
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° 2 / MAART 2006

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

ONS HOOGSTE GOED? FILOSOFISCHE REFLECTIES OVER SCHAARSTE, EINDIGHEID EN DE NORMATIEVE WAARDE VAN GEZONDHEID – YVONNE DENIER

**TOESPRAAK GEHOUDEN TER GELEGENHEID VAN HET VBS-SYMPIOSIUM
"FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG"
KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK VAN BELGIË – 04.02.2006**

Inleiding

"Gezondheid is ons hoogste goed," zo vertelt ons het gekende gezegde. Dit gezegde vertolkt een gedachte die reeds eeuwenlang en op universele wijze hoog in het vaandel wordt gedragen. Zo vindt men uitdrukkingen van deze bezorgdheid al in de oudheid. 2000 jaar v.C. werden reeds allerhande genezingstips en gezondheidsregels neergeschreven op Mesopotamische kleitabletten en Egyptische papyri. Verder zijn de Griekse en Romeinse beschavingen welgekend om hun cultivering van het ideaal van de gezonde geest in een gezond lichaam. In dezelfde periode – rond 500 v.C. – kondigen de geschriften van Hippocrates van Cos een periode aan waarin rede en rationaliteit in het begrijpen van de werking van het menselijk lichaam aangevuld worden met ethische excellentie in de uitvoering van het medische beroep. De eed van Hippocrates is vandaag nog steeds een van de ijkpunten in de medische ethiek.

Tot in de 16^{de} en 17^{de} eeuw speelde de zorg voor de gezondheid zich grotendeels af op het domein van de *individuele* zorg voor zichzelf, al dan niet in relatie met de arts. Met de vroegmoderne periode en de opmars van industriële en stedelijke expansie en de immense bevolkingsgroei - die een regen van epidemieën veroorzaakte - komt er gaandeweg een collectief bewustzijn van de noodzaak van *publieke*, institutionele organisatie van gezondheidszorg. Er ontstond systematische aandacht voor omgevingsfactoren die indirect een grote invloed op de gezondheid hebben - zoals voedselkwaliteit, hygiëne en sanitair, woonomstandigheden, armoedebeleid, de aanwezigheid van ziekenhuizen, etc.

Het resultaat van deze aloude en universele bekommernis om onze gezondheid is dat we vandaag in de meeste geïndustrialiseerde samenlevingen een complex en uitgebouwd systeem van publiek georganiseerde gezondheidszorg hebben. Gezondheidszorg is een integraal onderdeel geworden van het sociale, politieke en economische apparaat van de samenleving. Het is een complex kader van instituties, diensten, goederen en beleidsmaatregelen die grofweg worden georganiseerd volgens drie doelen. Ten eerste, het doel van *preventie* van ziekte, afhankelijkheid en handicap. Ten tweede, het doel van *genezing en herstelbevordering* (i.e., 'cure') en ten derde: het bieden van *omvattende kwaliteitszorg en ondersteuning* (i.e., 'care') wanneer genezing en herstel niet meer mogelijk zijn. Hierdoor heeft gezondheidszorg een grote impact op ons persoonlijk welzijn. Immers, ze bepaalt mede het risico dat we lopen om ziek te worden, de waarschijnlijkheid van het genezen

en de mate waarin we zullen worden opgevangen en verzorgd wanneer we volledig afhankelijk zijn. In deze zin vertolkt de gezondheidszorg een belangrijk aspect van sociale rechtvaardigheid. Niettemin is het zo dat de hedendaagse gezondheidszorg erg complex is geworden en dat ze steeds harder en nadrukkelijker op kwantitatieve en kwalitatieve grenzen stoot. Sinds de jaren '90 zijn kwesties rond schaarste, rationalisering of rantsoenering, het stellen van grenzen en de roep om duidelijke prioriteiten regelmatig het aandachtspunt van sociaal, politiek, ethisch en economisch debat. Dit zijn zeer moeilijke kwesties. Op een of andere manier moeten er grenzen worden gesteld aan de gezondheidszorg. Maar hoe dit moet gebeuren, blijft voorlopig een open vraag en een punt van veel discussie.

De incompatibiliteitsthese

Het uitgangspunt van mijn analyse is de stelling dat het schaarsteprobleem in de gezondheidszorg verscherpt naar voren komt door de interne onverenigbaarheid van drie parameters, nl. die van efficiëntie, rechtvaardigheid en zorg. Je kan het vergelijken met het bord dat aan de deur van een garage hangt, waarop geschreven staat: "We bieden drie soorten diensten aan - goedkoop, snel en betrouwbaar. U kunt er telkens twee hebben, maar geen drie. Als het goedkoop en snel is, zal het niet betrouwbaar zijn. Als het goedkoop en betrouwbaar moet zijn, dan zal het niet snel zijn; en als het snel en betrouwbaar moet zijn, dan is het niet goedkoop."

In het geval van gezondheidszorg zijn de rivaliserende waarden: sociale efficiëntie, verdelende rechtvaardigheid en omvattende kwaliteitszorg. Ook hier lijkt het dat we er telkens twee kunnen hebben, maar geen drie. Indien we omvattende kwaliteitszorg willen die sociaal efficiënt is, dan riskeren we op een systeem af te stevenen dat enkel toegankelijk is voor de betaalkrachtigen. Dit gaat in tegen fundamentele eisen van rechtvaardigheid. Een bepaalde groep mensen valt uit de boot. En deze groep zijn precies de meest behoeftigen – de chronisch zieken, de gehandicapten, de armen. Hiertegenin zijn we over het algemeen geneigd te denken dat rechtvaardige gezondheidszorg toegang biedt op basis van medische *behoefte* in plaats van betaalvermogen. Maar indien we gelijke toegang tot omvattende kwaliteitszorg willen bieden op basis van medische behoefte, dan riskeert het systeem inefficiënt want maatschappelijk onbetaalbaar te worden. Immers, in het vervullen van medische behoeften kan de medische wetenschap veel meer dan de samenleving zich kan veroorloven. De medische mogelijkheden zijn veel groter dan de publieke portemonnee. En tenslotte, indien we gelijke toegang tot zorg willen bieden op basis van behoefte terwijl we voldoen aan het criterium van sociale efficiëntie, dan moeten we oppassen voor kwaliteitsdaling in de zorg.

Deze triadische incompatibiliteit leidt ons naar de volgende onderzoeksvraag: hoe kunnen we grenzen stellen aan de gezondheidszorg terwijl er toch een aanvaardbaar compromis tussen efficiëntie, rechtvaardigheid en zorg wordt gerealiseerd?

Er bestaan verschillende uitgewerkte theorieën die elk op hun beurt een antwoord proberen te formuleren op deze vraag. Ik zal me hier concentreren op een theorie, die in eerste instantie eenvoudig is, maar die tegelijk provocatief is en veel stof tot nadenken geeft. Dit is het voorstel dat de filosoof Ronald Dworkin in 1994 heeft geformuleerd in reactie op de hervormingsplannen van de toenmalige Amerikaanse president Clinton. De plannen van de president zijn toen niet verwezenlijkt, maar het voorstel van Dworkin blijft nog steeds een interessante gids wanneer we de bovenvermelde evenwichtsoefening moeten maken.

Crisis in opvatting en verwachtingen

Om te beginnen stelt Dworkin dat de hedendaagse crisis in de gezondheidszorg een crisis is in onze algemene opvatting van en verwachtingen tegenover gezondheidszorg. D.w.z., het is een crisis in het vinden van een antwoord op de twee belangrijkste vragen die we vanuit samenlevingsoogpunt moeten stellen wanneer we spreken over rechtvaardige gezondheidszorg.

Ten eerste, *hoeveel* geld zijn we maatschappelijk bereid te besteden aan gezondheidszorg? Dit is de aggregatieve vraag. De notie van opportunitetskost speelt hier een belangrijke rol. Immers, geld dat wordt besteed aan gezondheidszorg is geld dat ook zou kunnen worden besteed aan onderwijs, tewerkstelling, armoede- en woonbeleid, milieu, enz. Gelet op het feit dat deze andere voorzieningen ook een belangrijke invloed hebben op de gezondheidsstatus van een bevolking, is het belangrijk dat er voldoende evenwicht is tussen de bestedingen aan gezondheidszorg en die

aan andere voorzieningen. Dit wil zeggen: we moeten concreet de vraag stellen welke totaalprijs we maatschappelijk bereid zijn te betalen voor onze gezondheid, op voorwaarde dat niemand uit de boot valt.

Ten tweede, *aan wat* moeten we het gezondheidszorgbudget besteden? Dit is de distributieve vraag. Hoeveel besteden we aan preventie, hoeveel aan 'cure' en hoeveel aan 'care'? Opnieuw speelt de notie van opportuniteitskost een bepalende rol: wat we besteden aan het ene kunnen we niet besteden aan iets anders. Door het feit dat de medische wetenschap veel meer kan dan de samenleving zich publiek kan veroorloven moeten we ons binnen de universele garantie van kwalitatieve basiszorg oprecht durven afvragen welke medische mogelijkheden zo belangrijk zijn dat ze tot het publieke pakket moeten behoren en welke niet.

Aan de basis van deze twee vragen ligt een fundamenteel-filosofische vraag. Wat is de juiste standaard om deze vragen te beantwoorden? M.a.w., welk is het *ideaal* van rechtvaardige gezondheidszorg dat we moeten hanteren?

Het ideaal van afzondering

Een eeuwenoud en welgekend ideaal is dat van afzondering. Dit ideaal heeft drie essentiële kenmerken. Het eerste kenmerk stelt dat leven en gezondheid ons hoogste goed zijn, het *Summum Bonum*. Of zoals de 16^{de} eeuwse Franse filosoof René Descartes zegt: het is het allerbelangrijkste goed dat met alle middelen moet worden beschermd en bevorderd. Al het andere is van ondergeschikt belang. Het tweede kenmerk is gelijkheid. Het stelt dat medische zorg moet worden verdeeld op basis van gelijkheid op een manier dat aan niemand noodzakelijke zorg wordt ontzegd omdat hij of zij het niet kan betalen. Het derde kenmerk is het aloude reddingsprincipe en stelt dat het onaanvaardbaar is dat mensen sterven, hoewel ze hadden kunnen worden gered, omdat hen de noodzakelijke goederen werden ontzegd omwille van economische redenen.

Dit ideaal van afzondering is een eeuwenoud ideaal en heeft lange tijd als goede gids gewerkt voor de medische praktijk. De kracht van dit ideaal is zo groot dat we spontaan geneigd zijn te denken dat het de juiste norm is om onze twee basisvragen te kunnen beantwoorden. Dworkin wijst er ons echter op dat dit niet zo is. Hoewel het eeuwenlang goed heeft gediend is het ideaal vandaag de dag onbruikbaar geworden. Erger nog, als we dit ideaal blijven gebruiken dan doet het wellicht meer kwaad dan goed.

Veronderstel bijvoorbeeld de eerste vraag - de aggregatieve vraag. *Hoeveel* geld zijn we maatschappelijk bereid te besteden aan gezondheidszorg? Volgens het ideaal van afzondering zouden we alles moeten geven wat we kunnen totdat we het niveau bereiken waarop er geen winst meer kan worden gemaakt op vlak van gezondheid of levensverwachting. In de realiteit echter organiseert geen enkele samenleving zijn gezondheidsbeleid op die manier, net zo min als dat individuele personen hun leven organiseren op zodanige wijze dat letterlijk alles in functie staat van zo lang en gezond mogelijk leven. De essentie van het probleem is dat er in het verleden niet zo'n significante kloof was tussen de retoriek van het ideaal van afzondering en al de medische mogelijkheden. De laatste decennia echter, zijn de medisch-technologische mogelijkheden in diagnose en therapie zodanig gestegen dat we vandaag de dag aanzienlijk meer kunnen dan vroeger. Vandaar dat het onredelijk is te veronderstellen dat de samenleving gezondheid op het hoogste podium zet, prioritair aan alle andere waarden en dat ze gezondheid en levensverwachting moet beschermen en bevorderen met alle middelen en ten alle prijze.

Wanneer we het afzonderingsideaal confronteren met dit probleem, dan valt het argument stil. Het stopt. En het best mogelijke antwoord dat er kan worden gegeven is dat over de grootte van het gezondheidsbudget moet worden beslist "op het domein van de politiek." Dan laten we het over aan de politici die op hun beurt een antwoord moeten zien te vinden. Dit is een enigszins teleurstellend antwoord. Immers, op die manier biedt het ethisch ideaal van afzondering geen positieve bijdrage aan het debat. Integendeel. Het probleem hiermee is dat als de wijsgerige ethiek ergens een taak heeft, dan is het wel dat ze op basis van goede en consistente redenering richtingaanwijzers zou moeten kunnen bieden aan de mensen die het beleid moeten bepalen.

Als we ons vervolgens op de tweede vraag concentreren - de distributieve vraag - dan stelt het ideaal van afzondering dat het budget moet worden verdeeld op een faire en rechtvaardige manier. Maar wat betekent dat? Het ideaal vertelt ons iets dat ongetwijfeld zeer belangrijk is: nl. dat toegang tot medische zorgen niet mag afhangen van betaalvermogen! Maar dit is een louter negatief advies. We hebben een positief advies nodig. Immers, indien rationalisering in de

gezondheidszorg *niet* mag worden bepaald door de grootte van de individuele portemonnee, welk principe moeten we dan *wel* hanteren? Het criterium van medische behoefte? In dit geval is het noodzakelijk dat we dan een analyse maken van welke behoeften zo belangrijk zijn dat ze moeten worden vervuld en welke niet. Opnieuw kan het oude ideaal hiervoor geen leidraad geven.

Het hypothetisch principe van de verstandige verzekering

Dworkins alternatieve benadering is gebaseerd, niet op de idee van *afzondering* van gezondheidszorg, maar wel op de idee van *integratie* van gezondheidszorg in competitie met andere belangrijke goederen. De centrale gedachte is:

“We should aim to make collective, social decisions about the quantity and distribution of health care so as to match, as closely as possible, the decisions that people in the community *would* make for themselves, one by one, in the appropriate circumstances, if they were looking from youth down the course of their lives and trying to decide what risks were worth running in return for not running other kinds of risks.” (R. Dworkin, *Sovereign Virtue*, Cambridge, 2002, 208-209).

Dit mechanisme is gebaseerd op het volgende gedachtenexperiment: veronderstel dat we allen een gelijke hoeveelheid geld zouden hebben. Veronderstel ook dat er een ideaal rechtvaardige verzekeringsmarkt zou zijn met voldoende correcties en veronderstel bovendien dat we allemaal een gelijk risico hebben op ziekte en handicap. Voor welke vormen van gezondheidszorg zouden we ons verstandigerwijze verzekeren, en voor welke niet?

In dit verband argumenteert hij dat het onverstandig zou zijn om *geen* verzekering te nemen. Tegelijk zou het ook onverstandig zijn om *al* je geld aan gezondheidszorg te besteden, omdat je dan geen middelen meer hebt om aan andere dingen te besteden, zoals vrije tijd, onderwijs, huisvesting. Dit betekent dus dat het hypothetisch verzekeringsmechanisme zowel een boven- als een benedengrens stelt aan wat we willen besteden voor gezondheidszorg.

Als we deze oefening doortrekken, duiken er enkele inhoudelijk interessante richtingaanwijzers op. Immers, het punt is dat indien de *meeste* mensen in de hypothetische situatie zouden kiezen voor verzekering tegen bepaalde risico's, dat dan het rechtvaardigheidsgehalte van onze reële samenleving afgemeten kan worden naar de hoeveelheid mensen die deze dekking *feitelijk* hebben, en de mate van onrechtvaardigheid naar de hoeveelheid mensen die deze dekking niet hebben. En omgekeerd geldt hetzelfde: indien slechts *weinigen* zouden kiezen voor bepaalde vormen van gezondheidszorg, dan zou het onrechtvaardig zijn om iedereen te verplichten om hiermee solidair te zijn.

We kunnen het hypothetisch mechanisme van de verstandige verzekering dus enigszins gebruiken als een *gids* om te helpen bepalen met welke vormen van gezondheidszorg iedereen solidair wil zijn en met welke helemaal niet. In dit verband, zo argumenteert hij, is het redelijk om aan te nemen dat de meeste mensen zich zouden willen verzekeren voor kwalitatieve basiszorg met een redelijke verwachting op succes alsook voor ondersteunende en pijnverlichtende *langetermijnzorg* in het geval van ouderdom of handicap.

Anderzijds is het ook redelijk te veronderstellen dat we veel minder bereid zouden zijn om ons te verzekeren voor zeer dure maar speculatieve, levensverlengende ingrepen in het geval van onomkeerbare coma, tijdens de laatste fasen van dementie of op zeer hoge leeftijd. Het is redelijk te veronderstellen dat de meeste mensen zouden denken dat de kosten van de premie voor deze verzekering beter besteed zouden worden aan dingen die het leven *voor* de dementie de moeite waard zouden maken. Of beter nog, aan een verzekering die instaat voor degelijke afhankelijkheidszorg die in alle waardigheid verloopt, en die voldoende ondersteuning voorziet en de nodige pijn verlicht. Maar niet voor bepaalde vormen van experimentele hoogtechnologische zorgen met een zeer kleine kans op succes. Het punt is dat hoewel de meeste mensen inderdaad graag zo lang mogelijk willen leven, dat men dit enkel wil op voorwaarde dat de kwaliteit van leven goed genoeg is, d.w.z., dat men bewust en alert blijft, en dat men voldoende ondersteunende zorgen heeft die het leven in ziekte en afhankelijkheid zo comfortabel mogelijk maken. Men wil dit niet ten alle prijze.

Hiermee nemen we afstand van het Moderne, Cartesiaanse ideaal. Wanneer de kloof tussen alles wat medisch-technologisch mogelijk is en waartoe we allen gelijke toegang toe kunnen krijgen groter wordt, dan heeft de morele verantwoordelijkheid van de samenleving minder te maken met al het mogelijke doen in de naam van gezondheid als hoogste goed, en meer met het voorzien van

gelijke toegang tot kwalitatieve en degelijke basiszorgen voor iedereen. Op dezelfde manier zouden we – in een verdere stap - kunnen nagaan welke vormen van kwalitatieve basiszorg en welke vormen van spitstechnologie respectievelijk tot beide categorieën behoren.

Besluit

Bij wijze van besluit is het belangrijk om vier elementen voor ogen te houden. Ze dienen als kritische ijkpunten van het debat.

We zullen keuzes moeten maken

Als we een rechtvaardig gezondheidszorgsysteem willen behouden dat tegelijkertijd voldoende kwaliteitszorg biedt en sociaal-efficiënt is georganiseerd, dan *moeten* we knopen doorhakken en moeilijke vragen beantwoorden. Vooreerst moeten we ons afvragen welk percentage van ons bruto nationaal inkomen we aan gezondheidszorg willen besteden. Hier speelt de opportunitetskost een belangrijke rol. Geld dat we besteden aan gezondheidszorg kunnen we namelijk niet investeren in bijvoorbeeld armoedebelid, onderwijs of tewerkstelling. Daarna moeten we uitmaken aan wat we het gezondheidszorgbudget willen besteden. Ook hier geldt dat wat we aan het ene besteden niet aan iets anders kunnen besteden.

Hierbij geldt een belangrijke beperking: rechtvaardige gezondheidszorg stelt enkel grenzen op vlak van publiek aangeboden goederen en voorzieningen, *niet* op vlak van mensen. Het gaat om publieke voorziening van gelijke toegang tot een breed en inclusief pakket van kwalitatieve en betaalbare basiszorg voor iedereen, gebaseerd op een systeem van universele en verplichte solidariteit.

Dure spitstechnologie

De medische wetenschap kan veel meer dan voor ons als samenleving betaalbaar is. Dit betekent dat we dus niet met alles solidair kunnen zijn. Momenteel vallen er trouwens al een aantal goederen en diensten buiten het publieke pakket waar we eigenlijk geen moeite mee hebben. Vooral bij de opportuniteit van dure medische technologie moeten we durven stilstaan. Het leeuwendeel van de kostenstijging in de gezondheidszorg is te wijten aan de toepassing van complexe en dure medische technologieën. We moeten ons daarom oprecht durven afvragen welke vormen van spitstechnologie zo noodzakelijk zijn dat ze in het publieke pakket moeten zitten. Hierbij mogen we niet uit het oog verliezen dat sommige gesofisticeerde en dure vormen van medische technologie meestal slechts voor een kleine groep mensen een zeer beperkte verbetering van de levensduur of levenskwaliteit betekent.

Gedeeltelijke privatisering

Uiteindelijk is een gedeeltelijk privatiseringsscenario onvermijdelijk. Ons gezondheidszorgsysteem kan alleen maar rechtvaardig en efficiënt georganiseerd zijn en kwaliteitsvolle zorg leveren wanneer we bepaalde medische ingrepen niet langer publiek financieren. Toch betekent dit niet noodzakelijk dat we moeten afglijden naar een doemscenario waarbij de rijke zich een kwaliteitsvolle gezondheidszorg kan veroorloven en de minder kapitaalkrachtige mensen zich tevreden moeten stellen met een beperkt pakket minderwaardige zorg. Immers, de rechtvaardigheidseis komt altijd eerst! Efficiëntiematregelen moeten de rechtvaardigheid dienen! Dit betekent dat wanneer het publieke pakket voldoende kwaliteitsvolle zorg omvat, de opwerping van een gezondheidszorg met twee snelheden minder relevant is. Bovendien moeten we realistisch zijn. De kloof tussen arm en rijk zal altijd blijven bestaan. Rijke mensen zullen altijd tot veel meer in staat zijn. Zij kunnen hun kinderen bijvoorbeeld naar exclusieve scholen en dure universiteiten in het buitenland sturen, terwijl minder kapitaalkrachtige Belgen dat niet kunnen. En eigenlijk hebben we daar hier in België weinig moeite mee omdat het publieke onderwijssysteem van hoogstaande kwaliteit is en rechtvaardig is georganiseerd waardoor ook arbeiderskinderen naar de universiteit kunnen. Voor de gezondheidszorg geldt hetzelfde: als je ervoor zorgt dat het publieke basispakket in de gezondheidszorg dat voor iedereen toegankelijk is op basis van gelijke behoeften voldoende kwaliteitsvol en omvattend is, stelt zich geen probleem. We zouden het

inderdaad onrechtvaardig vinden wanneer mensen in armoede geen toegang zouden hebben tot een operatieve ingreep voor een blindedarmontsteking omdat ze dat niet kunnen betalen, maar we hebben er veel minder problemen mee dat ze geen borstvergroting kunnen laten doen, terwijl de rijken dat eventueel wel kunnen.

Constructief debat

Op fundamenteel vlak vraagt de maatschappelijke reflectie over de financiering van de gezondheidszorg om een wijziging van het algemene morele perspectief van overspannen verwachtingen ten aanzien van rechtvaardige gezondheidszorg, m.a.w. om een wijziging in sociale attitude en mentaliteit. Het vraagt om een kritische distantiëring van het typisch Moderne, Cartesiaanse perspectief waarbinnen leven en gezondheid het allerhoogste goed zijn dat met alle middelen moet worden bewaard en bevorderd.

Maar het debat over de vragen *hoeveel* we maatschappelijk bereid zijn te betalen voor *welke* goederen en voorzieningen, *moet* worden gevoerd op een kritische en sociaal-constructieve manier. Dit betekent dat alle betrokken actoren (gezondheidswerkers, beleidsmakers, patiënten, sociologen, economen, ethici, et cetera) mee in de discussie moeten treden *zonder* te vervallen in een debat van ideologische tegenstellingen, doemscenario's en wederzijdse verketteringen.

Enkel via de weg van het redelijke, constructief-kritische en oprechte debat kan de weg worden geopend naar de ontwikkeling van een rechtvaardige gezondheidszorg die zowel sociaal efficiënt is als gelijke toegang tot omvattende en degelijke kwaliteitszorg garandeert.

Mevr. Y. Denier, Centrum voor Economie en Ethiek - K.U.Leuven Naamsestraat 69, B-3000 Leuven,
Tel: +32 16 32 57 77; Fax: +32 16 32 69 10; Yvonne.Denier@econ.kuleuven.be

NOMENCLATUURSWIJZIGING : NUCLEAIRE GENEESKUNDE EN KLINISCHE BIOLOGIE (Artikelen 18 & 24)

10 FEBRUARI 2006. - Koninklijk besluit tot wijziging betreffende de bepalingen van de artikelen 18, § 2, B, e) en 24, § 1, 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. 3.3.2006)

Artikel 1. In artikel 18, § 2, B, 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, vervangen bij het koninklijk besluit van 9 december 1994 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1995, 29 november 1996, 31 augustus 1998, 29 april 1999 en 16 juli 2001 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in rubriek 1/Chemie, 1/Bloed, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) na de verstrekking 433171-433182 wordt de volgende verstrekking ingevoegd :

« 433296-433300

Bepalen van de risico factor van Down's syndroom in de loop van het eerste trimester van de zwangerschap, omvattend het specifiek doseren van de vrije beta-fractie van human chorionic gonadotrophin (free beta HCG) en van de « pregnancy associated placental protein A (PAPP-A) », rekening houdend met de meting van klinische parameters (evaluatie van de nekplooidikte door echografische meting van de foetale nukale translucentie) en adequate statistieken B 2500

(Maximum 1) (Cumulregel 124, 125) Klasse 29 »

b) in de omschrijving van de verstrekking 433193-433204 worden de woorden « (Cumulregel 64) » vervangen door de woorden « (Cumulregel 64, 124, 125) »

2° in rubriek 4/Chemie : Therapeutische Monitoring, 1/Bloed, in de omschrijving van de verstrekking 436111 - 436122, worden de woorden « (Cumulregel 37, 201) » vervangen door de woorden « (Cumulregel 37, 201, 124, 125) ».

Art. 2. In artikel 24, § 1, van dezelfde bijlage, vervangen bij het koninklijk besluit van 9 december 1994 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1995, 29 november 1996, 31 augustus 1998, 29 april 1999 en 16 juli 2001 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in rubriek 1/Chemie, 1/Bloed, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) na de verstrekking 542533-542544 wordt de volgende verstrekking ingevoegd :

« 542776-542780

Bepalen van de risico factor van Down's syndroom in de loop van het eerste trimester van de zwangerschap, omvattend het specifiek doseren van de vrije beta-fractie van human chorionic gonadotrophin (free beta HCG) en van de « pregnancy associated placental protein A (PAPP-A) », rekening houdend met de meting van klinische parameters (evaluatie van de nekplooi dikte door echografische meting van de foetale nukale translucentie) en adequate statistieken B 2500

(Maximum 1) (Cumulregel 124, 125) Klasse 29 »

b) in de omschrijving van de verstrekking 542555-542566 worden de woorden « (Cumulregel 64) » vervangen door de woorden « (Cumulregel 64, 124, 125) »

2° in rubriek 4/Chemie : Therapeutische Monitoring, 1/Bloed, in de omschrijving van de verstrekking 548472-548483, worden de woorden « (Cumulregel 37, 201) » vervangen door de woorden « (Cumulregel 37, 201, 124, 125) ».

3° in rubriek « Cumulregels » worden de volgende cumulregels toegevoegd :

« 124

De verstrekkingen 433296 - 433300 en 542776 - 542780 mogen niet met de verstrekkingen 436111 - 436122 en 548472 - 548483 worden gecumuleerd. »

125

Slechts één van de verstrekkingen 433296 - 433300, 433193 - 433204, 542776 - 542780 en 542555 - 542566 mag in de loop van de follow-up van éénzelfde zwangerschap aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging aangerekend worden. »

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het in het Belgisch Staatsblad wordt bekendgemaakt.

NOMENCLATUURSWIJZIGING : TOERUSTING NA MAMMECTOMIE (Artikel 27)

13 FEBRUARI 2006. - 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. 10.3.2006)

Artikel 1. In artikel 27, 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, vervangen bij het koninklijk besluit van 30 december 1985 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 13 september 1989, 3 juni 1992, 31 december 1992, 28 april 1993, 9 september 1993, 28 maart 1995, 29 november 1996, 9 juli 1997, 10 juni 1998, 18 januari 1999, 28 februari 1999, 18 februari 2000, 16 juli 2001, 15 oktober 2001, 16 mei 2003, 7 juni 2004, 20 juli 2004 en 4 mei 2005, wordt § 1, onder het opschrift 'Toerusting na totale of gedeeltelijke mammectomie' gewijzigd als volgt :

1° In de Franstalige omschrijving van de verstrekkingen 642235, 642515, 642530, 642552 en 642574 worden de woorden "Première prothèse mammaire", vervangen door de woorden "Première prothèse mammaire complète".

2° In de Franstalige omschrijving van de verstrekking 642596 worden na de woorden "Première prothèse mammaire partielle" de woorden "auto-adhésive" ingevoegd.

3° De omschrijving van de verstrekking 642272 wordt vervangen door de volgende omschrijving:

Volledige niet-klevende borstprotheseY 130

4° De omschrijving van de verstrekking 642294 wordt vervangen door de volgende omschrijving:

Volledige niet-klevende meerlagige borstprotheseY 130

5° De omschrijving van de verstrekking 642316 wordt vervangen door de volgende omschrijving:

Volledige zelfklevende borstprotheseY 130

6° De omschrijving van de verstrekking 642331 wordt vervangen door de volgende omschrijving:

Volledige borstprothese met kleefstripsysteemY 130

7° De omschrijving van de verstrekking 642611 wordt vervangen door de volgende omschrijving:

Volledige borstprothese op maatY 130

8° Onder het opschrift "C. Toebehoren bij de borstprothesen" worden in de omschrijving van de verstrekking 642390 de woorden "(verstrekking 642316)" en "(verstrekking 642375)" respectievelijk vervangen door de woorden "(verstrekkingen 642530 en 642316)" en "(verstrekkingen 642596 en 642375)".

9° Onder het opschrift "C. Toebehoren bij de borstprothesen" worden in de omschrijving van de verstrekking 642412 de woorden "(verstrekking 642331)" vervangen door de woorden "(verstrekkingen 642552 en 642331)".

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 oktober 2004.

OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURSWIJZIGINGEN

Artikelen 5 & 6 (Tandverzorging) : Koninklijk besluit van 13 februari 2006 (B.S. d.d. 22.2.2006)

Artikel 28 (Rolstoelen) : Koninklijk besluit van 13 februari 2006 (B.S. d.d. 10.3.2006)

Artikelen 28 & 35 (Implantaten) : Koninklijk besluit van 13 januari 2006 (B.S. d.d. 25.1.2006)

Artikelen 28, 35 & 35bis (Neurochirurgie) : K.B. van 10 februari 2006 (B.S. d.d. 27.2.2006)

Artikel 29 (Orthopedisten) : Koninklijk besluit van 13 februari 2006 (B.S. d.d. 17.3.2006)

Artikel 35 (Urologie en nefrologie) : Koninklijk besluit van 10 februari 2006 (B.S. d.d. 27.2.2006)

De volledige tekst is beschikbaar op de website en kan ook bekomen worden op eenvoudige aanvraag bij het Secretariaat.

NIEUWE INTERPRETATIEREGELS

Artikel 22

INTERPRETATIEREGEL 17 (in voege d.d. 08.02.2006) (B.S. d.d. 08.02.2006)

VRAAG

Door wie mogen de verstrekkingen 558795-558806 (K 20), 558390 (K15) en 558423 (K 15) aangerekend worden?

ANTWOORD

Benevens de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie kunnen deze prestaties alleen aangerekend worden in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen door de geneesheer-specialist in de reumatologie of door de geneesheer-specialist in de orthopedische heilkunde, voor hun eigen patiënten die ze persoonlijk behandelen.

N.B. : Tot 07.02.2006 konden deze prestaties dus ook geattesteerd worden door de geneesheren-specialisten van andere specialismen zoals cardiologie en pneumologie.

Artikel 24 (Klinische biologie)

INTERPRETATIEREGEL 6 (in voege d.d. 01.02.2000) (B.S. d.d. 01.02.2006)

VRAAG

Mogen de volgende verstrekkingen worden aangerekend in het kader van de verplichte ziekteverzekering en uitkeringen :

In microbiologie : « 550911-550922 : Opsporen van Neisseria Gonorrhoea door een techniek van moleculaire amplificatie »;

« 550933-550944 : Opzoeken van nucleïnezuur van Mycobacterium tuberculosis in een respiratoir monster positief voor zuurvaste bacteriën, na microscopisch onderzoek of kweek in vloeibare voedingsbodem;

In immuno-hematologie en niet infectueuze serologie

» 556452-556463 : Aanvullende bepaling van HLA groepen DR en DQ (hoge resolutie) met een moleculair biologische techniek bij een kandidaat voor allogene niet familiale beenmergtransplantatie in geval van compatibele donor met HLA groepen DR en DQ (lage resolutie) ».

ANTWOORD

De verstrekkingen 550911-550922, 550933-550944 en 556452-556463 geven recht op een terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vanaf **1 februari 2000**.

Artikel 36 (Logopedie)

- **Artikel 36, § 2, b), 2°**

INTERPRETATIEREGEL (in voege d.d. 03.03.2006) (B.S. d.d. 03.03.2006)

VRAAG

De formulering van § 2, b), 2°, luidt als volgt : « Stoornissen in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling aangetoond door een taaltest waarvan het resultaat lager is dan of gelijk aan het 3e percentile, waarbij er geen intelligentiestoornis is (totaal IQ 86 of meer, gemeten met een individuele test) en geen ernstige gehoorstoornis (het gemiddeld gehoorverlies bedraagt aan het beste oor niet meer dan 40 db HL). Deze taaltests dienen voor te komen op een door de commissie voor de overeenkomsten opgestelde limitatieve lijst. »

Welke inlichtingen moeten betreffende het IQ aan de adviserend geneesheren overgemaakt worden ?

ANTWOORD

Het in een precies cijfer uitgedrukt totaal IQ evenals de naam van de psychologische test(s) die het mogelijk gemaakt hebben om dit totaal IQ te meten en de data waarop deze test(s) werd(en) afgenomen moeten aan de adviserend geneesheren meegedeeld worden.

- **Artikel 36, § 2, b), 3°**

INTERPRETATIEREGEL (in voege d.d. 03.03.2006) (B.S. d.d. 03.03.2006)

VRAAG

Hoe kunnen tests op het gebied van lezen en/of schriftelijke expressie en/of rekenen, waarvan de resultaten uitgedrukt worden in een percentielscore wijzen op een achterstand van meer dan één jaar bij kinderen tussen 7 en ten volle 9 jaar of op een achterstand van meer dan twee jaar bij kinderen tussen 10 en ten volle 14 jaar ?

ANTWOORD

Bij kinderen tussen 7 en ten volle 9 jaar wordt het behaalde resultaat, uitgedrukt in een percentielscore, vergeleken met het percentiel 50 van het schooljaar juist onder datgene waar het kind zit. Is de behaalde percentielscore lager dan het percentiel 50 van het schooljaar juist onder datgene waar het kind zit, dan wijst deze score op een achterstand van meer dan één jaar. Is de behaalde percentielscore gelijk aan of hoger dan het percentiel 50 van het schooljaar juist onder datgene waar het kind zit, dan wijst deze score niet op een achterstand van meer dan één jaar.

Bij kinderen tussen 10 en ten volle 14 jaar wordt het behaalde resultaat, uitgedrukt in een percentielscore, vergeleken met het percentiel 50 van twee schooljaren onder datgene waar het kind zit. Is de behaalde percentielscore lager dan het percentiel 50 van twee schooljaren onder datgene waar het kind zit, dan wijst deze score op een achterstand van meer dan twee jaar. Is de behaalde percentielscore gelijk aan of hoger dan het percentiel 50 van twee schooljaren onder datgene waar het kind zit, dan wijst deze score niet op een achterstand van meer dan twee jaar.

Deze regel blijft van toepassing voor de kinderen die tijdens hun schooltijd een jaar gedubbeld hebben.

ARS SANANDI
DE GROTE ONTMOETING DIE U NIET MAG MISSEN (4, 5 EN 6 MEI IN TOUR&TAXIS)

De Belgische Vereniging van Gezondheidszorgverstrekkers, waarvan het VBS lid is, beslist om een beurs te organiseren voor professionals inzake gezondheid. Dit is een primeur in België. Na le Medec in Parijs en het Forum International in Düsseldorf, vindt in Brussel ARS SANANDI "Beurs Kunst van het zorgen" plaats op 4, 5 en 6 mei 2006 in Tour&Taxis.

ARS SANANDI wordt georganiseerd voor professionals inzake gezondheid, maar staat eveneens open voor de politieke wereld, de pers, studenten, patiëntenverenigingen, alsook ondernemingen actief in de gezondheidssector.

Het programma van de voorziene debatten en conferenties tijdens deze drie dagen, is op aanvraag beschikbaar op www.arssanandi.be.

Het hoogtepunt is een galabal dat wordt afgesloten met een fantastisch jazzconcert.

Wat de publieke opinie onthoudt over de farmaceutische industrie, is enkel wat zij via de pers, de ziekenfondsen en de verantwoordelijke politici vernemen.

ARS SANANDI biedt ons, voor één keer, de kans om onderling een betere communicatie tot stand te brengen, samen met de pers, de politici, patiënten-verenigingen en toekomstige professionals in de gezondheidszorg. Dit zijn de studenten die voor een (para)medische of wetenschappelijke opleiding hebben gekozen.

Vanuit deze optiek, worden tijdens de beurs 2 thema's uitgewerkt:

- *België... excellent op vlak van gezondheidszorg, ook in de toekomst*

Ons land staat gekend voor een kwalitatieve gezondheidszorg. We moeten eraan werken om deze kwaliteit te behouden.

- *Gezondheid is een investering....*

en geen kost, factor van inflatie. De gezondheidssector, werkgever en bron van innovaties binnen het domein van technologie en medicatie, brengt de gemeenschap meer op, dan zij haar kost.

Onthoud zeker deze data: 4, 5 en 6 mei. ARS SANANDI, de grote ontmoeting die u niet mag missen.

INFORMATICACURSUSSEN CFA-VBS
VERVOLMAKINGSCYCLUS

Na het succes van onze vorige reeks informaticacursussen en op speciaal verzoek van sommigen onder u, organiseren wij, in samenwerking met onze partner CFA – Mhr. Gabriel PRY, een vervolmakingscyclus.

22 april 2006 : WORD

29 april 2006 : EXCEL

Deze cursussen gaan door op bovenvermelde data op het VBS, Kroonlaan 20, 1050 Brussel, van 9u30 tot 12u30 (zaterdagmorgen). Elke cursus duurt 3 uur en is vooral praktijkgericht. Geen ellenlange iteenzettingen maar veel oefeningen. Iedere deelnemer werkt aan één van onze PC's. U ontvangt tevens een syllabus die speciaal voor deze cursus werd ontworpen.

Prijs : 100,00 € + BTW (121,00 € BTW inbegrepen) per cursus van 3 uur.

INSCHRIJVINGEN

Fax ons vandaag nog [het inschrijvingsformulier](#) op faxnummer 010/24.10.20 of telefoneer rechtstreeks naar het VBS (Koen Schrije 02/649.21.47)

Inschrijven vóór 18 april 2006.

U krijgt een bevestiging van uw inschrijving. Bij minder dan 5 inschrijvingen per cursus, gaan de lessen niet door. U zult hiervan tijdig op de hoogte worden gesteld.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

ERC Advanced Life Support Provider Course (nieuwe ERC richtlijnen 2005)

Donderdag 27 april tot zaterdag 29 april 2006 (Domein De Renesse Oostmalle)

Donderdag 22 juni tot zaterdag 24 juni 2006 (AZ Sint-Jan Brugge)

Info: patrick.druwe@pandora.be, tel.: 03/644.36.38

Accreditering: 180 NE (rubriek 1), 10 NE (rubriek 6: ethiek en economie)

Inschrijving: www.rescue-belgium.be of www.erc.edu (Courses - Course Calendar)

2nd Biennial Regional Group Conference of the International Society for Bipolar Disorders Edinburgh, Scotland, August 2-4, 2006

For more information visit www.kenes.com/isbd.

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.
- 05010* **OOGHEELKUNDIGE ZOEKT** : al oud oftalmologisch en optisch materiaal evenals oude brillen en glazen voor Rwanda. Tel. : 02/770.21.35.
- 05151* **RADIOLOOG** biedt zijn diensten aan voor **VERVANGING** bij voorkeur in privaat praktijk tel. 059.506282 of gsm. 0473.677009 / 0477863830.
- 05162 **FRANCE : CÈDE CABINET DE CARDIOLOGIE LIBÉRALE** à Nice dans cabinet de groupe de 7 cardiologues, plein centre de Nice. Pas de partage d'honoraires, ambiance excellente, dans des locaux magnifiques de 350m², informatisation complète du cabinet. Plateau technique non invasif, récent, complet (echodoppler VIVID3, MAPA novacor, HOLTER ELA). Possibilité d'ergométrie, d'ETO, d'écho de stress, activité hospitalière possible - Pas d'astreinte de garde. Horaires du lundi (stop 18 heures) au vendredi 11 heures. Charges réduites : 3300 euros par mois pour le fonctionnement en SCM. C.A. > 260.000 euros avec deux mois de vacances par an. Dont 40% de cardiologie d'assurances privées, activité en pleine expansion +15% par an (hors sécurité sociale française). PRIX INTERESSANT. NICE, c'est par exemple : ville de fac : lettres, droit, commerce, médecine, dentaire...; ski alpin le matin! (Isola 2000 et Auron : 1 h de route) - voile l'après-midi!; proche de Monaco et de l'Italie; aéroport international 2e de France; pluie 30 jours par an (non contractuel), soit environ 330 jours de soleil!!! Contacter Dr SCHWAL au 00.33.6.03.51.08.16 ou par e-mail : g.schwal@wanadoo.fr
- 06010 **FRANCE** : Le Centre hospitalier régional de Metz-Thionville recherche un **UROLOGUE** titulaire d'un diplôme CEE pour pourvoir un poste de praticien hospitalier temps plein vacant. Coordonnées et CV à adresser par mail : v.girot@chr-metz-thionville.rss.fr.
- 06025 **FRANCE** : Importante polyclinique du Nord de la France (ville frontalière). Plateau technique neuf et ultra moderne, 250 lits. Centre de radiologie et d'oncologie performant disposant des outils de diagnostique et de soins les plus adaptés (PETScan, IRM, 2 accélérateurs). Nous recherchons : Un(e) **CHIRURGIEN(NE) SÉNOLOGUE** expérimenté(e). Ce poste offre une réelle opportunité professionnelle dans une région à forte population (zone de recrutement supérieure à 500.000 personnes). Nous vous remercions d'adresser votre dossier de candidature à : erasmus.consult@yahoo.com.
- 06031 **KNOKKE-HEIST/BLANKENBERGE** : VZW Gezondheidszorg Oostkust (A.Z. O.L. Vrouw ter Linden te Knokke-Heist – A.Z. Koningin Fabiola te Blankenberge) is een zeer dynamisch algemeen ziekenhuis, met momenteel 291 acute ziekenhuisbedden en 20 Sp-bedden, verspreid over twee campussen en biedt werk aan ongeveer 700 medewerkers en 70 artsen. Het ziekenhuis zoekt : 1 **CARDIOLOOG** (m/v), 1 **GERIATER** (m/v), 1 **OFTALMOLOOG** (m/v) en 1 **STOMATOLOOG** (m/v). Voor specifieke kwalificaties en aandachtspunten : <http://www.vzwgo.be/algemeen/vacatures/start.asp> Sollicitaties richten aan de directie van vzw Gezondheidszorg Oostkust, Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist. Inlichtingen bij dhr. F. Lescauwaet, Algemeen Directeur (050/633.500) en bij Dr. L. Huyghe, hoofdgeneesheer (050/633.500).
- 06033 **FRANCE** : Mutuelle de Revin, nord des Ardennes Françaises recherche spécialiste belge pour succession de son **OPHTALMOLOGUE** prochainement en retraite. Activité à temps plein ou partiel. Fort potentiel de développement. Contact Alain Lemaire, directeur général, au 00.33.3 24 33 89 96.
- 06035 **BRUSSEL** : De Kliniek Ste-Anna St-Remi (Graindorlaan 66 te 1070 Brussel), een dynamisch ziekenhuis met 258 bedden in volle uitbreiding (twee bijkomende verdiepingen) werft **DIENSTHOOFD ORTHOPEDIE**.

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).

- 06036 **FRANCE** : Cabinet de recrutement français spécialiste du recrutement médical recherche actuellement des **MÉDECINS ET CHIRURGIENS DANS TOUTES LES SPÉCIALITÉS**. Nos clients sont des cliniques privées françaises toutes régions + DOM TOM, structures modernes et renommées. Fort potentiel de rémunération. *Vous souhaitez changer d'environnement professionnel et géographique ? Vous cherchez une installation en France ? Merci de nous contacter et de nous faire parvenir votre CV ainsi qu'une lettre de motivation : Kaduce Conseil - 7 avenue de l'Europe - 92310 Sèvres - France – Tél./Fax : 00.33.(0)1.46.89.08.05 - Mail : recrutement@kaduce.fr - Consultez nos offres en ligne sur www.kaduce.fr*
- 06037 **FRANCE : CARDIOLOGUE** français cède son activité libérale en Clinique privée Médico-Chirurgicale-Maternité à Rouen (ville universitaire) : changement de région pour raison familiale. Cabinet de consultations privées secteur 1 au sein de la clinique, secrétariat commun avec un confrère pneumologue. (Local en location avec bail professionnel.) Activité de clinique: pré-opératoires et explorations non invasives en binôme avec un confrère cardiologue: association possible à court terme si souhaitée; organisation à l'amiable pour week-end et vacances. (Reversement de 3,0% pour les actes en clinique avec contrat d'activité.) Prix calculé sur les trois dernières années. Contact: 00.33.6.33.77.86.72 – e-mail: y.folgoas@wanadoo.fr
- 06046 **TE HUUR** in een volledig gerenoveerd medisch centrum (250 m²) ruime en aangename praktijk met ontvangstruimte, wachtkamer, telefonisch secretariaat ter beschikking, dienst naar keuze (internet, telefonie, fotokopieermachine,...), gemakkelijke toegang (openbaar vervoer, halte voor de praktijk), drukke baan met veel verkeer, gemakkelijke parkeermogelijkheden, uitzonderlijke centrale ligging dichtbij een aantal ziekenhuizen. Adres : Brugmannlaan 345 te 1180 Brussel. Inlichtingen : 0475/466 716.
-

Inhoudstafel

- **Ons hoogste goed? Filosofische reflecties over schaarste, eindigheid en de normatieve waarde van gezondheid – Yvonne DENIER : Toespraak gehouden ter gelegenheid van het VBS-symposium "Financiering van de Gezondheidszorg" (Koninklijke Bibliotheek van België – 04.02.2006)1**
- **Nomenclatuurswijziging : Nucleaire geneeskunde en Klinische biologie (Art. 18 & 24)6**
- **Nomenclatuurswijziging : Toerusting na mammectomie (Artikel 27)7**
- **Overzicht diverse nomenclatuurswijzigingen8**
- **Nieuwe interpretatieregels.....8**
- **Ars Sanandi : De grote ontmoeting die u niet mag missen (4, 5 en 6 mei in Tour&Taxis)10**
- **Informaticacursussen CFA-VBS : vervolmakingscyclus10**
- **Wetenschappelijke vergaderingen11**
- **Aankondigingen11**