

---

# 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

**Speciaalnummer / DECEMBER 2008**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

---

## NIEUWE TARIEVEN VANAF 01.01.2009

De nieuwe tarieven van toepassing vanaf 01.01.2009 zullen zo vlug mogelijk beschikbaar zijn op de VBS-website [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org). Deze kunnen ook op eenvoudige aanvraag telefonisch bekomen worden op het secretariaat. Tel 02/649.21.47 of per fax 02/649.26.90

## NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN 2009-2010<sup>1</sup>

Het afsluiten van een nieuw nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen voor de jaren 2009-2010 is in deze financieel moeilijke tijd geen evidente oefening geweest. Bikkelharde discussies en onderhandelingen door alle partijen liggen aan de basis van dit akkoord. Binnen het vastgestelde budget voor de gezondheidszorgen van 2009 zijn de bijkomende beschikbare financiële middelen om nieuwe initiatieven te financieren beperkt. De realisatie van een groot aantal nieuwe prestaties laat dan ook op zich wachten.

Alle raadplegingen en technische verstrekkingen van zowel de huisartsen als de geneesheren-specialisten worden met ingang van 1 januari 2009 lineair verhoogd met **4,32 %**. Voor de anesthesie verstrekkingen treedt deze maatregel echter slechts in werking vanaf 1 april 2009.

In het kader van het geneesmiddelenbeleid heeft de Algemene Raad van 13 oktober 2008 beslist om voor 2009 concrete voorschrijfdienstellingen te formuleren op het vlak van de «minder dure» geneesmiddelen. De NCGZ werd uitgenodigd om alternatieve voorstellen te formuleren, waarbij – in ieder geval – een besparing van 42,5 miljoen euro moet worden gerealiseerd.(zie punt 6).

Gezien het gebrek aan controle mogelijkheden onder het vroegere systeem werd de gedeeltelijke conventie fundamenteel hervormd. U vindt de belangrijkste wijzigingen terug onder het punt 18.4.2.

De geneesheren beschikken over een termijn van 30 dagen na publicatie in het Belgisch Staatsblad om hun weigering tot toetreding tot het akkoord of hun gedeeltelijke toetreding per aangetekend schrijven mee te delen aan het RIZIV. Modelbrieven zullen beschikbaar gesteld worden zodra het akkoord in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd wordt.

De volgende punten worden extra onder de aandacht gebracht : (de nummering van het akkoord werd aangehouden).

---

<sup>1</sup> De volledige tekst van het akkoord 2009-2010 is beschikbaar op de website van het VBS [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org)

### 3.2. GENEESHEREN-SPECIALISTEN

<b>3.2.1. Indexering geneesheren-specialisten</b>	<b>2009</b> Begroting (€duizend)
H0910/08 Specialisten De honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2008 worden lineair geïndexeerd met 4,32 % op 1 januari 2009. (Behalve rubriek anesthesiologie, die in afwachting van structurele maatregelen een opschorting heeft van index tot uiterlijk 31 maart 2009)	226.937
<b>Totaal indexering geneesheren-specialisten</b>	<b>226.937</b>

<b>3.2.2. Honoraria van de geneesheren- specialisten</b>	<b>2009</b> Begroting (€duizend)
De maatregelen treden in werking op 1 januari 2009	
H0910/10 Psychiatrie : opwaardering toezicht A-diensten: +15%	4.788
H0910/11 Psychiatrie : opwaardering toezicht K-diensten: +20%	764
H0910/12 Psychiatrie: vertraging degressie toezicht op K	499
H0910/13 Pediatrie: onderzoek pasgeborene: verdubbeling	3.055
H0910/14 Internist: toezicht in D + 10%	4.300
H0910/15 Revalorisatie technische akten bij kinderen artikel 20d +10%	1.705
H0910/16 Gynecologie: Art. 14g +8%	2.198
<b>Totaal honoraria van de geneesheren-specialisten</b>	<b>17.309</b>

<b>3.2.3. Nomenclatuur van de geneesheren-specialisten</b>	<b>2009</b> Begroting (€duizend)
N0910/08 Psychiatrie: pluridisciplinair overleg in het ziekenhuis op T diensten	5.000
N0910/09 Psychiatrie: sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten	210
N0910/10 SP psychogeriatric: dag 1 tot 12	280
N0910/11 Liaison psychiatrie bij kinderen: uitbreiding tov alle diensten	0
N0910/12 Teambespreking in ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie	423
N0910/13 Psychiatrie: crisisopvang	0

N0910/14 Pediatrice: permanentie in E-dienst: 240 euro	6.401
N0910/15 Geriatrie: liason team consult buiten G-dienst	543
N0910/16 Oncologie	1.811
N0910/17 Volledige terugbetaling van globaal borst onderzoek in verband met verhoogd risico op borstkanker	2.000
N0910/18 Uitwerking MOC: raadpleging lange duur, verplichting MOC, herwaardering, betrokkenheid huisarts.	5.243
N0910/19 Chirurgie: art 14e - plaatsen en wegnemen van ECMO	74
N0910/20 Chirurgie: art 14d – HIPEC	169
N0910/21 Dermatologie: 532534-545, 532556-560, 532571-582 herwaardering K30 tot K50	612
N0910/22 Helicobacter pylori	347
N0910/23 Herziening Art.13 Intensieve Zorgen	8.960
N0910/24 Oftalmologie: Art. 14h digitale fluoroangiografie: vanaf <b>1/07/2009</b> (9.255 op jaarbasis)	4.628
N0910/25 Medische Beeldvorming: Gedigitaliseerde mammografie	8.000
N0910/26 Dermatologie: dynamische fotherapie	520
N0910/27 Uitbreiding indicaties bariatrische heelkunde	740
N0910/28 Dossier Hepatitis C	164
N0910/29 Permanentiehonoraria harmoniseren met prestaties dagziekenhuis	843
N0910/30 Herwaardering consultatie genetic counseling	524
<b>Totaal nomenclatuur van de geneesheren-specialisten</b>	<b>47.492</b>

<b>3.2.4. Projecten van de geneesheren-specialisten</b>	<b>2009</b>
	Begroting (€duizend)
P0910/07 Psychiatrie: ontdubbeling neurologische / psychiatrische permanentie	2.025
<b>Totaal projecten van de geneesheren-specialisten</b>	<b>2.025</b>

## 6. Geneesmiddelen

Ten einde de opgelegde besparingen te realiseren stelt de NCGZ voor om in plaats van de door de Algemene Raad voorgestelde voorschrijfpercentages, een geheel van maatregelen en acties ten aanzien van alle voorschrijvende artsen te nemen die de beoogde doelstelling realiseren vanuit drie invalshoeken:

a. het bevorderen van het voorschrijven bij een startbehandeling van de minst dure moleculen.

De artsen zowel de huisartsen als de geneesheren specialisten die toetreden tot dit akkoord verbinden zich ertoe om vanaf 1 januari 2009 bij het opstarten van een behandeling met een farmaceutische specialiteit behorend tot volgende 6 groepen: PPI (AO2BC) ; ACE-inhibitoren en sartanen (CO9) ; Statines (C10AA) ; Fluconazole en Itraconazole (JO2AC) ; NSAID (MO1A) ; SSRI (NO6AB) in beginsel en in ten minste 8 op 10 van de gevallen te starten met een van de minst dure moleculen van een groep voor zover hiervoor geen tegenindicatie bestaat en dat de therapeutische doeleinden worden bereikt. Hierbij worden bij voorrang die specialiteiten aanbevolen waarvoor geen supplementen ten laste van de patiënten kunnen worden aangerekend of voorschriften onder vermelding van de stofnaam.

b. het terugdringen van een onverantwoord hoog volume van voorgeschreven geneesmiddelen bij bepaalde zorgverstrekkers

c. het ontwikkelen van initiatieven o.m. inzake therapietrouw, polymedicatie, en andere indicatoren.

### 11.2. Beschikbaarheid van de geneesheren-specialisten

Het koninklijk besluit van 29 april 2008 dat de beschikbaarheidshonoraria in de ziekenhuizen regelt, zal worden verduidelijkt. Als een geneesheer-specialist tegelijkertijd beschikbaar is voor meerdere ziekenhuizen tijdens een wettelijke feestdag of tijdens een weekend, kan slechts aan één ziekenhuis/medische raad het beschikbaarheidshonorarium uitbetaald worden. In dat geval zullen de hoofdgeneesheren van de betrokken ziekenhuizen onderling afspreken wie het honorarium kan aanrekenen. Bovendien zal de NCGZ een globale herziening van het systeem van de permanenties en de beschikbaarheden in en voor het ziekenhuis voorbereiden.

## 13. SOCIAAL STATUUT

**13.1.** Met het oog op het vergroten van de aantrekkingskracht van de toetreding tot het akkoord adviseert de NCGZ dat:

**13.1.1** het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2009 wordt vastgesteld op **4.103,00** euro voor de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot onderhavig akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

**13.1.2.** het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2009 wordt vastgesteld op **2.018,00** euro voor de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het Belgisch Staatsblad aan de NCGZ de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord en meer bepaald voor de bepalingen van artikel 18, de honorariumbedragen die hiervoor zijn vastgesteld niet kunnen toepassen.

## 18. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

18.4. Geneesheren-specialisten

### 18.4.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende

bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.4.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

#### **18.4.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners**

##### **18.4.2.1. Definitie en toe te passen tarieven**

De gedeeltelijk geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in de punten 18.4.2.2. hieronder zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in de punten 18.4.2.2. hieronder, of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.4.3., worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

##### **18.4.2.2. Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord**

De gedeeltelijk geconventioneerde geneeskundige mag afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, uitsluitend voor de verstrekkingen (raadplegingen, afspraken, technische verstrekkingen,...), voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait):

**18.4.2.2.1.** georganiseerd gedurende maximum viermaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren

**18.4.2.2.2.** en wanneer minstens de helft van al zijn verstrekkingen aan de ambulante patiënten wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.4.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

**18.4.2.2.3.** en wanneer de geneesheer op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, gedurende een bepaalde periode verstrekkingen verricht voor ambulante patiënten tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.4.3.

#### **18.4.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende**

Voor de toepassing van dit akkoord worden voor de geneesheren-specialisten de bijzondere eisen van de rechthebbende strikt als volgt bepaald:

**18.4.3.1.** het ziekenhuisverblijf in een afzonderlijke kamer dat door of voor de rechthebbende wordt gevraagd om persoonlijke redenen;

**18.4.3.2.** de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om raadplegingen, aangevraagd door de behandelend geneesheer;

**18.4.3.3.** de raadplegingen voor de ambulante patiënten die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur, of op zaterdag, zondag of op feestdagen. Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de geneesheer-specialist om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt of afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen.

## PERSBERICHT

### 4<sup>de</sup> CONFERENTIE MS7 « WEDERZIJDSE ERKENNING VAN DE SPECIALISMEN »

Rome (Italië)  
09-11/11/2008

De MS7, die representatieve organisaties van geneesheren-specialisten verenigt uit de landen die hebben gekozen om het moeilijke evenwicht te bewaren tussen een gesocialiseerde financiering en een vrije uitoefening van de geneeskunde met een betaling van de arts per akte – o.m. Québec, Italië, België, Zwitserland, Luxemburg en Frankrijk – is voor zijn vierde ontmoeting bijeengekomen in Rome van 9 november tot 11 november 2008.

Wij danken onze Italiaanse gastheren voor het warme onthaal, dat erg op prijs werd gesteld.

1. Met aandacht werd het initiatief van de UEMS opgevolgd m.b.t. de harmonisatie van de inhoud van de opleidingen van geneesheren-specialisten in Europa en de organisatie van een postgraduate opleiding van hoog niveau.  
De MS7 is er voorstander van dat deze opleiding wordt verzorgd door het beroep en wenst niet dat ze wordt gedelegeerd en gereguleerd door de nationale universiteiten en administratie.
2. Met belangstelling werd kennis genomen van het in Québec gelanceerde voorstel tot certificering, waarbij het beroep voor de volledige certificeringsprocedure instaat. Dat laatste is een conditio sine qua non voor de ontwikkeling van dit initiatief.  
De MS7 blijft erg op zijn hoede voor de steeds nadrukkelijker vraag vanwege de overheden om de geneeskundige handelingen te normeren en ze dus gemakkelijker administratief te kunnen reguleren.
3. De MS7 is erg bezorgd over de keuze van de regeringen om steeds meer beslissings- en reguleringsbevoegdheden toe te kennen aan hoge ambtenaren van de administratie van de diverse landen, met strafprocedures die almaar worden uitgebreid ten nadele van consensusprocedures.
4. Er werd kennis genomen van het akkoord tussen Québec en Frankrijk inzake de wederzijdse erkenning van de beroepskwalificaties, en in het bijzonder voor de geneesheren-specialisten.  
Het dient beschouwd te worden als een mogelijkheid die aan de Franse geneesheren-specialisten wordt geboden om te kunnen genieten van een beroepssituatie, een betere kijk op hun toekomst die ze niet meer in Frankrijk vinden, door hen de mogelijkheid te bieden hun loopbaan verder te zetten in een omgeving van hoog niveau. Deze Franse beslissing stelt problemen voor de Europese bureaus.
5. De MS7 heeft vastgesteld dat de hervorming een politiek instrument is en dat alle systemen onderhevig zijn aan deze niet aflatende verandering van de organisatie.  
Dit is niet zonder gevolgen, en we zijn getuige van een opgezet plan om de organisatie van de zorgverlening en de plaats van de geneesheren-specialisten in deze organisatie van overheidswege te controleren.  
Het doel bestaat erin de vrije uitoefening van ons beroep meer en meer te beknotten.
6. Wij waarschuwen onze regeerders formeel voor de mislukking van deze politieke keuze als het erop aankomt de reële problemen aan te pakken waarmee onze patiënten te maken krijgen voor het vinden van een antwoord op de gezondheidsbehoeften, toegang tot de zorgverlening en het garanderen van de zorgkwaliteit.

7. De MS7 heeft vastgesteld dat in alle landen de toekomst van de klinische specialismen met de specificiteit van het klinisch handelen die hun eigen is, ernstig wordt gecompromitteerd door een logica waarbij de zorgverlening in trajecten wordt georganiseerd en die gefocust is op de eerstelijns geneeskunde.

De MS7 zal volgend jaar present tekenen op de uitnodiging van onze collega's uit Québec.

**VALSE BOMMELDINGEN ZIJN REEDS IN DE STRAFWET OPGENOMEN.  
WANNEER GEBEURT DIT VOOR VALSE PATIËNTAANMELDINGEN?**

**Reactie van de BeCEP**  
**op de enquête "Spoedgevallendiensten – Grote middelen te snel ingezet"**  
**uitgevoerd door Test-Aankoop**

(Test Gezondheid 88 dec. 2008/jan. 2009)

Beste,

Gezien de drukte door "ijzelongevallen", kan ik u slechts een korte reactie geven als voorzitter van de Belgische urgentie-artsen:

- 1) Wanneer men in een wetenschappelijk onderzoek conclusies zou trekken over de superioriteit van 1 systeem t.o.v. een ander, zou dit steeds gebeuren in een context waarbij beide systemen (dubbel blind) op een identieke manier worden onderzocht. Wanneer men bvb. vaststelt bij 36 bakkers dat het brood minder lekker is dan men zou verwachten, is het veel te voorbarig om te concluderen dat men best zijn brood gaat kopen bij de beenhouwers, zonder ook maar 1 boterham te hebben gegeten die in de beenhouwerij werd gebakken. Test Aankoop onderzoekt hier 1 systeem (spoedgevallen) waarvan de resultaten hen minder bevallen. Zij gaan er onmiddellijk van uit dat een ander systeem (huisartsen) dan beter is. Een dergelijke vooringnomenheid is niet echt wetenschappelijk te noemen.
- 2) In de setting van een spoedgevallendienst mag de maatschappij ervan uitgaan dat alles ernstig wordt genomen tot het tegendeel is bewezen. Men zou het ons terecht zeer kwalijk nemen indien wij het tegenovergestelde zouden doen. In die setting is het bewust implementeren van fakepatiënten reeds een ernstige bias in het onderzoek. In België bestaat een College Kwaliteit Urgentiegeneeskunde (= artsen en geen enquêteurs) die jaarlijks een aantal items onder de loep neemt en via benchmarkingtechnieken en evidence based medicine de juiste protocols tracht te induceren. Uiteraard worden hier prioriteiten gesteld over het type onderzoek dat wordt gevoerd. Het verbeteren van de medische praktijk lijkt me dan ook een nobeler doelstelling dan wat Test Aankoop nastreeft in hun artikel.
- 3) Wanneer een organisatie claimt dat ze steeds met kennis van zaken de correcte informatie meedeelt aan haar klanten, met daaraan gekoppelde conclusies, mag de klant ook veronderstellen dat hij de juiste informatie heeft gekregen. Onder de omkaderde rubriek "medische overconsumptie... wist u dat.." op pagina 11 staat: Wie rechtstreeks met de ambulance (dienst 100) of de MUG naar de spoed wordt gebracht, bestaat geen remgeld. Niets is minder waar: men betaalt hetzelfde remgeld als bij een verwijzing via de huisarts. Een eis naar de overheid toe voor het starten van een informatiecampagne, zou misschien beter vooraf worden gegaan door zelf met de juiste informatie te verschijnen. Wie gaat er de klachtenbrieven beantwoorden van de patiënten die verbolgen zijn omdat ze remgeld moeten betalen op het spoedhonorarium, ondanks het feit dat ze via de 100 werden binnengebracht? Test Aankoop?

Het is belangrijk dat zowel de huisartsen als de spoedartsen hun werk goed doen, en dit is hetgeen wat moet worden nagestreefd en gesupporteerd. Ik betwijfel of dergelijke onderzoeken en hun conclusies hier enige meerwaarde aan geven. In die optiek ondersteunen wij wel uiteraard dat men voor eenvoudige problemen best naar de eigen huisarts gaat. Wanneer men een onderzoek doet met een fakepatiënt met een ernstige aandoening die zich aanbiedt bij een huisarts zou men

mogelijks een artikel kunnen publiceren onder de titel: Grote middelen te laat ingezet. Evenzo echter lijkt me een dergelijk onderzoek even dubieus en onethisch.

Dr. Jan Stroobants  
Voorzitter BeCEP  
Belgian College of Emergency Physicians

---

## **ANTWOORD OP HET PERSCOMMUNIQUÉ VAN HET KCE (26/09/2008) OVER DE KEUZE VAN HET TYPE REVALIDATIE IN BELGIË**

Een eerste bedenking betreft de vorm, want men had in de Franse versie van het rapport beter gesproken van readaptatie dan van revalidatie; een onaangepaste term die niet overeenstemt met onze specialisatie. Ik wil de auteurs er inderdaad aan herinneren dat wij specialisten in de fysische geneeskunde en readaptatie zijn, en niet in de revalidatie. Dezelfde taal spreken zou de zaken misschien al vereenvoudigen en het begrip doen groeien.

In het domein van de kinesitherapie zal men het vaker hebben over re-educatiebehandeling, maar ook daar wordt de term revalidatie, en overigens ook zelfs de term readaptatie, gemedend.

Het lijkt voor de wetgever dus wel een vaststaand feit te zijn dat de readaptatie aan de geneesheren-specialisten toebehoort, wat de auteurs overigens bevestigen, door te specificeren dat de geneesheer in de fysische geneeskunde zich gedurende 5 jaar gespecialiseerd heeft, maar zonder er zijn domein van specialisatie bij te vermelden, met name uitgerekend de readaptatie.

Inzake readaptatie is duidelijk aangetoond dat het om een multidisciplinaire behandeling gaat, waarbij de tussenkomst van diverse therapeuten met specifieke bekwaamheden (vb. ergotherapeuten, kinesitherapeuten, logopedisten enz.) noodzakelijk is. De activiteit van deze verschillende zorgverleners wordt gecoördineerd door de geneesheer-specialist in readaptatie, die het behandelingsprogramma opstelt op basis van de behoeften van de patiënt, het ziektebeeld en de complexiteit van de aandoening.

Diezelfde arts kan ook een monodisciplinaire behandeling opmaken, waarbij hij slechts op één bepaalde discipline een beroep doet.

Dat is niet meer dan normaal, want wie de ingewikkeldste behandelingen kan verstrekken, kan ook de simpelste behandelingen aan, wat uiteraard past in het kader van de minder complexe aandoeningen.

Het is dus wel degelijk de geneesheer-specialist in fysische geneeskunde en readaptatie die de patiënt oriënteert, de behandeling kiest die het meest is aangepast aan zijn aandoening en dus over het mono- of multidisciplinaire karakter van de behandeling beslist.

Bij mijn weten komt in dit stadium de beheerder van het ziekenhuis of de instelling niet tussen bij de keuze van de behandeling.

Elke andere situatie zou impliceren dat de geneeskunde niet langer de artsen toebehoort en dat het de beheerder is die de behandeling kiest op basis van louter financiële overwegingen.

Het lijkt vanzelfsprekend dat het merendeel van de ziekenhuizen die over een goed uitgebouwde readaptatie-afdeling beschikken voor de multidisciplinaire readaptatie kiezen wanneer de toestand van de patiënt dit rechtvaardigt.

Moet men minder doeltreffende zorgen aanbieden als men over andere therapeutische mogelijkheden beschikt?

**Wat het probleem betreft van de opvolging van de behandeling bij het ziekenhuisontslag** na een als zwaar gekwalificeerde orthopedische ingreep die de een multidisciplinaire behandeling

rechtvaardigde tijdens de ziekenhuisopname, doet het KCE zijn uiterste best om besluiten te trekken op basis van statistische gegevens. Het maakt echter nergens de analyse van de praktische redenen waarom de multidisciplinaire behandeling eventueel niet wordt voortgezet na de hospitalisatieperiode.

In de praktijk bestaan er immers veel verklaringen voor dit fenomeen, maar geen een ervan bewijst dat de multidisciplinaire behandeling niet nuttig was.

Daarom geven we hier zelf een greep uit de mogelijke redenen:

- Afstand tussen het ziekenhuis en de woonplaats van de patiënt
- Gemakkelijker voor de patiënt om zich niet te hoeven te verplaatsen na dit soort ingreep
- Terugkeer naar het rusthuis
- Verblijf in een verzorgingsinstelling
- Keuze van de chirurg, die een kinesitherapeut aanbeveelt
- Keuze van de patiënt, die vb. in zijn omgeving een kinesitherapeut kent, enz....

Al deze redenen kunnen uiteraard niet tot het besluit leiden dat de multidisciplinaire behandeling niet gerechtvaardigd was, net zomin als dat ze zouden kunnen aantonen dat een monodisciplinaire behandeling volstaan had.

Actueel bestaat er overigens geen enkele vergelijkende retrospectieve studie van de behaalde resultaten naargelang de verschillende uitgevoerde behandelingstypes naargelang de diverse pathologieën.

De conclusies van het KCE lijken dus op zijn zachtst gezegd te rusten op zeer losse grondvesten.

**Wat de honoreringwijze van de specialisten in fysische geneeskunde en readaptatie betreft in verhouding tot hun intellectuele handelingen**, dat is een veel breder en verre van nieuw debat.

Ik wijs er eens te meer op dat wij bij meerdere gelegenheden de opwaardering van onze intellectuele handelingen hebben gevraagd via een herijking van de raadpleging of via de toekenning van een nomenclatuurnummer voor het instellen en opvolgen van een readaptatieprogramma enz.

Als we de intake verkregen hebben, is dat een wel zeer schrale troost als men kijkt naar de talrijke administratieve taken en de dagelijkse verplichtingen m.b.t. de opvolging van een readaptatiebehandeling die tot op vandaag uitsluitend vergoed worden via een percentage van de bedragen die voor deze readaptatie worden gefactureerd.

Dit percentage varieert overigens naargelang de instelling en plaatst de geneesheer-specialist in een weinig benijdenswaardige positie, aangezien de toegekende vergoeding los lijkt te staan van het werk van de diverse zorgverleners, kine, ergo enz... terwijl het systeem voor de financiering van deze multidisciplinaire readaptatie zo al ontoereikend is.

Wij beweren niet dat het huidige vergoedingssysteem perfect is.

Maar in de gegeven toestand van de nomenclatuur is er geen alternatief, wat niet wil zeggen dat we niet bereid zouden zijn om een vergoedingssysteem te bestuderen dat beter is aangepast aan de omvang van onze intellectuele handelingen m.b.t. de readaptatiepraktijk.

De rol van de geneesheer-specialist in fysische geneeskunde en readaptatie als coördinator van deze readaptatiepraktijk is tegenwoordig goed aanvaard en de algemene tendens bestaat erin dat deze specialist de verantwoordelijkheid wordt toevertrouwd om op basis van het ziektebeeld de therapeutische oriëntatie en keuzes te bepalen.

Dit alles toont duidelijk aan dat de rol en de functie van de geneesheer-specialist in fysische geneeskunde en readaptatie geen uitstaans hebben met de rol en de functie die van de kinesitherapeut worden verwacht.

De rol van de geneesheer rechtvaardigt een vergoeding die is aangepast aan de uiterst belangrijke en specifieke rol die hij vervult op het vlak van readaptatie, zoals ook de keuze van de therapeutische middelen hem toebehoort, gezien zijn bijzonder bekwaamheden inzake readaptatie.

Voor degenen die er nog niet van op de hoogte zijn, vermeld ik tot slot dat de specialisten in fysische geneeskunde en readaptatie die in de hoedanigheid van deskundigen in de werkgroep van het KCE zetelden, heftig gereageerd hebben tegen de conclusies van het rapport in kwestie. Ze oordeelden dat ze intellectueel in de kou waren gezet en stonden manifest niet achter de conclusies van het rapport, wegens een gebrek aan objectiviteit.

Uiteindelijk is het enige interessante element van dit rapport dat het een slecht vergoedingssysteem onder de aandacht brengt, voor de rest bestaat het uit overhaaste en ongefundeerde conclusies.

Dokter Jean-Marie LOIX

Voorzitter,  
Belgische beroepsvereniging van Geneesheren-  
Specialisten in Fysische Geneeskunde en Readaptatie

---

**NOMENCLATUUR : ARTIKELEN 14, e) (heelkunde op de thorax)  
& 20, § 1, e) (cardiologie)  
(in voege op 01.01.2009)**

**17 OKTOBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van artikelen 14, e), en 20, § 1, 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 (B.S. d.d. 05.11.2008)**

**Artikel 1.** In artikel 14, 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, [...], wordt de verstrekking 229154-229165 geschrapt.

**Art. 2.** In het artikel 20, § 1, e), van de bijlage bij hetzelfde koninklijk besluit, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° wordt de omschrijving van de verstrekking 475856 - 475860 vervangen door de volgende omschrijving :

« Controle van de deugdelijkheid en/of herprogrammatie van een eenkamerpacemaker (SSI), met ondervraging van het geheugen en meting van de stimulatie- en gevoeligheidsdrempel, met protocol en tracés »;

2° wordt de omschrijving van de verstrekking 475871 - 475882 vervangen door de volgende omschrijving :

« Controle van de deugdelijkheid en/of herprogrammatie van een tweekamerpacemaker (DDD), met ondervraging van het geheugen en meting van de stimulatie- en gevoeligheidsdrempel, met protocol en tracés »;

3° wordt de omschrijving van de verstrekking 475893 - 475904 vervangen door de volgende omschrijving :

« Controle van de deugdelijkheid en/of herprogrammatie van een hartdefibrillator, met meting van de stimulatie- en gevoeligheidsdrempel en met evaluatie van de performantie van de defibrillator, met protocol en tracés »;

4° wordt de volgende toepassingsregel na de verstrekking 475893 - 475904 ingevoegd :

« De verstrekkingen 475856 - 475860, 475871 - 475882 en 475893 - 475904 kunnen niet onderling gecumuleerd worden. Ze mogen alleen door de geneesheer-specialist voor cardiologie worden aangerekend. Ze zijn maximum tweemaal per kalenderjaar vergoedbaar voor de verstrekkingen 475856 - 475860, 475871 - 475882, en driemaal per kalenderjaar voor de verstrekking 475893 - 475904. Deze beperking is niet van toepassing in het jaar na de implantatie en ook niet bij uitzonderlijke urgentie gedocumenteerd in het medisch dossier. »;

5° worden de volgende verstrekkingen ingevoegd na de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 475893 - 475904 :

« 475930-475941

Herpositioneren van één of meerdere hartelektroden, op een andere dag dan de implantatie . . . . . K 128  
475952-475963

Implantatie langs transveneuze weg van een linker kamer elektrode, verbonden aan een pacemaker of een hartdefibrillator . . . . . K 268 »;

6° het nomenclatuurnummer 476173 - 476184 vermeld in de lijst die op de verstrekking 476652 - 476663 volgt wordt geschrapt.

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

---

<b>NOMENCLATUUR : ARTIKEL 20, § 1, c) (gastro-enterologie)</b> (in voege op 01.02.2009)
--

**12 NOVEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 20, § 1, c), 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. 05.12.2008)**

**Artikel 1.** Artikel 20, § 1, c), 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, [...], wordt gewijzigd als volgt :

1° de omschrijving van de verstrekking 473211-473222 wordt vervangen als volgt :

« Volledige resectie met diathermische lus van één of meerdere poliepen van het colon naar aanleiding van een colonoscopie links of van een volledige colonoscopie »;

2° de volgende verstrekking en toepassingsregel worden ingevoegd na de eerste toepassingsregel die volgt op de verstrekking 473211- 473222 :

« 473955-473966

Bijkomend honorarium voor volledige resectie van één of meerdere poliepen ter gelegenheid van één van volgende verstrekkingen 473130-473141 of 473174-473185 K 40

De verstrekking 473955-473966 mag enkel gehonoreerd worden wanneer ze wordt verricht door een geneesheer die is erkend als geneesheer-specialist voor gastro-enterologie. »

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

---

<b>NOMENCLATUUR : ARTIKEL 20, § 1, g) (reumatologie)</b> (in voege op 01.02.2009)
--

**12 NOVEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 20, § 1, g), 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. 04.12.2008)**

**Artikel 1.** In artikel 20, § 1, g), 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 het koninklijk besluit van 9 oktober 1998, worden na het opschrift « De verstrekkingen die tot het specialisme reumatologie (FO) behoren » de volgende verstrekking en toepassingsregel ingevoegd :

« 478030 - 478041

Standaardevaluatie van het actief ziekteproces, de evolutie en de prognose, door de geaccrediteerde geneesheer-specialist voor reumatologie, bij een patiënt met chronisch inflammatoir reumatisch lijden, met behandelingsplan en schriftelijk verslag aan de huisarts ..... K 55

De verstrekking 478030 - 478041 mag maximaal twee maal per jaar worden aangerekend bij een patiënt met reumatoïde artritis, spondylitis ankylosans of psoriatische artritis welke behandeld wordt met disease modifying antirheumatic drugs (DMARD's) of met een biologische basisfarmacotherapie (« biologicals ») en mag worden gecumuleerd met het honorarium voor de raadpleging 102152 of 102653.

Het resultaat van de standaardevaluatie (klinisch-reumatologisch, patiëntevaluatie, interpretatie en behandelingsplan) wordt bewaard in het patiëntendossier. ».

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

## NOMENCLATUUR PEDIATRISCHE VERSTREKKINGEN (in voege op 01.01.2009)

**14 NOVEMBER 2008.** - Koninklijk besluit tot wijziging, wat sommige pediatrie verstrekkingen betreft, 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. 28.11.2008)

**Artikel 1.** In artikel 12, § 3, 2°, d), 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, [...], worden de rangnummers « 211175-211186 » en « 211190-211201 » ingevoegd na de rangnummers « 211131-211142 ».

**Art. 2.** In artikel 13 van dezelfde bijlage, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1°. in § 1 worden de volgende verstrekkingen en toepassingsregels ingevoegd, na de verstrekking 211035-211046 :

« Installatie en toezicht op positieve drukbeademing via nasale weg met behulp van sonde of masker en kunstmatige beademings-apparaat, die minstens continue endonasale drukmeting en bepaling van de FiO2 toelaat, onder continue bewaking van de oxygenatie, van de ventilatie en het hartritme :

211175-211186

van dag 1e tot en met 28e, per dag . . . . . N 100

211190-211201

vanaf dag 29e, per dag . . . . . N 40

De verstrekkingen 211175-211186 en 211190-211201 zijn enkel aanrekenbaar door een geaccrediteerde geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde, bij pasgeborene in erkende bedden NIC of in N\* functie (in de N\* functie beperkt tot de 1ste levensweek bij pasgeborenen met een geboortegewicht meer dan 1500 gram en/of een zwangerschapsleeftijd van meer dan 31 weken) wanneer één of meerdere van volgende indicaties aanwezig zijn en gedocumenteerd worden in het medisch dossier :

- neonataal respiratoir « distress » syndroom met aangetoonde afwijkingen in de bloedgasen (arterieel of capillair),
- recurrenente apnoe bij een prematuur,
- endoscopisch gedocumenteerde tracheomalacie, met ademhalingsinsufficiëntie,
- status post extubatie na kunstmatige beademing.

De verstrekkingen 211175-211186 en 211190-211201 mogen worden gecumuleerd met het continu toezicht op de hartfunctie 212015-212026, 212030-212041, 214012-214023, 214034-214045.

De kost voor de sonden en de maskers is niet inbegrepen in de honoraria voor de verstrekkingen 211175-211186 en 211190-211201. ».

2°. in § 2,

a) in 3°, worden de woorden « en 211035-211046 » vervangen door de woorden « , 211035-211046, 211175-211186 en 211190-211201 en de toepassingsregels voor deze verstrekkingen »;

b) in 6°, worden de rangnummers « 211175-211186 » en « 211190-211201 » ingevoegd na de rangnummers « 211131-211142 »;

c) in 7°, eerste lid, worden de rangnummers « 211175-211186 » ingevoegd na de rangnummers « 211131-211142 ».

**Art. 3.** In **artikel 17**, § 1, 12°, van dezelfde bijlage, [...], worden in de omschrijving van de verstrekking 459104, de rangnummers « 211175-211186 » en « 211190-211201 » ingevoegd na de rangnummers « 211131-211142 ».

**Art. 4.** In **artikel 17bis**, § 1, 5., van dezelfde bijlage, [...], worden in de omschrijving van de verstrekking 460003, de rangnummers « 211175-211186 » en « 211190-211201 » ingevoegd na de rangnummers « 211131-211142 ».

**Art. 5.** In **artikel 17ter**, A., 9°, van dezelfde bijlage, [...], worden in de omschrijving van de verstrekking 469103, de rangnummers « 211175-211186 » en « 211190-211201 » ingevoegd na de rangnummers « 211131-211142 ».

**Art. 6.** In **artikel 20**, § 1, d), van dezelfde bijlage, [...], en f) [...] worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in d),

a) de volgende verstrekking wordt ingevoegd, na de verstrekking 474456-474460 :

« 474692-474703

Plaatsing van een perifeer ingebrachte centrale veneuze catheter (PICC) bij de pasgeborene verblijvend in een NIC dienst of in een N\* functie . . . . . K 30 »;

b) in de tweede toepassingsregel die volgt op de verstrekking 474552-474563, worden de rangnummers « 211175-211186 » en « 211190-211201 » ingevoegd na de rangnummers « 211131-211142 ».

2° in f), in de tweede toepassingsregel die volgt op de verstrekking 477374-477385, worden de rangnummers « 211175-211186 » en « 211190-211201 » ingevoegd na de rangnummers « 211131-211142 ».

**Art. 7.** In **artikel 25**, § 1, van dezelfde bijlage, [...] en in § 2, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1,

a) de betrekkelijke waarde « C 27 » van de verstrekking 599303 wordt vervangen door « C 150 »;

b) de volgende verstrekking en toepassingsregel worden na de verstrekking 599303 ingevoegd :

« 599970-599981

Toezicht met permanente aanwezigheid van een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde in een N\* dienst met het oog op de ondersteuning van en controle op de vitale functies van een pasgeborene in het kader van de voorbereiding voor overbrenging naar een NIC dienst . . . . . C 102

De verstrekking 599970-599981 kan gecumuleerd worden met zowel de verstrekkingen van artikel 13 als met andere technische verstrekkingen die nodig zijn voor de ondersteuning van en de controle op de vitale functies van de pasgeborene. »;

2°. in § 2,

a) in a), 4°, worden de rangnummers « 599970-599981 » ingevoegd na de rangnummers « 599443 en 599465 »;

b) in c), de tweede toepassingsregel wordt vervangen door de volgende toepassingsregel, luidende :

« Elk van de verstrekkingen 599970-599981 en 599303 mag slechts éénmaal aangerekend worden per pasgeborene ».

**Art. 8.** In **artikel 26**, § 4, van dezelfde bijlage, [...], wordt het derde lid vervangen door de volgende bepaling :

« Van de verstrekkingen 211013-211024, 211035-211046, 211175-211186, 211190-211201, 211116-211120, 211131-211142, 212015-212026, 212030-212041, 212516-212520, 212531-212542, 213010-213021, 213032-213043, 214012-214023 en 214034-214045, mag alleen voor de verstrekkingen 211013-211024, 211175-211186, 211116-211120, 212015-212026, 212516-212520, 213010-213021 of 214012-214023 bijkomend honorarium voor 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag verrichte dringende technische verstrekkingen worden betaald, voor zover de installatie is verricht tijdens de vermelde uren en dagen. »

**Art. 9.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

**NOMENCLATUUR KINDER- EN JEUGDPYCHIATRIE**  
(in voege op 01.01.2009)

**14 NOVEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 2, I. en K., en 25, § 1, 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. 28.11.2008)**

**Artikel 1.** In **artikel 2** 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, zoals tot op heden gewijzigd, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1°. In I., wordt de verstrekking 109675 geschrapt;

2°. In K.,

a) worden de volgende vertrekking en toepassingsregels ingevoegd vóór de verstrekking 109410 :

« 109675

Psychotherapeutische behandeling van een kind of jongere van minder dan 18 jaar door de geaccrediteerde geneesheer-specialist in de psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, via mediatietherapie in aanwezigheid en met medewerking van één of meerdere volwassenen, die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding en wiens na(a)m(en) vermeld staan in het schriftelijke verslag per psychotherapeutische zitting . . . . N 40 + . . . . Q 90

Deze verstrekking vereist steeds de aanwezigheid van hoger genoemde volwassene(n), al dan niet samen met het kind (de patiënt).

Voor psychotherapeutische behandeling van het kind alleen moet de verstrekking 109513 of 109631 worden aangerekend. »;

b) worden de drie eerste toepassingsregels die volgen op de verstrekking 109410 vervangen door de volgende toepassingsregels :

« De verstrekking 109410 veronderstelt, per zitting, minstens één persoonlijk contact van minimum 60 minuten met het kind of jongere en/of de verantwoordelijke(n) voor diens opvoeding en dagelijkse begeleiding. De verstrekking kan daarnaast ook worden aangewend voor de eventuele contacten voor heteroanamnese van en instructies aan derden (huisarts, school, opvangcentrum) en voor de supervisie en gezamenlijke interpretatie van de nodige psychologische testonderzoeken.

De volledige psychiatrische evaluatie dekt naast het uitgebreid onderzoek van een kind of jongere van minder dan 18 jaar, de opmaak van een gedetailleerd behandelingsplan, één of meerdere adviesgesprekken met verantwoordelijke(n) voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding en de inleiding tot de behandeling.

De verstrekking 109410 mag maximum zeven maal per volledige evaluatie worden aangerekend. De eventuele herhaling van deze volledige kinder- en jeugdpsychiatrische evaluatie vereist opnieuw een voorschrift van de behandelende geneesheer. ».

**Art. 2.** In **artikel 25**, § 1, van dezelfde bijlage [...], worden de volgende verstrekking en toepassingsregels ingevoegd, na de derde toepassingsregel die volgt op de verstrekking 597741 :

« 597682

Honorarium voor het pluridisciplinair overleg op de verpleegafdeling onder leiding van de geaccrediteerde geneesheer-specialist in de psychiatrie, voor een rechthebbende jonger dan 18 jaar gehospitaliseerd in een dienst K, met verslag . . . . C75 +

. . . . Q30

De honoraria voor de verstrekking 597682 mogen worden gecumuleerd met de honoraria voor toezicht.

De verstrekking 597682 mag eenmaal per week worden aangerekend.

Aan het pluridisciplinair overleg nr. 597682 dient, buiten de geneesheer-specialist in de psychiatrie, de psycholoog of orthopedagoog en de verpleegkundige of opvoeder, welke instaat voor de dagelijkse begeleiding, minstens een medewerker met een van volgende bekwamingen deel te nemen : maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige, ergotherapeut, kinesitherapeut, logopedist of leerkracht.

Een verslag van dit overleg met vermelding van de deelnemers maakt deel uit van het patiëntendossier. De resultaten van dit overleg worden eveneens besproken met de patiënt en/of de volwassene(n), instand voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding. »

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

## NOMENCLATUUR – LOGOPEDISCHE VERSTREKKINGEN – PEDIATRISCHE NEUROLOGIE

**21 OKTOBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, 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. 31.10.2008)**

**Artikel 1.** In artikel 36 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, [...] worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1, derde lid, worden de woorden « maximum 7 keer » vervangen door de woorden « maximum 5 keer »;

2° In § 4, 2°, wordt het negende lid vervangen als volgt : « Voor de logopedische behandelingen waarin is voorzien onder § 2, f), moet het voorschrift worden opgemaakt door een geneesheer-specialist in de pediatrie neurologie ».

**Art. 2.** De bepalingen van dit besluit zijn van toepassing op alle nieuwe aanvragen die vanaf de datum van zijn inwerkingtreding bij de adviserend geneesheren toekomen.

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

### OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURSWIJZIGINGEN

**Artikel 27 (Bandagisten) :** K.B. van 14.10.2008 (B.S. d.d. 07.11.2008 – p. 58616)

**Artikel 30 (Opticiens) :** K.B. van 17.10.2008 (B.S. d.d. 07.11.2008 – p. 58621)

**Artikel 35bis (Implantaten) :** K.B. van 12.11.2008 (B.S. d.d. 05.12.2008 – p. 64812)

*De volledige teksten zijn beschikbaar op de website en kunnen ook bekomen worden op eenvoudige aanvraag bij het Secretariaat.*

### GROOTMOEDER, WAT HEBT U EEN DUUR HOORAPPARAAT!

Persbericht KCE (03/11/2008)

**Wanneer de Belg bij het ouder worden slechter gaat horen en een hoorapparaat koopt, dan kiest hij dikwijls voor de duurdere soorten. Bovenop het bedrag dat de ziekteverzekering betaalt, legt hij per hoorapparaat vaak tussen de 500 en 1000 € uit eigen portemonnee bij. Dit bedrag wordt verdubbeld indien hij voor beide oren een hoorapparaat wil. Nochtans bieden dergelijke duurdere en meer gesofistikeerde hoorapparaten voor veel patiënten geen duidelijke voordelen. In een studie die het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) samen met de UCL uitvoerde, worden enkele voorstellen gedaan om die situatie te verbeteren.**

Meer dan de helft van de mensen na de leeftijd van 60 en meer dan 80% van de zeventig plussers kampt, in meer of mindere mate, met een achteruitgang van het gehoor. Dit probleem kan gedeeltelijk worden verholpen met een hoorapparaat.

In België betaalt de ziekteverzekering bijna 500 € terug voor een hoorapparaat aan één oor en ongeveer 950 € voor hoorapparaten aan beide oren, wat vergelijkbaar is met de buurlanden. In deze forfaitaire terugbetaling zijn ook de diensten van de verkoper van het hoorapparaat inbegrepen, die op voorschrift van de neus,-keel -en oorspecialist een reeks gehoortests uitvoert, de instellingen van het apparaat verzorgt en een apparaat meegeeft dat de drager gedurende enkele weken kan testen. Als de patiënt tevreden is over het apparaat zal de neus-, keel -en oorspecialist een voorschrift geven. Daardoor heeft de patiënt dan recht op terugbetaling.

Momenteel zijn er ongeveer 700.000 Belgen die voor terugbetaling in aanmerking zouden kunnen komen en naar schatting zal dit aantal door de veroudering in 2030 tot 1 miljoen stijgen. Jaarlijks schaffen slechts ongeveer 25.000 mensen zich een hoorapparaat aan, dus lang niet iedereen die voor terugbetaling in aanmerking komt koop effectief een hoorapparaat. Meer dan 60% kiest daarbij voor een hoorapparaat aan beide oren.

De ziekteverzekering betaalt jaarlijks 20 miljoen euro voor deze hoorapparaten, of ongeveer 0,1 % van het totale jaarbudget. In vergelijking met andere Europese landen zijn hoorapparaten in België gemiddeld iets duurder, waarschijnlijk door de geringe prijsconcurrentie tussen de 6 fabrikanten en de individuele verdelers. Bovendien blijken de Belgische patiënten vooral te kiezen voor de duurdere hoorapparaten van meer dan 1000 €, dus meer dan tweemaal het bedrag van de terugbetaling, terwijl ze niet noodzakelijk een voordeel halen uit een duurder apparaat. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat de Belgische verkoper een percentage krijgt van de prijs van het verkochte hoorapparaat. Hij/zij heeft er dus financieel belang bij om duurdere apparaten aan te prijzen. Om dit te vermijden pleit het KCE ervoor de terugbetaling van de diensten van de verkoper te scheiden van die van het hoorapparaat.

Daarnaast zouden de patiënten verschillende hoorapparaten moeten kunnen uittesten, ook de goedkoopste die geen opleg van de patiënt vereisen. Zo kunnen de patiënten de beste keuze maken in functie van hun financiële situatie, levensstijl en gehoorvereisten.

Tenslotte stelt het KCE voor om door middel van openbare aanbestedingen de fabrikanten van hoorapparaten met elkaar te laten concurreren en zo de prijzen te laten dalen tot het niveau van de buurlanden.

**De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.91A.**

### **6 % VAN DE BELGISCHE GEHOSPITALISEERDEN KAMPT MET EEN ZIEKENHUISINFECTIE, EEN RESULTAAT VERGELIJKBAAR MET DAT VAN DE BUURLANDEN**

Persbericht KCE (12/11/2008)

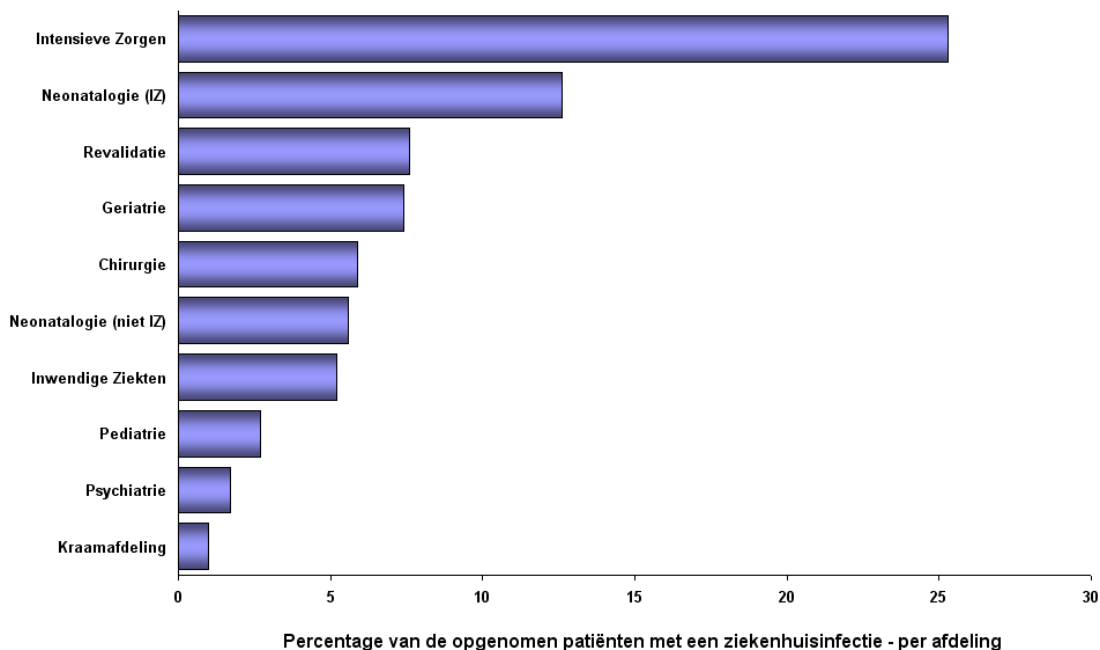
**Een nationale meting door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in samenwerking met de ziekenhuishygiënisten toont aan dat 6% van de Belgische ziekenhuispatiënten een ziekenhuisinfectie heeft. Vooral de intensieve afdelingen voor volwassenen en pasgeborenen scoren hoog. Dit resultaat is te vergelijken met dat van de buurlanden. Het KCE beveelt aan meer middelen te voorzien voor de strijd tegen de ziekenhuisinfecties in het kader van een continue kwaliteitsverbetering binnen de ziekenhuizen. Deelname aan registratiestudies kan dan ook verplicht worden voor alle ziekenhuizen.**

Een ziekenhuisinfectie of een nosocomiale infectie is een infectie die een patiënt oploopt tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Het gaat vooral om infecties van de urinewegen, de luchtwegen, de chirurgische wonde, of in de bloedbaan (een septicemie). Door die complicaties moeten sommige patiënten langer in het ziekenhuis blijven. In een aantal gevallen kunnen ze er zelfs aan overlijden. Elk ziekenhuis ontvangt een beperkte financiering voor een ziekenhuishygiëne team. Deze artsen en verpleegkundigen trachten de infecties te beperken door het stimuleren van preventieve maatregelen zoals handhygiëne en een correct gebruik van antibiotica. Men schat dat met preventieve maatregelen ongeveer 30% van de ziekenhuisinfecties vermeden kunnen worden.

Het KCE onderzocht hoe vaak de nosocomiale infecties in de Belgische ziekenhuizen voorkomen. 63 ziekenhuizen, dus iets meer dan de helft, waren bereid om aan het onderzoek mee te werken. In samenwerking met de ziekenhuishygiëne teams, werd er een momentopname gemaakt, waarbij op 543 afdelingen meer dan 17000 patiënten gescreend werden. De ziekenhuizen ontvingen nadien een feedback van hun resultaten.

6% van alle opgenomen patiënten kampte met een ziekenhuisinfectie, binnen die groep had 13 % er meer dan één. Dit resultaat is vergelijkbaar met recente prevalentie cijfers uit Nederland en Frankrijk. Op basis van dit prevalentie onderzoek schat het KCE dat er elk jaar meer dan 100 000 patiënten een ziekenhuisinfectie oplopen.

De afdelingen voor intensieve zorgen hebben het hoogste aantal geïnfecteerde patiënten: 1 op 4 volwassenen, en bijna 13% van de pasgeborenen. Zij hebben vooral te kampen met longinfecties en infecties in de bloedbaan. De vrouwen in de kraamklinieken lopen het laagste risico op een infectie (1%).



Ook het soort infectie varieert sterk per afdeling. Infecties van de bloedbaan en longontstekingen worden vooral gezien op de afdelingen inwendige ziekten en intensieve zorgen. Op revalidatie en geriatrie komen urineweginfecties vaak voor. Op chirurgie zijn wondinfecties dan weer courant.

Het KCE vindt dat er een voortdurende aandacht voor deze infecties moet zijn, vooral op de afdelingen intensieve zorgen en neonatale. Een bijkomende financiering dient te worden voorzien voor de ziekenhuizen die actief meewerken in de strijd tegen ziekenhuisinfecties in het kader van een continue kwaliteitsverbetering. Het is ook aan te bevelen om op regelmatige basis nationale prevalentiestudies uit te voeren met een verplichte deelname voor alle ziekenhuizen. Om de impact van die studies maximaal te maken moeten ze snel feedback krijgen over hun resultaten.

Deze studie kent nog een vervolg: in een tweede deel zal het KCE berekenen hoeveel ziekenhuisinfecties de gezondheidszorg jaarlijks kosten oa. aan extra verzorging en langere opnameduur en hoeveel patiënten eraan overlijden.

**De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.92A.**

**COMPLICATIES DOOR ZIEKENHUISVERBLIJF :  
ADMINISTRATIEVE GEGEVENS KUNNEN NAUWKEURIGER**

Persbericht KCE (17/11/2008)

**Om het aantal complicaties veroorzaakt door de zorgverlening tijdens een ziekenhuisverblijf of 'adverse events' te verminderen moet men ze eerst in kaart kunnen brengen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelde samen met het Universitaire ziekenhuis (CHU) van Luik en de KULeuven vast dat de Belgische administratieve gegevens mbt de ziekenhuisopnames hiervoor nog niet nauwkeurig genoeg zijn. Toch kunnen ze de aanzet geven tot een kwaliteitsverbetering van de zorgen die aan de patiënt worden verleend.**

Tijdens een verblijf in het ziekenhuis kan er zich een complicatie voordoen, een zgn 'adverse event' (AE), een algemeen aanvaarde Engelse term in de gezondheidssector. Een AE wordt vooral veroorzaakt door de manier waarop de zorgverlening is georganiseerd en minder door de ziekte van de patiënt. Goed gekende voorbeelden zijn doorligwonden, longembolie, wondinfectie of bloedvergiftiging na operatie. Een AE kan het verblijf van de patiënt verlengen, maar ook zijn invaliditeit en zelfs zijn overlijden veroorzaken. Internationale studies schatten dat tussen de 3 en 17 % van de opgenomen patiënten ermee te kampen heeft. De KCE studie stelt vast dat bijna ¾ van de AE's kunnen worden vermeden. Er is dus nog ruimte om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Om de zorgprocessen te verbeteren en zo het aantal AE's te verminderen moeten we er wel een idee van hebben waar en hoe vaak ze zich voordoen. Alle medische dossiers nauwkeurig nakijken zou teveel tijd kosten. Een beter alternatief is om administratieve databanken te gebruiken die onmiddellijk beschikbaar zijn. Op die manier zou een eerste stap naar kwaliteitsverbetering in de ziekenhuizen snel kunnen worden gezet.

Het KCE onderzocht de bruikbaarheid van de Belgische administratieve gegevens mbt ziekenhuisopnames voor de opsporing van AE's, een primeur voor België. Spijtig genoeg blijkt dat de gegevens daarvoor vandaag niet nauwkeurig genoeg zijn: zo maken ze onvoldoende het verschil tussen een AE dat zich voordeed tijdens het ziekenhuisverblijf en een AE dat al aanwezig was bij de opname. Daarnaast is het niet altijd duidelijk of men te maken heeft met een AE of een complicatie die door de ziekte van de patiënt werd veroorzaakt.

Het KCE pleit daarom voor een meer nauwkeurige en vollediger codering van de AE's, waarbij systematisch het volledige medische dossier van de patiënt zou moeten worden gebruikt. Daarnaast is verder onderzoek over de prevalentie van AE's in België nodig, want vandaag bestaan er daarover weinig gegevens.

**De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.93A.**

## MIC (MATERNAL INTENSIVE CARE) BEDDEN NIET OPTIMAAL GEBRUIKT

Persbericht KCE (21/11/2008)

**Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht samen met een universitaire onderzoeksgroep (UGent, UZLeuven, KULeuven, ULB en ULg) en het Intermutualistisch agentschap het adequaat gebruik van publieke middelen door de MIC (Maternal Intensive Care) centra. Slechts 40 % van de zwangere risicopatiënten wordt effectief opgenomen in een MIC-centrum en de MIC-bedden zijn vaak onderbenut. Een belangrijke oorzaak is de onduidelijke opname –en doorverwijspolitiek.**

Sinds 1996 hebben 17 van de 106 Belgische materniteiten MIC-bedden en een dienst voor intensieve neonatale zorg. Het aantal MIC-bedden is onafhankelijk van de grootte van de materniteit en varieert van 8 tot 20 per materniteit. In de praktijk vormen ze geen aparte afdeling, maar zorgen ze voor een bijkomende financiering, waardoor de staf kan worden versterkt met vroedvrouwen die gespecialiseerd zijn in de zorg voor hoogrisicozwangerschappen..

De MIC-bedden zijn bedoeld voor de intensieve observatie van vrouwen met een hoogrisicozwangerschap, voor vrouwen die een hooggespecialiseerde verzorging na de bevalling nodig zullen hebben of wiens baby na de geboorte intensieve neonatale zorg nodig zal hebben. Om verwarring te vermijden met patiënten van de klassieke intensieve zorg diensten spreken de onderzoekers liever van "Intermediate Care" of IC-patiënten.

De wetgever heeft niet precies omschreven welke indicaties moeten leiden tot een opname in een MIC-bed. Het gevolg is dat er tussen de ziekenhuizen grote verschillen bestaan in het opname –en doorverwijsbeleid. Globaal wordt slechts 40% van de IC-vrouwen effectief opgenomen in een MIC-centrum. Voor sommige provincies is het percentage echter veel lager: 15 tot 18 % in Namen, West-Vlaanderen en Luxemburg. Tachtig percent van de zeer prematuur geboren kinderen komen ter wereld in een MIC- centrum, maar er zijn grote verschillen. Sommige provincies registreren een veel lager aantal: van ongeveer 65% in West-Vlaanderen, Henegouwen en Luxemburg tot maar 50% in Namen. Het aantal transfers van vrouwen van materniteiten zonder MIC-centrum naar materniteiten mét MIC-centrum is relatief laag, behalve voor de universitaire MIC-diensten.

Naast het gebrek aan duidelijke richtlijnen mbt doorverwijzing is er een ongelijke geografische spreiding van de MIC-centra. Ze zijn vooral aanwezig in de grote steden. Als risicopatiënten niet door hun arts worden doorverwezen naar een MIC-centrum bevallen ze dichtbij hun woonplaats. Dit kan gevaarlijk zijn, want problemen tijdens en kort na de geboorte zijn meestal dringend.

De MIC-bedden zijn globaal gezien onderbezet, al varieert de bezettingsgraad sterk. MIC-centra krijgen meer te maken met vroeggeboorte, doodgeboorte en meerlingen. In Brussel, Vlaams Brabant en in West- en Oost-Vlaanderen hebben ze minder gegoede patiënten.

Het KCE pleit voor duidelijke indicaties en richtlijnen voor o.a. de huisarts, gynaecoloog en de derdelijnscentra, waarin omschreven wordt wanneer zwangere vrouwen moeten worden doorverwezen naar een MIC-centrum. Daarnaast zouden de MIC-centra moeten zorgen voor een betere registratie van hun

patiënten. Op die manier kan men nagaan of de richtlijnen effectief worden opgevolgd. Om de overbrenging van risicopatiënten naar de MIC-centra te garanderen zouden er financiële sancties of beloningen voor de ziekenhuizen moeten worden voorzien. Verder zou de behoefte aan MIC-bedden aan de hand van een kwalitatieve studie moeten worden onderzocht en aangepast worden aan de reële noden. Tenslotte raadt het KCE aan om de geografische spreiding van de MIC-centra te herzien, zodat de afstanden voor de zwangere vrouwen overal relatief gelijk zijn.

**De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.94A.**

---

## WETENSCHAPPELIJKE PRIJZEN

De tweejaarlijkse **Prijs Studiecentrum Prinses Joséphine-Charlotte ter bestrijding van virale infecties**, ten bedrage van € 12.500, moedigt het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de virologie aan.  
**Indiendatum : 2 februari 2009.**

*Reglementen en procedures : [www.fwo.be](http://www.fwo.be)*

---

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

### **SYMPOSIUM "INTENSIVIST KEN UW PLAATS"**

dinsdag 17 februari 2009 – Motel REST INN (Carestel) Groot-Bijgaarden  
*(ter gelegenheid van de jaarlijkse algemene vergadering  
van de Belgische Beroepsvereniging van Geneesheren- Specialisten in Intensieve Zorgen)*

Het is de bedoeling de professionele verantwoordelijkheden en de "quality time" van de intensivist toe te lichten. De interacties tussen de intensivist enerzijds en de collega's, directie, administratie en maatschappij anderzijds worden immers meer en meer complex.

Sprekers : – Prof. Frank Weekers, hoofdgeneesheer Virga Jesse ziekenhuis Hasselt  
– Prof. Stefaan Callens, jurist medisch recht KU Leuven  
– Dr. Jozef De Bie, liaisonpsychiater ZOL Genk

De accreditering is aangevraagd

De inschrijving is gratis voor leden – Niet leden betalen 5 € ter plaatse.

---

### ***Advanced Life Support Provider Course (European Resuscitation Council)***

De cursussen gaan door op:

Donderdag 12 tot en met zaterdag 14 maart 2009 (kasteel De Renesse Oostmalle)  
Donderdag 18 tot en met zaterdag 20 juni 2009 (kasteel De Renesse Oostmalle)  
Donderdag 17 tot en met zaterdag 19 september 2009 (kasteel De Renesse Oostmalle)  
Donderdag 17 tot en met zaterdag 19 december 2009 (kasteel De Renesse Oostmalle)

Info : [patrick.druwe@telenet.be](mailto:patrick.druwe@telenet.be), tel. : 0473 49 60 62

Accreditering : 16 CP (rubriek 1), 1 CP (rubriek 6 : ethiek en economie)

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

---

## 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

05151\* **RADIOLOOG** biedt zijn diensten aan voor **VERVANGING** bij voorkeur in privaat praktijk tel. 059.506282 of gsm. 0473.677009 / 0477863830.

- 07068\* **ANESTHESIST** met ruime ervaring in algemene en locoregionale technieken, pijnkliniek en intensieve zorgen, is bereid om vervangingen, inslapende wachten en urgentiewachten te doen over heel het land. Tel. 0477/45.29.50
- 08099 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 08103 **JODOIGNE** : Centre Médecine Spécialisée, opgericht in januari 2007, zoekt nog volgende geneesheer specialisten: **ALGEMENE CHIRURG, HARTCHIRURG, OFTALMOLOOG, GYNAECOLOOG, ORTHODONTIST, PLASTISCH CHIRURG, PEDIATER**. Zelfstandig statuut met vrije activiteitinvulling. Ambulante polikliniek, gesitueerd in het centrum van Geldenaken (Jodoigne). Adres: Av. des Combattants 19, 1370 Jodoigne. Voor meer inlichtingen: tel 010/24.30.19.
- 08108 **FRANCE** : Deux **DERMATOLOGUES** exerçant en association à Denain, près de Valenciennes, dans le Nord de la France, cherchent successeurs en raison d'une cessation d'activité fin décembre 2008. Importante activité. Possibilité d'installation future en zone franche. Possibilité d'activité hospitalière. Accès possible à un plateau laser vasculaire et épilatoire. Puvathérapie générale et locale. Adresse : 2 rue J. Jaurès 59220 Denain, France. Tél. : 00.33.3.27.44.30.23.
- 08109 **FRANCE** : Cabinet de **GASTRO-ENTEROLOGIE** privé à Hazebrouck (Flandre française à hauteur de Ypres, à 1 h 30 de Bruxelles par autoroute) cherche un remplaçant et collaboration ultérieure. Grosse activité (max. ± 60 consultations par 1/2 journée min. suivant vos desiderata). Endoscopie vidéo, échographie abdominale, radiologie digestive. Renseignements en France : Dr Denis Maetz 00.33.3.28.48.68.68 ou portable 00.33.6.14.27.30.28, en Belgique B. Defer 02.653.54.81 ou portable 0477.74.04.06
- 08110 **TE KOOP** : **ARTIKELN RADIOLOGIE**. Bij sluiten van privaatpraktijk en omwille van pensionering zijn talrijke welonderhouden accessoires beschikbaar, wo. negatoscopen, loden schorten en handschoenen, donker kamermeubilering, full-spine cassette met rooster, densitometer en sensitometer (mammo screening) e.a. Te bevragen telef. 052/46.12.12 – G.S.M. 0498/47.83.22.
- 08111 **WEGENS PENSIONERING** zoek ik een overnemer van mijn private praktijk **RADIOLOGIE** in de Gentse regio. De praktijk is beschikbaar vanaf 01/10/2009 of volgens onderlinge overeenkomst. Voor meer informatie: 0477 487283.
- 08117 **TE KOOP** : Gent, Fortlaan, vlakbij St. Pieters station, wegens stopzetting praktijk, zeer ruim appt (312 m² gvlrs, 85 m² keld, 2 gar + 4 autostpl), heden in gebruik vr rxdiag (voorheen fysioprakt met meerder ruimten voor kine). T 0475/98.70.35.

## Inhoudstafel

• Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 .....	1
• Persbericht 4 <sup>de</sup> Conferentie MS7 « Wederzijdse erkenning van de specialismen » (Rome (Italië) – 09-11/11/2008) .....	6
• Valse bommeldingen zijn reeds in de strafwet opgenomen. Wanneer gebeurt dit voor valse patiëntaanmeldingen? .....	7
• Antwoord op het perscommuniqué van het KCE (26/09/2008) over de keuze van het type revalidatie in België .....	8
• Nomenclatuur : artikelen 14, e) (heelkunde op de thorax) & 20, § 1, e) (cardiologie) .....	10
• Nomenclatuur : artikel 20, § 1, c) (gastro-enterologie) .....	11
• Nomenclatuur : artikel 20, § 1, g) (reumatologie) .....	11
• Nomenclatuur pediatrie verstrekingen .....	12
• Nomenclatuur kinder- en jeugdpsychiatrie .....	14
• Nomenclatuur – logopedische verstrekingen – pediatrie neurologie .....	15
• Overzicht diverse nomenclatuurswijzigingen .....	15
• Grootmoeder, wat hebt u een duur hoorapparaat! (Persbericht KCE – 03/11/2008) .....	15
• 6 % van de Belgische gehospitaliseerden kampt met een ziekenhuisinfectie, een resultaat vergelijkbaar met dat van de buurlanden (Persbericht KCE – 12/11/2008) .....	16
• Complicaties door ziekenhuisverblijf : administratieve gegevens kunnen nauwkeuriger (Persbericht KCE – 17/11/2008) .....	17
• MIC (Maternal Intensive Care) bedden niet optimaal gebruikt (Persbericht KCE – 21/11/2008) ..	18
• Wetenschappelijke prijzen .....	19
• Wetenschappelijke vergaderingen .....	19
• Aankondigingen .....	19

**HET VBS WENST U  
EEN GELUKKIG EN VREUGDEVOL 2009 !**