toegankelijkheid te kort schieten. Ze zien dan ook het nut niet in om ook nog voor de schijn een zogenaamd "akkoord artsen-ziekenfondsen" af te sluiten, dat alleen moet dienen om, naar de bevolking toe, de verantwoordelijkheid voor de tekortkomingen in schoenen van de artsen te schuiven.

Aan trapsgewijze zorgrantsoenering zullen de specialisten niet meewerken. Het VBS wil terug naar het overlegmodel dat ons land een van de beste gezondheidszorgsystemen van de wereld heeft bezorgd.

Namens het VBS-bestuur,

Prof. Dr. Jacques Gruwez
Ondervoorzitter

Dr. Jean-Luc Demeere
Voorzitter

NIEUWE TARIEVEN CONSULTATIE VANAF 01/12/2005
Beschikbaar op pagina 9

**VBS
SYMPOSIUM
"Financiering van de Gezondheidszorg"
04.02.2006**

Programma

08.30-08.50	Onthaal	
08.50-09.00	Financiering van de gezondheidszorg	Dr J.L. DEMEERE, VBS
09.00-09.30	Ons hoogste goed? Filosofische reflecties over schaarste, eindigheid en de normatieve waarde van gezondheid	Mevr. Y DENIER, KULeuven
09.30-10.00	Terugbetaling van geneesmiddelen en budgettaire restrictie	Prof. A. DUPONT, VUB
10.00-10.30	Activity Based Costing en de financiering van de nieuwe medische technieken	Prof. P. LECLERCQ, ULB
10.30-11.00	Voor- en nadelen van verschillende systemen van hospitaalfinanciering	Prof. L. ANNEMANS, UGent en VUB
11.00-11.15	Koffiepauze	
11.15-12.00	Actuele gezondheidspolitiek	Dr. M. MOENS, VBS en BVAS
12.00-12.30	Discussie	

Plaats

Koninklijke Bibliotheek van België
Keizerlaan 2 – 1000 Brussel

Inlichtingen en inschrijvingen

Secretariaat VBS
Delphine Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 – 1050 Brussel
Tel.: 02/ 649 21 47 Fax: 02/649 26 90

INSCHRIJVINGSFORMULIER

Naam: **Adres:**

Voornaam: **Postcode:**

Specialisme: **Gemeente:**

RIZIV Nr: **E-mail:**

Ik zal deelnemen aan het symposium van 04.02.2006 en stort de som van:

	Vóór 15.01.2006	Na 15.01.2006
Leden	15 €	25 €
Niet leden	40 €	50 €
Kandidaat-specialisten	5 €	7,5 €
	Ter plaatse	60 €

**op rekening 068-2095711-53 van het VBS
met vermelding van de naam van de deelnemer en "Symposium Financiering van de Gezondheidszorg"**

Datum / Handtekening:

M E D E D E L I N G
van de Fédération des médecins spécialistes du Québec
MS-7 : specialistische geneeskunde Europa-Canada : zelfde strijd ?

Montreal, 10 november 2005 – Dinsdag eindigde de Europees-Canadese conferentie over de specialistische geneeskunde (MS-7), georganiseerd door de “Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ». Aan deze ontmoeting namen vertegenwoordigers van de voornaamste Europese syndicaten en verenigingen van geneesheren specialisten deel alsook de Ontario Medical Association. De verschillende gezondheidssystemen werden uitgebreid besproken en de Minister van Volksgezondheid en Sociale Diensten van Québec, de Heer Philippe Couillard, schetste de deelnemers een portret van het gezondheidssysteem van Québec gezien in het Noord-Amerikaans kader.

“Het is niet onze bedoeling om de wereld van de gespecialiseerde geneeskunde in Europa of Québec te veranderen, maar inzicht in de systemen die elders al dan niet functioneren is belangrijk wanneer we het hebben over de organisatie van het gezondheidssysteem”, bevestigt Dr. Yves Dugré, voorzitter van de FMSQ (Fédération des Médecins Spécialistes de Québec).

Welk idee lag aan de basis van deze conferentie? Dr. Dugré verduidelijkt: “De ministers van volksgezondheid discuten onderling over het gezondheidssysteem, doch de voornaamste betrokkenen zijn meestal niet uitgenodigd op dergelijke ontmoetingen! Wij hebben bijgevolg besloten om ook onderling te vergaderen zodat we pro-actief kunnen zijn wanneer onze mening terzake gevraagd wordt. Uit verschillende Europese ervaringen is gebleken dat succes niet mogelijk is zonder de deelname van de geneesheren”.

Twee dagen lang hebben voorzitters en vertegenwoordigers van de specialistische beroepsorganisaties niet alleen hun standpunten toegelicht, maar ook de problemen waaraan ze het hoofd moeten bieden bij de onderhandelingen met hun regeringen. Tijdens deze ontmoeting werden er debatten gevoerd die reeds geruime tijd in Europa werden opgestart, ondermeer over de deelname van de privé-sector aan de gezondheidssystemen. “Het perfect systeem bestaat niet, maar we kunnen veel leren van onze overzeese collegae, en van het advies van de deelnemers; het was leerrijk voor beide kanten”, meldt Dr. Dugré.

Het initiatief van Dr. Duqué om in Québec een eerste MS-7 conferentie te organiseren werd enthousiast onthaald door de deelnemers. MS-7 voor de specialistische geneeskunde afkomstig uit Québec, Ontario, België (VBS), Frankrijk, Duitsland, Zwitserland en Nederland. De drie laatste landen werden vertegenwoordigd door de UEMS.

De Federatie van geneesheren specialisten in Québec telt ongeveer 8000 leden, verspreid over 34 specialiteiten. De FMSQ is het enige organisme dat de regering erkent bij de onderhandeling van collectieve overeenkomsten en wordt tevens geraadpleegd voor alle aspecten betreffende de organisatie van de gezondheidszorg in Québec.

Inlichtingen :

Dominique Drouin, directrice
Public Relations and Communications
Perslijn : 00.1.514 350-5160
E-mail : communications@fmsq.org

Toegankelijkheid nu...voor het leven!

Uw arts-specialist

VERSLAG VAN DE CONFERENTIE
MS-7 : specialistische geneeskunde Europa-Canada : zelfde strijd ?

Drie dagen lang vergaderden de representatieve verenigingen van geneesheren-specialisten van België, Frankrijk en Canada om de gezondheidssystemen van de verschillende betrokken landen te vergelijken. Yves Dugré, voorzitter van de “Fédération des Médecins Spécialistes du Québec » verklaarde meteen dat deze vergadering geen verandering van de wereld van de specialistische geneeskunde beoogde, maar eerder bedoeld was als een kennismakingsronde om de eventuele tekortkomingen van de respectievelijke systemen te bestuderen.

België werd vertegenwoordigd door het Belgisch Verbond van Geneesheren Specialisten (VBS) met Dr. Demeere, Prof. Gruwez en Prof. Heller.

De Franse delegatie bestond uit vertegenwoordigers van de “Union Nationale des Médecins Spécialistes Confédérés», met Dr. Jurin, van het « Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH) », met Dr. Bocher, en vertegenwoordigers van de nationale specialistensyndicaten, zoals de anesthesisten met Dr. Lévy, en de neurologen, met Dr. Vrigneaud, en Dr. Donzel van het nationaal syndicaat van de anatomico-cyto-pathologen van de liberale sector.

Dr. Lamy van de Europese Specialistenvereniging schetste de Europese perspectieven.

Engelstalig Canada werd vertegenwoordigd door Dr. John Rapin van de “Ontario Medical Association”.

Elke delegatie lichtte zijn gezondheidssysteem toe evenals de toegankelijkheid tot de zorgverlening.

De Canadese gezondheidswet is gebaseerd op 5 grote principes, nl. publiek beheer, integraliteit, universaliteit, transfertmogelijkheden en toegankelijkheid. Kortom, de toegankelijkheid tot de zorgverlening is universeel voor alle Canadezen en wordt geregeld door een overheidsdienst die het budget, de residentie en het aantal geneesheren per sector bepaalt. De Federale Staat draagt de bedragen over aan de 10 provincies die het gezondheidsbudget beheren. Naast de federale bijdrage is er nog een provinciaal beheer (Canada telt 10 provincies, waaronder Ontario, Québec). Québec laat de verdeling van de honoraria over aan de twee artsenfederaties van Québec, nl. de FMSQ (specialisten) en de FMOQ (omnipratici). Andere staten zoals Ontario hebben één enkele organisatie (OMA of Ontario Medical Association).

Québec telt 8000 geneesheren-specialisten en 8000 omnipratici voor 7 miljoen inwoners. Per 100.000 inwoners telt Québec 105 specialisten en 108 omnipratici. Op het niveau van Canada respectievelijk 91 en 98. We durven geen vergelijking maken met de Belgische artsenplethora ...

Onder « publiek » verstaat de Canadese wet dat « privé » ziekenhuizen geen zorgen mogen verstrekken. De ziekenhuizen worden gesubsidieerd door de staat en hun aantal is vastgesteld. In deze ziekenhuizen is het kader welomschreven en het aantal geneesheren beperkt. Dit aantal mag, mits akkoord, overschreden worden voor bijzondere expertises. De geneesheren worden voornamelijk per acte gehonoreerd. Slechts 27 geneesheren zijn gesalarieerd. Het gemiddelde inkomen van een anesthesist schommelt bv. tussen 150 à 250.000 Canadese dollar.

Het gezondheidssysteem verschilt nochtans van het onze. Het begrip familiearts is in de grote steden verdwenen. De huisartsen hebben vooral groepspraktijken in medische huizen. Deze huizen bieden raadplegingen op afspraak en soms vrije raadplegingen. Urgenties worden behandeld door deze vrije raadplegingen, voor zover deze bestaan, en dit tijdens de openingsuren. Er zijn bovendien geen huisbezoeken. Urgenties worden door ziekenhuizen behandeld. De gemiddelde wachttijd voor een raadpleging bedraagt 8 à 9 weken. We kunnen spreken van geprogrammeerde geneeskunde. In de medische huizen zijn er gecentraliseerde dossiers. Er is evenwel geen dossieroverdracht van de huisarts naar de urgenties, gelet op het specifiek karakter van de ziekenhuisurgenties. De wachttijd voor een raadpleging bij een specialist bedraagt gemiddeld 9 weken, maar kan voor speciale onderzoeken (petscan, kerngeneeskunde) oplopen tot een jaar. Sommige onderzoeken worden soms verzekerd door de VS, alhoewel de Canadese regering dit probeert te vermijden. Uit de discussie met de minister van Volksgezondheid van Québec, Dr. Couillard, vernemen we dat het budget voor volksgezondheid een probleem blijft net als de wachtlijsten en bizar genoeg het aantal geneesheren. Het Canadees en Québecaans examen voor geneesheren benadrukt het belang van de procedures. Uit een gesprek met een Canadese geneesheer die in België heeft gewerkt vernemen we dat de strikte navolging van deze behandelingsprocedures zijn voornaamste bekommernis is. Er worden geen niet voorziene onderzoeken uitgevoerd, maar bovenal wordt er vooral zeker geen enkel in de behandelingsprocedure voorzien onderzoek vergeten. In dat geval is er immers sprake van wanpraktijk en net als in Noord-Amerika zijn de advocaten in Canada meedogenloos.

We kunnen besluiten dat de gratis geneeskunde gefinancierd wordt met de belastingen en voor allen toegankelijk is. Ze wordt gereguleerd en geprogrammeerd door de Staat. Deze gecentraliseerde programmatie wordt voornamelijk georganiseerd in functie van de zorgverlening, en niet in functie van de patiënt. Hier is er geen sprake van familieartsen, eerstelijnsartsen die instaan voor de urgenties of van geneeskunde ter beschikking van de patiënt maar van patiënten die gebruik maken van de gezondheidsorganisatie tijdens de openingsuren.

Frankrijk kent een publieke en privé geneeskunde. In de privé geneeskunde maakt men het onderscheid tussen geneesheren van sector 1 of geconventioneerde artsen en artsen van sector 2 of liberale artsen. In ziekenhuismilieu gebeurt de ziekenhuisfinanciering op historische basis (aantal verpleegdagen) en vervolgens met ISA punten en de “PMSI” (Programme de Médicalisation du Système d’Information) in functie van de ernst van de gevallen, evolueert het naar een tarificatie gelinkt aan de verstrekkingen die in de instelling worden verricht (T2A). De geneesheren hebben een vergoedingsbarema. We bemerken ook een machtsspel tussen de publieke overheid (burgemeester, voorzitter CA) en de medisch directeur. De T2A is een tarificatiemethode die de financiering van de publieke en privé sector moet mogelijk maken. Bij deze tarificatie werd rekening gehouden met een

kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie van de acten. Niettegenstaande kan deze financiering de toekomst van de publieke dienst niet verzekeren. Uitzonderingen zijn voorzien voor missies van algemeen belang en gecontractualiseerde acties; (MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation). Nochtans dekken de publieke ziekenhuizen 30% van de opnames terwijl de privé 70% voor hun rekening nemen. De rol van de publieke sector moet bijgevolg geherdefinieerd worden, het aanbod moet beter gepland kortom het ziekenhuis moet opnieuw "gemedicaliseerd" worden.

De geneesheren in de steden zijn ofwel geconventioneerd of werken via een vrij tarief. 50% van de geneesheren specialisten hebben een vrije praktijk. Een recente hervorming verplicht de patiënt een behandelend geneesheer te kiezen die zijn persoonlijk medisch dossier beheert en een zorgenprotocol opstelt dat verstuurd wordt naar de raadgevend geneesheer van de Ziekteverzekering. Men heeft het over coöperatieve praktijken van geneesheren huisartsen en specialisten. De geneesheer specialist wordt de consultant die instaat voor het informeel net rond de patiënt. De privé sector zal vergoed worden door een samensmelting van de "Classification Commune des Actes Techniques" met een deel « intellectuele acte » en de « kosten van de medische praktijk » in correlatie met de homogene verblijfgroepen. De conventie via codificatie van raadplegingsacten (CCAC) bepaalt de vergoeding voor de geneesheren specialisten en huisartsen. Mits akkoord van de raadgevend geneesheer en voor bijzondere kwalificaties kan een afwijking van dit tarief (aanvullende verzekeringen) worden voorzien. De huisarts wordt in dit systeem aanzien als een specialist.

Dr. J.L. DEMEERE

BIJZONDERE CRITERIA VOOR DE ERKENNING IN DE GERIATRIE

Het Belgisch Staatsblad van 19 augustus 2005 publiceert het Ministerieel Besluit houdende de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren specialisten in de geriatrie. De overgangsbepalingen bepalen uitdrukkelijk dat de geneesheren-specialisten houder van de bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie zonder enige beperking in de tijd mogen opteren ofwel erkend te worden als geneesheer-specialist in de geriatrie (basisdiscipline) ofwel om de bijzondere beroepsbekwaming te behouden. De verwondering was dan ook groot toen vastgesteld werd dat in het kader van het koninklijk besluit van 10 augustus 2005 tot wijziging 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 in artikel 2 de schrapping van de woorden "en in de geriatrie" voorzien werd m.a.w. exit de bijzondere beroepstitel in de geriatrie. Een flagrante tegenstrijdigheid dus tussen het koninklijk en het ministerieel besluit. In verschillende organen van het Riziv werd door Dr. J.P. Dercq verklaard dat het nooit de bedoeling geweest is om deze bijzondere beroepsbekwaming te schrappen en bevestigde hij dat een wijzigingsbesluit waarbij de schrapping ongedaan zal gemaakt worden ter ondertekening zal voorgelegd worden aan de Koning. Het wijzigingsbesluit dient echter wel de volledige wettelijke voorziene procedure te doorlopen. Gezien de mogelijke obstakels die zich zouden kunnen voortdoen, heeft het VBS beslist om ter vrijwaring van de rechten haar leden houders van deze bijzondere beroepstitel, een vordering in te leiden tegen de schrapping van de bijzondere beroepstitel in het KB van 25 november 1991. De geneesheren die geïnteresseerd zijn om actief mee te werken aan de oprichting van een nieuwe beroepsvereniging ter verdediging van de belangen van de geneesheren specialisten in de geriatrie of die wensen op de hoogte gehouden te worden van de genomen initiatieven in dit kader kunnen zich aanmelden bij het secretariaat van het VBS. Telefoon 02/649.21.47 Fax 02/649.26.90 Email : delphine@vbs-gbs.org

29 JULI 2005. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten in de geriatrie (B.S. d.d. 19.08.2005)

HOOFDSTUK I. - Bijzondere criteria voor erkenning van geneesheren houders van de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de geriatrie

Artikel 1. § 1. Om erkend te worden als houder van de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de geriatrie, moet de kandidaat :

1° een opleiding hebben gevolgd die overeenstemt met een voltijdse opleiding van ten minste zes jaar, bestaande uit :

ten minste drie jaar opleiding in de algemene inwendige geneeskunde in een stagedienst erkend voor inwendige geneeskunde;

ten minste drie jaar specifieke opleiding in de geriatrie in een stagedienst erkend voor geriatrie;

2° ten minste eenmaal in de loop van de opleiding een mededeling hebben gedaan op een gezaghebbende wetenschappelijke vergadering of in een gezaghebbend tijdschrift een artikel hebben gepubliceerd over een geriatrisch onderwerp;

3° tijdens zijn opleiding een steeds grotere verantwoordelijkheid op zich hebben genomen in de diensten zoals omschreven in artikel 3, overeenkomstig artikel 2, § 7 van het ministerieel besluit van 30 april 1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten.

§ 2. Korte rotatiestages in bijzondere instellingen, die niet beantwoorden aan de voorwaarde bepaald in artikel 5, 2°, kunnen aanvaard worden.

Art. 2. Aan de hand van de opleiding bedoeld in artikel 1 moet de kandidaat een bekwaamheid kunnen verwerven in alle domeinen van de gerontologie en de geriatrie.

Art. 3. Om erkend te blijven moet de geneesheer-specialist in de geriatrie zijn functie exclusief uitoefenen in een geriatrische dienst.

HOOFDSTUK II. - Bijzondere criteria voor de erkenning van stagemeeesters

Art. 4. Om erkend te worden als stagemeeester in de geriatrie, moet de kandidaat :

1° voltijds (ten minste acht tienden van de normale beroepsactiviteit) in de dienst geriatrie bedoeld in artikel 5, 1° werkzaam zijn en het grootste deel van zijn tijd besteden aan klinische, poliklinische en technische activiteiten in zijn bevoegdheid;

2° aan de kandidaten die hij opleidt toelaten deel te nemen aan werkzaamheden betreffende de geriatrische patiënten in andere diensten in dezelfde inrichting;

3° instaan voor de opleiding van de kandidaten naar rata van een kandidaat per vierentwintig bedden;

4° a) beschikken over voltijdse (ten minste acht tienden van de normale beroepsactiviteit) medewerkers, namelijk een medewerker tot 48 bedden, of meer volgens het belang van de werkzaamheden in de dienst geriatrie. De medewerkers die beantwoorden aan het minimum vereiste aantal, dienen bewijs te leveren van een voortdurende wetenschappelijke belangstelling en sinds tenminste 5 jaar in de geriatrie erkend te zijn;

b) in dezelfde inrichting beschikken over een polikliniek waar kandidaat-geriaters moeten in meewerken. Hij zal ze betrekken bij de activiteiten van de wachtdienst in kwestie;

5° erop toezien dat de kandidaten zich vertrouwd maken met de bestaande mogelijkheden van sociale en familiale hulp.

HOOFDSTUK III. - Bijzondere criteria voor de erkenning van stagediensten

Art. 5. Om erkend te worden als stagedienst in de geriatrie, moet de dienst :

1° een G-dienst zijn in de zin van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd;

2° alle gebieden van de geriatrie omvatten, zonder voorafgaande selectie van de gevallen;

3° beschikken over ten minste 48 bedden, in het kader van een instelling of een groepering of een fusie van instellingen of in het kader van een dienstenassociatie;

4° een aangepaste infrastructuur bezitten alsmede het aantal medewerkers voorzien onder hoofdstuk 2.

HOOFDSTUK IV. – Overgangsbepalingen

Art. 6. De geneesheren-specialisten die, op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit, erkend zijn in de inwendige geneeskunde en die over een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie beschikken, mogen ofwel hun bijzondere beroepstitel in de inwendige geneeskunde en hun bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie behouden, ofwel, in afwijking van artikel 1, erkend worden als geneesheren-specialisten in de geriatrie.

Art. 7. § 1. In afwijking van artikel 5, 2°, van het ministerieel besluit van 30 april 1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, kan een arts die, op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit, erkend is als geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde met een bijzondere bekwaamheid in de geriatrie worden erkend als stagemeeester in de geriatrie op voorwaarde dat hij een beroepservaring van ten minste acht jaar in de geriatrie kan aantonen.

§ 2. De erkenningen toegekend aan de stagemeeesters en stagediensten op basis van het ministerieel besluit van 10 maart 1998 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houder van de bijzondere beroepstitel in de geriatrie, alsook van de stagemeeesters en de stagediensten in de geriatrie, blijven geldig totdat de oorspronkelijk vastgelegde termijn ervan verstreken is.

Art. 8. De geneesheren-specialisten die, op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit, een opleiding gestart zijn met het oog op het behalen van de bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie, mogen hun opleiding voortzetten volgens de bepalingen zoals voorzien in hun stageplan. Na afloop van de opleiding, kunnen ze ofwel de bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie, ofwel de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de geriatrie aanvragen.

HOOFDSTUK V. – Slotbepaling

Art. 9. Het ministerieel besluit van 10 maart 1998 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houder van de bijzondere beroepstitel in de geriatrie, alsook van de stagemeeesters en de stagediensten in de geriatrie wordt opgeheven.

**NOMENCLATUUR ART. 20, § 1er, a)
INWENDIGE GENEESKUNDE
In werking op 01/11/2005**

10 AUGUSTUS 2005. - Koninklijk besluit 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. 05.09.2005)

Artikel 1. In artikel 20 § 1 a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 januari 1991, 31 augustus 1998, 29 april 1999 en 27 maart 2003; worden de volgende verstrekking en toepassingsregelen na de verstrekking 470013 - 470024 ingevoegd:

« 470271 - 470282

Medisch toezicht op een hoog risico transfusie van volledig bloed, packed cells, bloedplaatjes-, granulocyten- of lymfocytenconcentraat N 45

De verstrekking 470271 - 470282 kan aangerekend worden door een geneesheer, specialist voor inwendige geneeskunde of een geneesheer, specialist voor kindergeneeskunde.

Deze verstrekking kan maar éénmaal per dag aangerekend worden in de volgende situaties :

1° Poly-getransfuserde patiënten (ten minste één transfusie per week gedurende drie maanden)

2° Ernstig immuungecompromitteerde patiënten (transplantatie van stamcellen of vaste organen, hematologische aandoeningen, chemotherapie, AIDS, prematuren.....).

De attesterende arts is verantwoordelijk voor het invullen van het document dat vermeld is in art. 2, § 1, 10°, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waarvan het medisch dossier, bedoel in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, ten behoeve van het Transfusiecomité. »

**BIJKOMEND HONORARIUM VOOR DRINGENDE TECHNISCHE
VERSTREKKINGEN
(Artikel 26 van de nomenclatuur)
In werking op 01/01/2006**

18 OKTOBER 2005. - Koninklijk besluit tot wijziging, betreffende de bepalingen van het artikel 26, § 4, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 10.11.2005)

Artikel 1. Artikel 26, § 4, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 12 augustus 1994 en 12 januari 2005, wordt door de volgende bepalingen aangevuld :

« Voor de verstrekkingen 202311-202322 en 202333-202344, mag alleen voor de eerste dag behandeling een bijkomend honorarium voor 's nachts, tijdens het week-end of op een feestdag verrichte dringende technische verstrekkingen worden betaald, voor zover de installatie is verricht tijdens de vermelde uren en dagen. »

NOMENCLATUUR ART. 20, e) INWENDIGE GENEESKUNDE
In werking op 01/01/2006

10 NOVEMBER 2005. - Koninklijk besluit tot wijziging, betreffende de bepalingen van het artikel 20, e), van de bijlage 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. 24/11/2005)

Artikel 1. In het artikel 20, e), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 januari 1987 (...) en 22 april 2003, wordt de verstrekking 475753-475764 geschrapt. (*Oculoplethysmografie*)

NIEUWE INTERPRETATIEREGEL : artikel 28, § 1 (Implantaten)

INTERPRETATIEREGEL 15 (in voege d.d. 17 november 2005) (B.S. d.d. 17.11.2005)

VRAAG

Mag de verstrekking 612054-612065 van artikel 28 van de nomenclatuur gecumuleerd worden met de verstrekking 731076-731080 of met de verstrekking 731113-731124 van artikel 35bis van de nomenclatuur ?

612054-612065

Transendoscopische balloncatheter type Fogarty voor galsteenextractie ... Y 155

731076-731080

Geheel van gebruiksmateriaal en implanteerbaar materiaal gebruikt tijdens de verstrekking 473690 - 473701 via endoscopische weg ... U 114

731113-731124

Geheel van gebruiksmateriaal gebruikt tijdens de verstrekking 473712 - 473723 via endoscopische weg ... U 271

ANTWOORD

De verstrekking 612054-612065 van artikel 28 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekking 731076-731080 of met de verstrekking 731113-731124 van artikel 35bis.

GEEN TEVEEL AAN PET SCANNERS IN BELGIË

Persbericht van de Beroepsvereniging Nucleaire Geneeskunde

Het federaal Kenniscentrum heeft een eerder tendentieuze studie gepubliceerd over PET. Experten hebben gedeeltelijk meegewerkt aan het klinische luik, maar niet aan de economische besluitvorming en hebben er geen inzage in gehad. Zij staan dan ook verbaasd over de besluiten. Het rapport bulkt dan ook van betwistbare uitgangspunten, tot ongecontroleerde gegevens en interne tegenspraak.

Europa maakt een inhaalbeweging waarbij het Belgisch model wordt gevolgd, met nam 1 PET scanner per 1500 te verwachten onderzoeken bij kankerpatiënten, hartpatiënten en neurologische aandoeningen.

Voor België zijn een te verwachten nood aan 40,000 onderzoeken op jaarbasis. Daarom zijn er 20 PET scanners actief en tweemaal reeds aanbevolen voor erkenning door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

De berekening van 10 PET-scanners slaat nergens op, evenmin als de bewering dat men vlot 2000 onderzoeken per toestel kan uitvoeren. In de VSA wordt 800 onderzoeken reeds als de drempel voor een centrum aanzien. Een aantal van 1600 onderzoeken per camera is realistisch.

In 2004 werden 26500 onderzoeken gefactureerd, waarbij 90% binnen de aangenomen indicaties van de Geneeskundig Technische Raad van het RIZIV. Deze indicaties steunen op fundamenteel onderzoek in Belgische centra met internationale publicaties.

Is PET een dure technologie? Geen enkel budgettaire ontsporing in de Nucleaire geneeskunde werd vastgesteld, ondanks de 26500 gefactureerde PET-onderzoeken in 2004. Een uitbreiding naar de 20 toestellen zoals de Raad voor ziekenhuisvoorzieningen voorstelt, zou de actuele kostprijs van 15,4 miljoen € met 1.2 miljoen € verhogen.

Dit staat in schril contrast met de voordelen van dit onderzoek. In de studie van het KCE kunnen de cijfers voor het niet uitvoeren van vermijdbare chirurgie van de longen worden teruggevonden. Deze worden door dit onderzoek van 41% naar 21% teruggebracht.

Van het uitgespaarde bedrag aan een 1600 vermijdbare interventies per jaar, zonder te spreken van het vermijdbare leed voor de patiënt, en aan een lage prijsschatting van 8000€ per interventie, wordt 12,8 miljoen € bespaard. Dit is goed voor 83% van de kosten van de actueel geprogrammeerde centra. En dit door een verbeterde diagnose voor één enkel kankertype.

Maar, zoals de studie van het KCE zelf toegeeft: "The data on diagnosis, staging and therapy compared to the diagnosis, staging and therapy suggested by conventional imaging techniques **have not been analysed** yet (p. v. 8.2.2.) " Dit houdt in dat de eigen doelstelling, met name de vergelijking patiënten optimaal voor kanker behandelen ZONDER PET tegenover MET PET, **NIET** geanalyseerd is. Intussen geeft KCE wel toe dat er een bewijs van de kosten effectiviteit van long en darmtumoren bestaat. Maar beschrijft de hierboven beschreven omzet ervan niet. Het KCE weigert de gegevens van de andere kankers te onderzoeken.

BESLUIT

Het rapport van het KCE voldoet onder geen enkele voorwaarde aan de eigen doelstellingen objectieve en tegensprekelijke informatie verschaffen.

Het KCE kreeg blijkbaar de opdracht om een "onafhankelijk" rapport te schrijven dat de twee adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (die pleitten voor 20 PET scans in België) moest ongedaan maken. Die onafhankelijkheid is in België quasi onmogelijk. Het rapport werd begeleid door experts en goedgekeurd door beheerders die zelf over een PET beschikken en die dit monopolie willen bewaren.

Of de 35000 kankerpatiënten hierdoor beter behandeld worden is maar zeer de vraag.

Dr Luc Kiebooms

Voorzitter Beroepsvereniging Nucleaire Geneeskunde

NIEUWE TARIEVEN CONSULTATIE VANAF 01/12/2005

2. Raadpleging in de spreekkamer van een geneesheer-specialist

Codenummer	Omschrijving	Honoraria	Tegemoetkoming Rechthebbenden met voorkeurregeling	zonder voorkeurregeling
102012 N 8 2,176517	Raadpleging specialist	17,41	15,03	10,45
102535 N 8 2,396422	Raadpleging geaccrediteerd specialist	20,00	17,62	13,04
Q 30 0,027506				
102034 N 16 1,787285	Raadpleging specialist voor inwendige geneeskunde	28,60	26,34	17,97
102550 N 16 1,860315	Raadpleging geaccrediteerd specialist voor inwendige geneeskunde	30,60	28,34	19,97
Q 30 0,027506				
102174 N 20 1,787285	Raadpleging neuroloog	35,75	33,33	21,45
102675 N 20 1,842264	Raadpleging geaccrediteerd neuroloog	37,68	35,26	23,38
Q 30 0,027506				
102196 N 20 1,787285	Raadpleging psychiater	35,75	33,33	21,45
102690 N 20 1,842264	Raadpleging geaccrediteerd psychiater	37,68	35,26	23,38
Q 30 0,027506				
102211 N 20 1,787285	Raadpleging neuropsychiater	35,75	33,33	21,45
102712 N 20 1,842264	Raadpleging geaccrediteerd neuropsychiater	37,68	35,26	23,38
Q 30 0,027506				
102071 N 13 2,200070	Raadpleging kinderarts	28,60	26,18	17,16
102572 N 13 2,289967	Raadpleging geaccrediteerd kinderarts	30,60	28,18	19,16
Q 30 0,027506				
102093 N 16 1,661818	Raadpleging cardioloog	26,59	24,33	15,96
102594 N 16 1,860315	Raadpleging geaccrediteerd cardioloog	30,60	28,34	19,97
Q 30 0,027506				
102115 N 16 1,661818	Raadpleging gastro-enteroloog	26,59	24,33	15,96
102616 N 16 1,860315	Raadpleging geaccrediteerd gastro-enteroloog	30,60	28,34	19,97
Q 30 0,027506				
102130 N 16 1,661818	Raadpleging pneumoloog	26,59	24,33	15,96
102631 N 16 1,860315	Raadpleging geaccrediteerd pneumoloog	30,60	28,34	19,97
Q 30 0,027506				

102152	N 16	2,060562	Raadpleging reumatoloog	32,97	30,18	19,79
102653	N 16	2,144758	Raadpleging geaccrediteerd reumatoloog	35,15	32,36	21,97
	Q 30	0,027506				
102734	N10,1	2,319514	Raadpleging dermato-venereoloog	23,43	20,89	14,06
102756	N10,1	2,296699	Raadpleging geaccrediteerd dermato-veneer.	24,03	21,49	14,66
	Q 30	0,027506				

3. Psychotherapieën

Codenummer	Honoraria	Tegemoetkoming	
		Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling
109513	58,65	52,79	43,99
109631	60,55	54,69	45,89
109535	39,59	35,64	29,70
109550	20,53	18,48	15,40
109653	40,44	36,49	30,55
109572	20,53	18,48	15,40

AANKONDIGINGEN

- 05122 **BRUSSEL** : De Dienst Kindergeneeskunde van de **Kliniek Ste-Anna St-Remi** (Graindorlaan 66 te 1070 Brussel), een dynamische dienst in volle uitbreiding, werft aan : één **KINDERARTS**. Aantrekkelijke voorwaarden. Mogelijkheid tot ontwikkeling privé praktijk. Gemotiveerde sollicitatiebrief met C.V. dient gestuurd te worden ter attentie van Dr J.-P. VAN WETTERE, Medisch Directeur (e-mail: jeanpaul.vanwettere@tristare.be) of van Dr M. PLETINX, Diensthoofd Kindergeneeskunde (michelpletincx@tvcablenet.be).
- 05133 **FRANCE** : Cède, cause retraite, **CABINET DE CARDIOLOGIE** libérale à Nice (France). Dans cabinet de groupe de 7 cardiologues, plein centre de Nice. Ambiance excellente, locaux magnifiques, 350 m². Plateau technique non invasif complet, possibilité d'ergométrie, ETO, écho de stress, cabinet entièrement informatisé, activité hospitalière possible, pas d'astreinte de garde, horaires du lundi matin au vendredi 11 heures, 2 mois de vacances par an, charges réduites. C.A. : > 260.000 euros par an dont 40 % d'activité en cardiologie d'assurance (hors sécurité sociale française). Contacter le Dr G. SCHWAL au 00.33.6.03.51.08.16 ou par e-mail: g.schwal@wanadoo.fr .
- 05140 Ter gelegenheid van zijn 125 bestaan wil het **JOLIMONT ZIEKENHUIS** eind 2006 een **HISTORISCH MUSEUM** openen. Met het oog hierop zoeken wij niet alleen oude medische (bij voorkeur ziekenhuis-) instrumenten, maar ook medische literatuur, voorwerpen, foto's, postkaarten, advertenties, wetenschappelijke tijdschriften edm. Contacteer Prof. of Mevr. Heller op 064/22 91 15 of 064/23 38 96 - GSM 0475/469876 of 0475/924197 - e-mail: frma.heller@skynet.be .
- 05141 **BRUSSEL** : De **Kliniek Ste-Anna St-Remi** (Graindorlaan 66 te 1070 Brussel), een dynamische kliniek in volle uitbreiding, werft aan : één **URGENTIEARTS HOOFD SPOEDGEVALLENDIENST (M/V) VOLTIJDS**. Gemotiveerde sollicitatiebrief met C.V. dient gestuurd te worden ter attentie van Dr J.-P. VAN WETTERE, Medisch Directeur (e-mail: jeanpaul.vanwettere@tristare.be).

Inhoudstafel

• Persbericht van het VBS: Het huidige overheidsbeleid maakt het afsluiten van een akkoord onmogelijk	1
• VBS symposium "Financiering van de Gezondheidszorg" 04.02.2006.....	2
• Mededeling van de <i>Fédération des médecins spécialistes du Québec</i> : MS-7 : specialistische geneeskunde Europa-Canada : zelfde strijd?	3
• Verslag van de Conferentie "MS-7 : specialistische geneeskunde Europa-Canada : zelfde strijd ?"	3
• Bijzondere criteria voor de erkenning in de geriatrie	5
• Nomenclatuur art. 20, § 1er, a) inwendige geneeskunde	7
• Bijkomend honorarium voor dringende technische verstrekkingen (Artikel 26 van de nomenclatuur)	7
• Nomenclatuur art. 20, e) Inwendige geneeskunde	8
• Nieuwe interpretatieregulering : artikel 28, § 1 (Implantaten)	8
• Geen teveel aan PET scanners in België	8
• Nieuwe tarieven consultatie vanaf 01/12/2005.....	9
• Aankondigingen	10

INFORMATICA CURSUSSEN

Na het succes van onze vorige informatica cursussen en op speciale aanvraag van sommige leden, hebben wij het genoegen u een nieuwe reeks informatica cursussen aan te kondigen, begin 2006, georganiseerd zoals een paar maand geleden in samenwerking met onze partner CFA – Mhr. Pry Gabriel.

Deze cursussen gaan door op het VBS op volgende data – van 9u30 tot 12u30 (zaterdagmorgen)

14/01/2006	WinXP
21/01/2006	Internet
28/01/2006	Powerpoint
04/02/2006	Word
11/02/2006	Excel

Elke cursus duurt 3 uur en is praktijkgericht. Geen ellenlange uiteenzettingen maar veel oefeningen. De deelnemers werken elk aan één van onze PC's.

U ontvangt tevens een syllabus die speciaal voor deze cursus werd ontworpen.

Alle lessen worden gegeven door een Nederlandstalige leerkracht.

Prijs : 100 € + BTW (121 € BTW inbegrepen) per cursus van 3 uur.

Een vervolmakingscursus is voorzien na deze periode. Geïnteresseerd ? gelieve dan § 3 van het hierbijgevoegd strookje aan te kruisen.

Voor inschrijvingen

fax ons vandaag nog het onderstaand inschrijvingsformulier faxnummer 010/24.10.20
of telefoneer rechtstreeks naar het VBS (Koen Schrije 02/649.21.47)

Inschrijven voor 20 december 2005

Lidnummer VBS :	Naam :	Voornaam :
Adres :		
Postcode :	Stad :	
Telefoon :	Fax :	
O aantal personen :		
O inschrijving voor volgende cursus(sen) (of omcirkel de gekozen data)		
O wil op de hoogte worden gehouden van de vervolmakingscursussen.		

Datum :	Handtekening :
---------	----------------

U krijgt een confirmatie van uw inschrijving.