
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° 5 / JULI 2002

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

NIEUWE CONVENTIETARIEVEN OP 1 JULI 2002

De tabellen met de nieuwe tarieven in Euro die in voege treden op 1.07.2002, vindt u op onze webiste www.vbs-gbs.org.

Het betreft de uitgestelde indexaanpassing van 2,82% voor de conventie - erelonen en terugbetalingstarieven m.b.t. volgende rubrieken: gewone technische verstrekkingen, verlossingen, algemene speciale verstrekkingen, anesthesiologie, reanimatie, heelkunde, radiotherapie en radiumtherapie, inwendige geneeskunde, dermato - venerologie, pathologische anatomie, nacht-, WE- en feestdagsupplementen, genetische onderzoeken en percutane interventionele verstrekkingen.

HET SCOREBORD VAN HET ONDERDEEL B7, OF HET RECHTSGEVOEL VAN EEN MINISTER

Dat de minister van sociale zaken er niet voor terugdeinst om een loopje te nemen het gelijkheidsprincipe wisten we al geruime tijd. Met het KB van 25 april 2002 (B.S. 30.05.2002) "betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen", loopt het andermaal de spuigaten uit, maar dan in een veelvoud van wat we tot nog toe mochten beleven. Niet alleen moeten de artsen opdraaien voor de besparingswoede in hun eigen sector en in die van de algemene ziekenhuizen. Nu moeten ze ook nog instaan voor de financieringsprivileges van de universitaire ziekenhuizen. "B7" heet de nieuwe vondst. Volkomen legaal en transparant volgens minister Vandenbroucke. Netjes is echter anders.

1. Overconsumptie loont ... voor sommigen

Op het ogenblik dat in het wetsontwerp op de individuele responsabilisering van de zorgverstrekkers een "selectief" budgettair beleid uitwerkt via zware strafmaatregelen om de "overconsumptie" te bestrijden, op het moment dat een nieuwe financiering voor de klinische biologie wordt ingevoerd, krijgen de zeven begunstigen van het onderdeel B7 van de nieuw berekende verpleegdagprijs een onvoorwaardelijke garantie: ze mogen gewoon behouden wat ze normaliter zouden moeten inleveren.

Motivering van de maatregel: objectief bekeken, geen. Zonder enige gêne noemde Frank Vandenbroucke dat onlangs "de omzetting in een zuivere regeling van een oude, verdoken (sic!) maar onmisbare subsidiestroom..." (De Standaard, 28.05.2002).

Dat "overconsumptie" door de Overheid voor het ene ziekenhuis beschouwd wordt als "een verdoken subsidie", terwijl ze datzelfde feit voor andere ziekenhuizen beteugelt en bestraft, bewijst dat sommige hedendaagse politici begrippen als "democratie" en "rechtstaat" gefundeerd zien op ... adjectieven, zoals bvb. "zuiver" en "onmisbaar". Zijn wij dan de enigen die in de waan verkeren dat "verdoken financiering" niet kan? Ziet de Dienst Geneeskundige Controle dan niet in dat hier openlijk de draak wordt gestoken met artikel 73 van de G.V.U.- wet? Mag pathologie en Evidence Based Medicine inhoudelijk verschillen al naargelang de plaats waar ze behandeld of bedreven wordt?

Art 79, §1, 4. van het nieuwe K.B. op de verpleegdagprijs voorziet immers onomwonden dat vanaf 01.07.2002 als subdeel van het onderdeel B7(A): "de bedragen die equivalent zijn met de vermindering van de totale budgetten voor klinische biologie en medische beeldvorming en de partiële budgettaire doelstellingen voor dialyse en de forfaitaire liqdagen (wat de niet-chirurgische daghospitalisatie betreft), die toegepast zal worden bij wijziging in de financieringsregels in deze verschillende sectoren op dusdanige wijze dat de weerslag voor de betrokken ziekenhuizen geneutraliseerd wordt voor zover deze bedragen tot een verhoging van het globaal budget van de ziekenhuizen bedoeld in artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen aanleiding geven".

Als bijkomend element dient vermeld dat volgens artikel 94 van de ziekenhuiswet de medische honoraria niet begrepen zijn in het budget van financiële middelen van het ziekenhuis. Ook de "bijkomende toelage" die via de wet van 14.01.2002 werd ingelast in artikel 102 van de ziekenhuiswet, en die bedoeld is voor de specifieke taken van de universitaire ziekenhuizen, "inzonderheid op het gebied van de patiëntenverzorging, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe medische technologieën", wijkt niet van deze regel af. Wat hier gebeurt is dus gewoon budgetvermenging. Maar hoe noemt men dergelijke ingreep als zou blijken dat het onwettig gebeurt?

2. Gratis punten

Het principe van het puntensysteem waarop de nieuwe (zoals de voorgaande) ziekenhuisfinanciering berust, is bedoeld als middel om gelijkheid en evenredigheid in de bedeling van middelen te voorzien. Artikel 97 van de ziekenhuiswet (art.90 van de wet van 14.01.2002) zegt het met volgende woorden: "...teneinde ziekenhuizen met gelijksoortige opdracht en activiteiten werkzaam in gelijkaardige omstandigheden onder dezelfde voorwaarden te financieren."

Daarom lijkt het bijzonder zonderling dat, op het moment van de invoering van het nieuw financieringsstelsel voor de ziekenhuizen, in het onderdeel B7A meteen een subdeel wordt voorzien dat luidt als volgt: "het budgetverschil overeenstemmend met het verschil van de op 30 juni 2002 toegekende punten en de punten dewelke zouden toegekend zijn, indien men de bepalingen van artikel 46 (n.v.d.r. het nieuwe puntensysteem) van dit besluit had toegepast".

Dit zinnetje bewijst ten overvloede dat de financiering hier helemaal niet in evenredigheid gebeurt, maar louter in functie van een vooraf bestaande toestand die van generlei objectieve betekenis kan zijn m.b.t.het ingevoerde systeem. Men past het systeem toe (voor de administratieve lol?) maar handhaaft het oude voor de geprivilegieerde

financiering, deze waarvoor geen enkele verantwoording verschuldigd is. Strikt genomen zouden we er geen probleem mee hebben, ware het niet dat deze middelen afgenomen worden van deze die bestemd zijn voor de ganse sector, die minstens in evenveel en in even grote moeilijkheden verwickeld zit als de universitaire ziekenhuizen, en dat uitsluitend als gevolg van de selectieve besparingswoede vanwege de bevoegde minister.

3. De delen B7A en B7B.

Let wel, het KB voorziet twee categorieën van ziekenhuizen met een B7 onderdeel:

- B7A: de universitaire ziekenhuizen, waar het gaat om "*de specifieke kosten voor de specifieke taken op het gebied van de patiëntenzorg, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten*".

- B7B: een hypothetische categorie van niet-universitaire ziekenhuizen "*die genieten van een financiering voorzien voor de ontwikkeling, de evaluatie en de toepassing van de nieuwe medische technologieën en/of de opleiding van kandidaat-specialisten*".

Buiten het feit dat "klinisch onderricht" en "toegepast wetenschappelijk onderzoek" juridisch niets te maken hebben met de verstrekkingen voorzien in de context van de G.V.U.- wet en dus in geen enkel opzicht in aanmerking zouden mogen komen voor een tussenkomst van de ziekteverzekering, langs welke "omweg" ook, valt het de lezer op dat het enige onderscheid tussen beide categorieën ligt in de zgn. "specifieke taken op het gebied van de patiëntenzorg". Wat hiermee precies bedoeld wordt kan men alleen afleiden uit het verschil in financiering die onder art. 79 wordt voorzien. Blijkbaar ligt die specificiteit uitsluitend in de zonderlinge constructie (zie 1 hierboven) m.b.t. het behoud van oneigenlijke, bovenmatige honoraria voor medische biologie, radiologie, dialyse en ziekenhuisforfaits, die de B7A ziekenhuizen wél, en de B7B ziekenhuizen niet krijgen!

Anderzijds hebben de B7B-ziekenhuizen ook recht op de bescherming tegen het mogelijk verlies n.a.v. de invoering van het nieuwe puntensysteem. Ze behouden het puntenverschil tussen het oude en het nieuwe systeem. Het probleem is evenwel dat deze B7B- ziekenhuizen noch vernoemd, noch aangewezen worden en dus eigenlijk louter hypothetisch blijven. Een vorm van nep - reglementering? Hoe ze hun rechten kunnen verwerven wordt niet gezegd. Alleen waaraan ze moeten voldoen om ze te behouden. Op dit ogenblik is de enige bekende norm terzake voorzien in het financierings - KB zelf: ze moeten voldoen aan de bepalingen van bijlage 12

4. De nepvoorwaarden van bijlage 12

4.1. Financiering van nieuwe medische technologieën.

Om hieraan te beantwoorden moet het ziekenhuis actief meewerken aan onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma's, erkend zijn voor de volledige opleidingen in de medische hoofdspecialismen (welke zijn dat?), de medische honoraria centraal innen, per 3 erkende bedden minstens één voltijds equivalent ziekenhuisarts in functie hebben, bewijzen dat meer dan 70% van de medische activiteit door voltijdse artsen wordt uitgevoerd, voor het geheel van het ziekenhuis de verbintenistarieven toepassen, of bij gebreke, deze van de laatste nationale conventie. Tegen 1 mei van elk jaar (is dit symbolisch bedoeld?) bezorgt de instelling de lijst met de referenties van de wetenschappelijke artikels over de ontwikkeling, evaluatie en toepassing van nieuwe medische technieken gepubliceerd

tijdens de drie voorgaande jaren. Let wel: alleen artikels van voltijdse kaderleden komen in aanmerking.

De minister stelt dan (zelf) een wetenschappelijke commissie aan die de publicaties zal beoordelen en nagaan of de impactfactor ... meer dan 1 punt per 10 bedden bedraagt.

Dat de belangstellende minister zijn bevoegd collega zou verzoeken aanvullende subsidies toe te kennen aan het NFWO om wetenschappelijke artikels over nieuwe medische technologieën te financieren: geen bezwaar. De gedachte van een "1 mei Stichting voor Nieuwe Medische Technologie" met een wetenschappelijk comité samengesteld door de minister zelf, is zelfs schitterend. Mits een mediatiek vleugje gelooft elke Belg erin. Maar het opgelegde systeem is de totale negatie van de fundamentele VUB - ULB ethiek op wetenschappelijk vlak: "Le Libre Examen" - "Het Vrije Onderzoek" .

Wat er ook van zij, artikels schrijven - ook al gebeurt het door voltijdse en geconventioneerde academische zorgverleners wier honoraria centraal worden geïnd - staat nog steeds niet vermeld onder de lijst van de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging van art. 34 van de G.V.U.- wet. Het heeft niet het minste - zelfs niet denkbeeldige - verband met art. 34, 6° "opneming in een ziekenhuis of in een ziekenhuisdienst...ter observatie of behandeling". En de ganse waslijst van voormelde voorwaarden, inclusief de ratio van 1 medische FTE per 3 bedden evenmin.

"De wetenschappelijke impact factor wordt jaarlijks berekend door het "Institut of Scientifique Information" onder de vorm van de "Science Citation Index" en gepubliceerd in het "Journal of Citation reports"." Iedereen weet dat deze zeer eerbare instelling veeleer een indicator geeft van de verspreiding van wetenschappelijke artikels dan van de waarachtige specifiek wetenschappelijke impact van de artikels zelf, en dat bvb. de tot een ruimer wetenschappelijk publiek gerichte vakbladen een hogere quotering opleveren dan zeer gespecialiseerde tijdschriften, onafgezien van de reële wetenschappelijke draagkracht van de artikels.

Dat de norm " >1punt per 10 bedden" een enorme stimulans zal vormen voor het produceren van wetenschappelijke artikels, en vele stafleden nog voltijdser dan vandaag aan hun laptop zullen werken, laat geen twijfel. Maar of de patiënt daardoor beter zal verzorgd worden, terwijl de beheerder zijn zorgverlener in de rug komt porren voor een volgend artikel met nog grotere impact, mag allicht betwijfeld worden.

4.2. De opleidingsfunctie

Voor de kosten die voortvloeien uit de opleidingsfunctie krijgen de B7 ziekenhuizen een bedrag toebedeeld van 29.747,22 euro per stagemeester en 4.709,88 euro per geneesheer-specialist in opleiding. Dat het overeenstemmend bedrag ook aan de betrokkene stagemeesters wordt besteed, staat niet eens in de tekst. Wel moet het ziekenhuis zelf instaan voor de vergoeding van de kandidaat-specialisten. De andere "rand"-voorwaarden zijn ongeveer dezelfde als deze voor de financiering van de "nieuwe medische technologieën". Toch wordt één belangrijke, doch evenmin relevante voorwaarde toegevoegd: *"meer dan 70% van de artsen, uitgedrukt in voltijdse equivalenten, vergoeden met een salaris voor hun volledige activiteit"*.

Het onderdeel B7 zal dus wel uitsluitend bedoeld zijn voor universitaire ziekenhuizen, want de allerlaatste perifere instellingen met geneesheren in dienstverband, hoofdzakelijk onder socialistische invloedssfeer, hebben dit heilige principe al jaren geleden opgegeven, en wel om economische redenen. We kunnen alleen vaststellen dat noch de ziekenhuiswet,

noch de wet Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen, enig categorisch onderscheid volgens dit criterium toelaten, noch met het oog op de vaststelling van het ziekenhuisbudget, noch met het oog op de vergoeding door de ziekteverzekering .

5. De filosofie en de "zuivere regeling"?

Het onderdeel B7 was bedoeld om de "verdoken subsidies" die ook in het huidige financieringsstelsel van de ziekenhuizen, via allerlei bedekte vormen van bevoorrechtiging aan de universitaire of grote ziekenhuizen aanwezig waren, om te zetten in een weliswaar specifieke, maar dan ook "zuivere regeling", zodat er verder geen onderscheid zou zijn en alle andere onderdelen van het budget op een evenredige en eerlijke wijze zouden kunnen toebedeeld worden aan alle ziekenhuizen. Hoe "zuiver" is dan wel de regeling?

Enkele voorbeelden:

De bepalingen betreffende het onderdeel B van het ziekenhuisbudget brengen al meteen onbedekte onderscheiden tussen universitaire en niet-universitaire instellingen aan het licht.

Art. 37 voorziet bvb. voor de berekening van de forfaitaire financiering van het onderdeel B1, de opdeling in vijf ziekenhuisgroepen, nl. de universitaire groep en vier andere, ingedeeld naar grootte van het aantal bedden. Voor de universitaire ziekenhuizen wordt uitgegaan van een proportioneel hogere administratiekost bij de budgetverdeling van de gemeenschappelijke diensten, en voor de berekening van de werkeenheden voor algemene kosten vertrekt men van een hogere oppervlakte-referentie, met name 75m²/bed voor de universitaire versus 48m²/bed voor de andere ziekenhuizen.

Anderzijds wordt onbedekte schijn-gelijkheid (of noem het "compensatie") georganiseerd, zoals voor de berekening van het aantal operatiezalen. Vermits de vroegere voordelen van de universitaire ziekenhuizen m.b.t. het aantal kandidaat-specialisten al sowieso toegekend worden (én op basis van de no-loss garantie qua puntenaantal, én op basis van de bijlage 12- vergoeding!), moet er ook minstens iets voor de andere ziekenhuizen voorzien worden. Dat gebeurt ook. Voor de andere ziekenhuizen met erkenning voor volledige opleiding in chirurgie en anesthesie worden de voorziene standaard-operatietijden verhoogd met 30% (en het staat erbij: uitsluitend voor niet B7 ziekenhuizen!) die over erkende stagediensten beschikken met volledige opleiding in chirurgie en anesthesie, mits ze over minstens één kandidaat-specialist per 10 chirurgische bedden beschikken... in elf verschillende disciplines. Noch voor de stagemeeesters, noch voor de kandidaat-specialisten is enige vergoeding voorzien, tenzij ze zouden voldoen aan de nepevereisten van de bijlage 12.

Maar de bedekte onzuiverheid komt nog het meest tot uiting via het puntensysteem waarin parameters zoals het prestatievolume, de grootteorde van het ziekenhuis en het beschikken over zware medische diensten en B-zorgprogramma's buiten alle proporties wordt beloond. De decielwaarden van het prestatievolume (uitgenomen biologie, medische beeldvorming, fysiotherapie en forfaitaire honoraria) geeft bvb. bijkomende B2 punten, waarvan het aantal in sommige gevallen, bvb. voor de E- bedden kan variëren van 0,01punt (3^e deciel) tot 0,38punt (10^e deciel), per verantwoord bed.

Eerlijk gezegd, we begrijpen dit niet meer. In het wetsontwerp dat de minister door het parlement had willen jagen, maar door het veralgemeend protest van zowel specialisten als huisartsen misschien even mag afkoelen, worden zware sancties voorzien voor wie overconsumptie pleegt. In dit KB van de hand van dezelfde minister Vandenbroucke wordt

de prestatiedruk vanuit het ziekenhuisbeheer ten top gedreven vermits in stijgende proportie hogere bedragen toegekend worden aan diegene die ook de meeste inkomsten verwerft uit geneeskundige verstrekkingen. Is dit financiering in functie van de activiteit? Een opdeling in decielen biedt als dusdanig geen weergave van het verschil in werkvolume en workload. Evenmin als een beursquotering enige indicatie geeft van het werkvolume dat de arbeiders van de onderneming moeten presteren. Je moet geen marxist zijn noch "Das Kapital" hebben gelezen om zoiets te weten.

De essentie van de "filosofie" van het nieuwe financieringsbesluit komt echter nog het meest tot uiting in de bepalingen betreffende de financiering van de spoedgevallendiensten. Na de ingewikkelde regelgeving betreffende de berekening van het aantal punten volgt plots volgende zin: "Het aldus bepaalde budget wordt dermate lineair verminderd dat er een besparing van 8.130.907,61 euro gerealiseerd wordt..." Waarom? Een budgetvermenging, vermoedelijk.

Heeft minister Vandenbroucke wekenlang last gehad van slapeloze nachten omwille van het onoplosbaar dilemma: ga ik nu spoedgevallen financieren met het geld van de sociale zekerheid of wetenschappelijke artikels? De keuze die gemaakt werd is inderdaad dooernstig. Tenminste, voor de dringend zorgenbehoevende patiënt.

OPNAME IN ZIEKENHUIS EN DAGZIEKENHUIS: "VERANTWOORDE BEDDEN"

In het Staatsblad van 30 mei jl. werd het KB van 25 april betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, gepubliceerd. Met dit besluit wordt het nieuwe financieringssysteem van de ziekenhuizen ingevoerd.

Onder deze maatregelen vindt men (art. 46) ook het nieuwe puntensysteem voor de berekening van de financieringsmiddelen van het onderdeel B2 van het ziekenhuisbudget, en daarbij aansluitend het begrip "verantwoorde bedden". Dit begrip is bijzonder belangrijk en wordt nader toegelicht in een bijlage 3 van het KB, waarvan we de tekst hierna integraal overnemen. Alle commentaar of bemerkingen zijn ten zeerste welkom..

Bijlage 3 aan het koninklijk besluit van 25 april 2002

Vaststelling van een gemiddelde ligduur per diagnosegroep en berekening van een aantal verantwoorde bedden

1. INLEIDING

1.1. Begrippen en afkortingen

MKG-registratie : de registratie van de Minimale Klinische Gegevens zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 06/12/1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden meegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

ICD-9-CM : International Classification of Diseases - 9th edition- Clinical Modification

MDC : Major Diagnostic Category, grote diagnosegroepen die elk een systeem of een orgaan omvatten, zoals beschreven in de « All Patients Refined Diagnosis Related Groupes, Definitions Manual, Version 15.0 ».

AP-DRG : Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in de « All Patients Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 10.0 ».

APR-DRG : Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in de « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Klinische ernst of « severity of illness » : Omvang van de fysiologische decompensatie of van verlies van orgaanfunctie zoals beschreven in de « All Patients Refined diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Sterfterisico : waarschijnlijkheid van overlijden, zoals beschreven in « All Patients Refined diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Gfin-patiënten : de geriatrische patiënten worden in een afzonderlijke groep ondergebracht. Om tot deze groep te behoren, dient de patiënt aan een aantal voorwaarden te voldoen :

1/ indien de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven op de geriatrische dienst van het ziekenhuis 75 jaar of meer bedraagt, dan moeten de patiënten voldoen aan de volgende 2 voorwaarden :

a) minimaal 10 dagen in een G-bed verbleven hebben;

b) en minstens 30 % langer in het ziekenhuis verbleven hebben dan de gemiddelde standaardligduur van de patiënten met een zelfde pathologie of een zelfde klinische ernst die niet in een G-dienst verbleven hebben.

2/ indien de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven op de geriatrische dienst van het ziekenhuis minder dan 75 jaar bedraagt, dan moeten de patiënten voldoen aan de 2 hogervermelde voorwaarden en daarenboven minstens 75 jaar zijn.

1.2 Diagnosegroepen

De diagnosegroepen worden gevormd op grond van de « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Op basis van de hoofddiagnose wordt een eerste indeling gemaakt in grote diagnosegroepen, hierna MDC's genoemd, die elk betrekking hebben op een systeem of orgaan. Elke MDC wordt vervolgens verder verdeeld in een medische en chirurgische subgroep op basis van het al dan niet voorkomen van een chirurgische ingreep.

Binnen deze subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, namelijk de APR-DRG's, onderscheiden, rekening houdend met de volgende elementen : hoofddiagnose, nevendiaognoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht en aard van ontslag overeenkomstig de « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ». Op die manier worden 355 basis-APR-DRG's verkregen.

Elke basis-APR-DRG (met uitzondering van de APR-DRG's 955 en 956) wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveaus van klinische ernst. De bepaling van het niveau van klinische ernst van een verblijf gebeurt in 3 fasen waarbij met name rekening wordt gehouden met de gevolgen op de klinische ernst van de nevendiaognosen die geen verband houden met de hoofddiagnose en niet onderling verbonden zijn, de leeftijd, de hoofddiagnose, het bestaan van bepaalde niet-operatieve procedures (Cf. All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0).
- De 4 verkregen « severity of illness » zijn :

Niveau 1 : zwak niveau van klinische ernst

Niveau 2 : gematigd niveau van klinische ernst

Niveau 3 : groot niveau van klinische ernst

Niveau 4 : extreem niveau van klinische ernst

Patiënten zonder vermelding van een hoofddiagnose (APR-DRG 955) of met vermelding van een diagnose die niet als hoofddiagnose gebruikt mag worden (APR-DRG 956) worden verder de « rest diagnosegroepen type I » genoemd. Hiervoor wordt geen gemiddelde standaardligduur, « NGL » (zie punt 2.4.6.), berekend.

Patiënten met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (APR-DRG 950, 951, 952) worden verder de « restdiagnosegroepen type II » genoemd. Hiervoor wordt geen gemiddelde standaardligduur, « NGL » (zie punt 2.4.6.), berekend.

1.3 Concatenatie

Vóór de registratie 1999 :

Indien bij de MKG-registratie werd geopteerd voor een registratie per specialisme, wordt uit de hoofddiagnoses die bij de verschillende specialismen vermeld staan, één hoofddiagnose geselecteerd op basis van de volgende regels :

a) als er slechts in één specialisme een ingreep gebeurde, dan wordt de hoofddiagnose van dit specialisme gekozen voor het toekennen van de AP-DRG;

b) als er in verschillende specialismen een ingreep gebeurde, dan wordt, voor het toekennen van de AP-DRG, tussen deze specialismen de hoofddiagnose gekozen die aanleiding geeft tot de AP-DRG die op nationaal niveau de langste verblijfsduur heeft;

c) voor de verblijven waar in geen enkel specialisme een ingreep gebeurde, geldt dezelfde regel als deze geformuleerd onder b) .

Vanaf de registratie 1999 :

Vanaf de registratie 1999 zijn de voornoemde concatenatieregels niet meer van toepassing. De hoofddiagnose wordt dan de hoofddiagnose van het eerste specialisme tenzij dit het psychiatrisch specialisme is.

1.4 Aantal aangetaste systemen.

Voor de berekening van het aantal aangetaste systemen wordt het systeem van de hoofddiagnose berekend als het eerste aangetaste systeem en wordt het aantal systemen (verschillend van dat van de hoofddiagnose) van de vermelde complicaties of comorbiditeiten toegevoegd, zoals beschreven in de « All Patients Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 10.0 - Appendix E ».

2. BEREKENING VAN DE GEMIDDELDE STANDAARDLIGDUUR

2.1. Doelstelling.

Het doel bestaat erin de berekening van de gemiddelde standaardligduur per APR-DRG, severity of illness en leeftijdscategorie toe te lichten.

2.2 Toepassingsgebied.

Om de in punt 2.1. beoogde doelstelling te realiseren, wordt rekening gehouden met alle verblijven in acute ziekenhuizen, uitgezonderd :

- 1) patiënten die minstens één dag van hun verblijf op een Sp-dienst verbleven hebben;
- 2) patiënten die minstens één dag van hun verblijf op een A of K-dienst verbleven hebben;
- 3) patiënten die op een subacute G-dienst verbleven hebben;
- 4) verblijven die als « oneigenlijk » klassieke verblijven worden beschouwd (zie punt 4.2.2.).

2.3 Gegevens op basis waarvan de ligduur wordt berekend.

De laatste drie gekende dienstjaren van de MKG-registratie dienen als basis voor de berekening van de gemiddelde standaardligduren. Voor de financiering vanaf juli 2002, zullen de MKG-gegevens 1998, 1999 en 2000 worden gebruikt.

2.4 Bewerkingen.

2.4.1 Berekening van de ligduur.

De ligduur wordt berekend per globaal ziekenhuisverblijf en is gelijk aan het aantal te factureren ligdagen.

2.4.2 Bepalen van de diagnosegroepen.

De verblijven zoals geregistreerd in de MKG-registratie worden ondergebracht in groepen, APR-DRG's genoemd, op basis van de techniek beschreven in punt 1.2. Elk van die groepen wordt vervolgens opgesplitst in 4 severity of illness zoals beschreven in punt 1.2.

Vervolgens worden de severity of illness 1 en 2 opgesplitst in drie leeftijdscategorieën :

- 1) patiënten onder 75 jaar (uitgezonderd Gfin-patiënten)
- 2) patiënten van 75 jaar en ouder (uitgezonderd Gfin-patiënten)
- 3) Gfin-patiënten zoals beschreven in punt 1.1 :

De severity of illness 3 en 4 worden opgesplitst in twee subgroepen

- 1) Gfin-patiënten, zoals beschreven in punt 1.1.;
- 2) niet-Gfin-patiënten

Hieronder wordt de kruising APR-DRG, severitygraad en leeftijdscategorie als APR-DRG-subgroep aangeduid.

De APR-DRG 862 wordt bovendien gesplitst in APR-DRG 862.1 en APR-DRG 862.2. Die laatste APR-DRG bevat enkel de verblijven voor polysomnografieën.

Voor de patiënten waarvoor tijdens eenzelfde verblijf in het ziekenhuis een MKG-registratie per specialisme wordt uitgevoerd, wordt één enkele hoofddiagnose gekozen voor gans het ziekenhuisverblijf overeenkomstig de concatenatietechniek zoals beschreven in punt 1.3.

2.4.3. Verblijven die niet in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelde ligduur per APR-DRG-subgroep.

De verblijven die behoren tot een van de volgende groepen worden uitgesloten voor de berekening van de gemiddelde ligduur per APR-DRG-subgroep :

- a) de niet-beëindigde verblijven en de verblijven met een opnamedatum die meer dan zes maanden voor het begin van de statistische periode valt. Dit zijn de langdurige verblijven;
- b) de foutieve verblijven, met name de verblijven met een ongeldige verblijfsduur (negatief, niet in overeenstemming met de dag, maand en jaar van opname en ontslag of niet ingevuld, incoherentie tussen de berekende verblijfsduur, de gefactureerde verblijfsduur en de som van de verblijfsduren per bedindex), ongeldige leeftijd (niet tussen 0 en 120 jaar) of ongeldig geslacht (foutief of niet ingevuld).
- c) de verblijven die behoren tot de « restdiagnosegroepen type I en II », namelijk de APR-DRG's 950, 951, 952, 955 en 956 (zie punt 1.2.);
- d) de « kleine » outliers (cf. punt 2.4.5.);
- e) de outliers van « type 1 » (cf. punt 2.4.5.)
- f) de verblijven waarbij de patiënt binnen 3 dagen overleden is.

2.4.4 APR-DRG-subgroepen waarvoor geen gemiddelde ligduur is berekend.

De APR-DRG-subgroepen waarvoor geen gemiddelde ligduur is berekend, zijn :

- a) De APR-DRG-subgroepen waarin er nationaal minder dan 30 verblijven overblijven na toepassing van de bovenstaande criteria.
- b) De subgroepen met een extreem severity of illness indien dit niveau minder dan 20 % van de APR-DRG-verblijven vertegenwoordigt.
- c) De restdiagnosegroepen type I en II (zie 1.2.)

2.4.5 Outliers.

Verblijven worden als kleine outliers beschouwd als die

- patiënten betreffen die één dag in het ziekenhuis verblijven en naar een ander ziekenhuis worden overgebracht;
- patiënten betreffen met een gefactureerde ligduur die gelijk is aan of korter is dan de benedengrens van zijn APR-DRG-subgroep, waarvoor de benedengrens gelijk is aan de afgeronde waarde van $EXP [\ln Q1 - 2x (\ln Q3 - \ln Q1)]$. Die benedengrens moet bovendien minstens 10 % van de gemiddelde standaardligduur van de beschouwde APR-DRG-subgroep vertegenwoordigen, indien die duur minstens gelijk is aan of langer is dan 10 dagen. In elk geval

stemt de benedengrens overeen met een waarde die ten minste drie dagen lager ligt dan de gemiddelde standaardligduur.

Met de kleine outliers wordt er bij de berekening van de gemiddelden geen rekening gehouden.

Er worden twee soorten grote outliers gedefinieerd : de outliers type 1 en type 2.

De outliers type 1 zijn die verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden : $Q3 + 4 \times (Q3-Q1)$.

Met die outliers type 1 wordt bij de berekening van de gemiddelde ligduren per APR-DRG-subgroep geen rekening gehouden.

De outliers type 2 zijn de verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden : $Q3 + 2 \times (Q3-Q1)$, maar die onder de bovengrens van de outliers type 1 liggen. De bovengrens van de outliers type 2 ligt minstens 8 dagen hoger dan de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep.

Aan de outliers type 2 wordt een fictieve ligduur toegekend die gelijk is aan de bovengrens $Q3 + 2 \times (Q3-Q1)$.

De bovengrens en de benedengrens worden op nationaal niveau berekend, waarbij

$Q1$ = de ligduur die overeenstemt met de drempel waaronder de ligduur van 25 % van de verblijven van de APR-DRG-subgroep gelegen is en $Q3$ = de ligduur die overeenstemt met de drempel waarboven de ligduur van 25 % van de verblijven van de APR-DRG-subgroep gelegen is.

De verblijven die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelde standaardligduur, maar die geen outliers type 2 zijn, worden normale verblijven genoemd.

2.4.6 Berekening van de gemiddelde standaardligduur per APR-DRG-subgroep.

Per APR-DRG-subgroep, zoals beschreven in het punt 2.4.2., wordt een gemiddelde standaardligduur berekend, hierna afgekort « NGL ». Die duur wordt per APR-DRG-subgroep berekend door de som van de gefactureerde dagen van de in aanmerking genomen verblijven » (zie punt 2.4.3.) te delen door het aantal « in aanmerking genomen verblijven ».

3. BEREKENING VAN EEN AANTAL VERANTWOORDE DAGEN PER ZIEKENHUIS VOOR DE KLASSIEKE VERBLIJVEN

3.1 Bepaling van de verantwoorde verblijfsduur

- Voor de normale verblijven : de verantwoorde ligduur is de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep waartoe hij behoort;

- Voor de verblijven grote outliers type 2 (teruggebracht tot de bovengrens) : de verantwoorde ligduur is de som van de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep en het verschil tussen de grens van type-2 outliers en de gefactureerde duur.

- Voor de verblijven ingedeeld bij de rest-APR-DRG's type I (definitie : zie punt 1.2.) : de verantwoorde ligduur is de gefactureerde ligduur als die lager is dan de gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen. Indien die ligduur daarentegen hoger is dan de gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen, wordt die teruggebracht tot de gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen.

- Voor de verblijven ingedeeld bij de APR-DRG-restgroep type II (definitie : zie punt 1.2.) : de verantwoorde ligduur is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

- Voor de foutieve verblijven : de verantwoorde ligduur is de waargenomen gemiddelde ligduur in het ziekenhuis. Die duur wordt toegekend aan de C-, D-diensten;

- Voor de verblijven die niet in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelden (cf. punt 2.4.3. met uitzondering van de rest-APR-DRG's) : de verantwoorde ligduur is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

- Voor de verblijven begrepen in de APR-DRG-subgroepen waarvoor geen gemiddelde verblijfsduur wordt berekend : (zie punt 2.4.4.) (met uitzondering van de rest-APR-DRG's) : de verantwoorde ligduur is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

- De verblijven waarbij de patiënten minstens de helft van hun verblijf in een A-, K- of Sp-dienst hebben doorgebracht : de verantwoorde ligduur is de gefactureerde ligduur voor de diensten die onder de berekening van het aantal verantwoorde bedden vallen.

- De verblijven waarbij de patiënten minder dan de helft van hun verblijf in een A-, K-, of Sp-dienst hebben doorgebracht : de verantwoorde ligduur wordt verdeeld pro rata de gefactureerde ligduur in de diensten. De verantwoorde ligduur is de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep waartoe hij behoort.

3.2 Beperking van het effect van de berekening van het aantal verantwoorde ligdagen.

Om in het voorgestelde systeem het effect van de berekening van het aantal verantwoorde activiteiten te beperken, wordt het aantal verantwoorde dagen voor een verblijf gelijkgesteld aan de som van 75 % van de verantwoorde dagen zoals beschreven in punt 3.1. en 25 % van de reële gefactureerde dagen.

3.3. Diensten waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend

Het doel bestaat erin voor de hierna vermelde diensten een aantal verantwoorde bedden te berekenen

3.3.1. De C-, D-, H-, I-, L- en B-bedden.

Er zal een aantal verantwoorde bedden worden berekend voor de C-, D-, H-, I-, L- en B-bedden samen op basis van de pathologie en de verantwoorde ligduur in die bedden.

3.3.2. De E-bedden

Er zal een aantal verantwoorde bedden worden berekend voor de E-bedden op basis van de pathologie en de verantwoorde ligduur in die bedden.

3.3.3. De G-bedden.

Er zal aantal verantwoorde bedden worden berekend voor de G-bedden op basis van de pathologie en de verantwoorde ligduur in die bedden. Er zal evenwel een aantal G-bedden worden toegekend, ten belope van maximum 1/4 van de capaciteit van een complete eenheid G-bedden (6 bedden) op basis van het geriatrisch profiel van de patiënt en dus onafhankelijk van het gebruik van G-bedden.

Dit betekent :

a) Voor de ziekenhuizen die niet over G-bedden beschikken :

Opdat een patiënt als potentieel G wordt beschouwd, moet hij aan drie voorwaarden voldoen :

- minimum 70 jaar zijn
- minimum 2 aangetaste sytemen hebben
- een ligduur hebben die hoger is dan het gemiddelde $G_{fin} * 0.5$

De verantwoorde ligduur die aan die verblijven wordt toegekend, hangt af van de leeftijd van de patiënt en wordt als volgt berekend :

70-74 jaar : verantwoorde duur in G = standaardligduur (< 75 jaar) * 0.45.

De 55 % resterende standaarddagen worden toegekend aan de andere bedden pro rata de gefactureerde ligduur in die bedden.

75-79 jaar : verantwoorde verblijfsduur in G = standaardligduur (≥ 75 jaar) * 0.65

80-84 jaar : verantwoorde verblijfsduur in G = standaardligduur (≥ 75 jaar) * 0.75

$g \geq 85$ jaar : verantwoorde verblijfsduur in G = standaardligduur (≥ 75 jaar) * 0.9

Er kunnen dus G-bedden worden toegekend aan de ziekenhuizen die niet over G-bedden beschikken, maar hoogstens 6 bedden.

b) voor de ziekenhuizen die over G-bedden beschikken :

Opdat een patiënt als potentieel G wordt beschouwd, mag hij niet bij G_{fin} ingedeeld zijn en moet hij aan drie voorwaarden voldoen :

- minimum 70 jaar zijn
- minimum 2 aangetaste systemen hebben;
- een ligduur hebben die hoger is dan het gemiddelde G_{fin} * 0.5

Het principe van leeftijdscategorieën wordt eveneens gebruikt.

3.3.4. De M-bedden.

Men kent een aantal M-bedden toe dat beantwoordt aan de activiteit die op basis van de MDC 14 (zwangerschap en bevalling) bepaald is voor zover het ziekenhuis over een erkende M-dienst beschikt. De verantwoorde ligduur van een patiënte die verblijft in M voor een andere reden dan bevalling,... (buiten MDC 14) zal aan de C-, D-diensten worden toegekend, terwijl de verantwoorde ligduur van een patiënte die niet in een M-bed is opgenomen, maar wel voor een reden die verband houdt met de bevalling (MDC 14), aan de M-dienst zal worden toegekend.

3.3.5. De A-, K-, T- en NIC-bedden.

Wat de A-, K-, T-, en NIC-bedden betreft, zullen geen verantwoorde bedden worden berekend. De erkende bedden zullen worden geassimileerd met de verantwoorde activiteiten

4. BEREKENING VAN EEN AANTAL VERANTWOORDE DAGEN IN CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE PER ZIEKENHUIS

4.1 Gegevensbronnen

4.1.1. Facturatiegegevens RIZIV.

Referentiejaar = laatst gekende jaar

De RIZIV-gegevens die gebruikt worden bij de bepaling van de lijsten A en B (cf. punten 6 en 7) bevatten informatie in verband met de behandelingsplaats (artsenkabinet, polikliniek, daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie), de frequentie van de ingreep op deze plaatsen en de mate waarin een ingreep in daghospitalisatie evolueert.

4.1.2. Minimale Klinische Gegevens

Referentiejaren = de drie laatst gekende jaren

De M.K.G. bevatten de noodzakelijke informatie in verband met het verblijf, meer bepaald de leeftijd van de patiënt, de APR-DRG waaronder het verblijf wordt gebracht, graad van klinische ernst, het aantal aangetaste systemen, de mortaliteit, de procedurecode ICD-9-CM, de RIZIV-code(s), het aantal verblijfsdagen, enzovoort. Zowel de klassieke als daghospitalisatieverblijven zijn in de databank opgenomen.

Door het gebruik van beide gegevensbronnen wordt het mogelijk om tot een identificatie van de verantwoorde heelkundige dagactiviteit (de reëel uitgevoerde heelkundige daghospitalisatie enerzijds en de oneigenlijk klassieke hospitalisatie anderzijds) te komen.

4.2. Selectie van de nationale RIZIV-nomenclatuurlijsten A en B

4.2.1. Selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes - LIJST A « RIZIV-codes bij gerealiseerde daghospitalisatie » (cf. punt 6)

Bij de selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes is uitgegaan van de nominatieve lijst van prestaties welke recht geven op een maxi-, super-, A-, B-, C- of D-forfait, zoals bedoeld in de nationale overeenkomst van 24 januari 1996 tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

Een prestatie werd weerhouden indien ze gelijktijdig aan alle hiernavermelde criteria voldeed.

De selectiecriteria

- het betreft een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het Koninklijk Besluit betreffende de forfaitarisering van de antibioticaprofylaxie in de heelkunde, en

- het aantal intramurale^(*) prestaties moet minstens 60 % zijn van het totaal aantal ambulante gerealiseerde prestaties.

[^(*)intramuraal = in ziekenhuisverband, hetzij in daghospitalisatie hetzij poliklinisch]

4.1.2. Selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes - LIJST B « RIZIV-codes bij oneigenlijke klassieke hospitalisaties » (cf. punt 7)

Bij de selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes is uitgegaan van de nominatieve lijst van prestaties welke recht geven op een maxi-, super-, A-, B-, C- of D-forfait, zoals bedoeld in de nationale overeenkomst van 24 januari 1996 tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

Een prestatie werd weerhouden indien ze gelijktijdig aan alle van de hiernavermelde criteria voldeed.

De selectiecriteria :

- het betreft een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het Koninklijk Besluit betreffende de forfaitarisering van de antibioticaprofylaxie in de heelkunde en

- de substitutiegraad van de klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie moet minstens 10 % bedragen in de referentieperiode.

4.3. Bepaling van de verantwoorde ziekenhuisactiviteit in chirurgische daghospitalisatie

4.3.1 Gerealiseerde verblijven in (heelkundige) daghospitalisatie

Bij de bepaling van de verantwoorde gerealiseerde dagactiviteit wordt gebruik gemaakt van de MKG van het laatst gekende registratiejaar.

Alle in MKG geregistreerde dagverblijven waarvoor ten minste 1 heelkundige RIZIV-nomenclatuurcode uit de lijst A (cf. punt 4.2.1.1.) werd geregistreerd, worden weerhouden als een verantwoorde gerealiseerde daghospitalisatie.

Indien een verblijf meerdere RIZIV-nomenclatuurcodes uit de lijst bevat, dan wordt dit verblijf slechts eenmaal weerhouden als verantwoorde daghospitalisatie

4.3.2. Oneigenlijk klassieke verblijven

4.3.2.1. Bepaling van de APR-DRG's waarvoor oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven aangeduid worden

Op basis van de RIZIV-nomenclatuurcodes uit de lijst B (cf. punt 4.2.1.2.) werden alle verblijven weerhouden die gedurende de referentieperiode (MKG van de drie laatst gekende registratiejaren) minstens één code uit de lijst hebben. Deze selectie bevat zowel de geregistreerde klassieke als daghospitalisatieverblijven. Op basis van deze selectie werd het aantal verblijven per APR-DRG berekend. De 32 APR-DRG's die 90 % van de geselecteerde verblijven vertegenwoordigen zijn in tabel 1 opgenomen. Deze lijst bevat 29 chirurgische en 3 medische APR-DRG's.

TABEL 1. APR-DRG's weerhouden bij de bepaling van de oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven

025 Ingrepen op neurologisch systeem voor perifere zenuwaandoeningen

071 Intra-oculaire ingrepen behalve op lens

072 Extra-oculaire ingrepen behalve op lens

073 Ingrepen op lens met of zonder vitrectomie

093 Ingrepen op sinussen en mastoid

094 Ingrepen op mond

- 097 Adenoid en amygdalectomie
- 098 Andere ingrepen op neus, keel, oren en mond
- 114 Aandoeningen van tand en mond
- 115 Andere aandoeningen van neus, keel, oren en mond
- 179 Onderbinden en strippen van venen
- 226 Ingrepen op de anus en gastro-intestinaal stoma
- 313 Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbenen, behalve voet
- 314 Ingrepen op voet
- 315 Ingrepen op schouder, elleboog en voorarm
- 316 Ingrepen op hand en pols
- 317 Ingrepen op weke weefsels
- 318 Verwijderen van inwendige fixatoren
- 319 Locale excisie van musculo-sceleetaal stelsel
- 320 Andere ingrepen op musculo-sceleetaal stelsel en bindweefsel
- 361 Huidgreffe en/of debridisatie behalve voor ulcus of cellulitis
- 364 Andere ingrepen op huid, subcutaan weefsel en borsten
- 446 Trans- en urethrale ingrepen
- 483 Ingrepen op de testes
- 484 Andere ingrepen op het mannelijk voorplantingsstelsel
- 501 Andere aandoeningen, behalve maligne, van het mannelijk voorplantingsstelsel
- 513 Ingrepen op uterus/annexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen
- 515 Ingrepen op de vagina, cervix en vulva
- 516 Laparoscopie en onderbreken tubae
- 517 Dilatatie en curetage, conisatie
- 544 Abortus met dilatatie en curetage, aspiratie curetage of hysterectomie
- 850 Ingrepen bij andere contacten
- 4.3.2.2. Bepaling van de oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven

Bij de bepaling van het aantal oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven wordt gebruik gemaakt van de case-mix geregistreerd in de MKG van het laatst gekende registratiejaar.

Om als oneigenlijk klassiek ziekenhuisverblijf aangeduid te worden, moet het verblijf gelijktijdig aan alle hiernavermelde criteria voldoen.

- het verblijf is ondergebracht in één van de 32 weerhouden APR-DRG's uit tabel 1 (cf. punt 4.3.2.1.);
- het betreft een klassieke hospitalisatie;
- het betreft een geplande opname;
- de ziekenhuisverblijfsduur is maximaal 3 dagen;
- de severity of illness = zwak (cf. punt 1.2.);
- de patiënt is gedurende het verblijf niet overleden;
- het sterfterisico = zwak (cf. 1.2.);
- de patiënt is jonger dan 75 jaar en

- → voor de verblijven behorende tot één van de chirurgische APR-DRG's opgenomen in tabel 1 (cf. punt 4.2.2.2.) :

de operating room procedure (ICD-9-CM-code) die determinerend is voor de indeling van het klassieke ziekenhuisverblijf in de chirurgische APR-DRG werd in de referentieperiode (MKG van de drie laatst gekende registratiejaren) in minimaal 33 % der gevallen in daghospitalisatie uitgevoerd en nationaal konden er minstens 90 oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven aangeduid worden;

- → voor de verblijven behorende tot één van de medische APR-DRG's opgenomen in tabel 1 (cf. punt 4.3.2.1.) :

het verblijf heeft minstens één RIZIV-nomenclatuurcode uit de lijst B (cf. punt 4.2.1.1.)

4.4. Bepaling van het aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitalisatie per ziekenhuis

Het totaal aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitalisatie wordt per ziekenhuis bekomen door het totaal aantal gerealiseerde daghospitalisaties (cf. punt 4.2.1.) te voegen bij het totaal aantal oneigenlijke klassieke ziekenhuisverblijven (cf. punt 4.2.2.).

Elk verantwoord verblijf in chirurgische daghospitalisatie krijgt een verantwoorde verblijfsduur van 0,81 dagen (= multiplicator) toegemeten, die het effect van de besparing van 328 miljoen Belgische frank bevat. Zonder deze besparing bedraagt deze multiplicator 1,05.

5. PRINCIPES M.B.T. DE CONVERSIE VAN HET AANTAL VERANTWOORDE DAGEN IN EEN AANTAL VERANTWOORDE BEDDEN

Op basis van de casemix van het laatste gegevensjaar dat gekend is, berekent men het aantal verantwoorde dagen voor elk ziekenhuis, per dienst of groep van betrokken diensten (zie punt 3). Wat de C-dienst betreft, dient men het aantal verantwoorde dagen in chirurgische daghospitalisatie toe te voegen (zie punt 4).

Bij de berekening van de verantwoorde activiteit wordt per ziekenhuis uitgegaan van het aantal geregistreerde MKG-verblijven voor het referentiejaar. De volledigheid van de registratie wordt voor de betrokken diensten (C, D, G, L, B, H, E en M) nagegaan door middel van de vergelijking van het aantal geregistreerde MKG-verblijven met het aantal ontslagen opgegeven aan de Administratie in het kader van de financiële statistieken. Indien de afwijking niet meer bedraagt dan 3 % (in plus of min) wordt de MKG-registratie en de daarin voorkomende casemix als uitgangspunt voor de berekening van de verantwoorde activiteit van het ziekenhuis genomen. Indien de afwijking tussen de twee databanken meer dan 3 % bedraagt, krijgt het ziekenhuis een verantwoorde activiteit die gebaseerd is op het laagste aantal verblijven uit de twee databanken. De correctie die hierbij moet doorgevoerd worden gebeurt aan de hand van navolgende formules.

Methodologie bij correctie van het aantal verblijven voor de diensten C, D, G, L, B, H, E en M (cf. supra) :

a. het aantal MKG-verblijven is meer dan 3 % hoger dan het aantal ontslagen opgenomen in FINHOSTA :

- STAP 1 : op basis van de MKG -casemix wordt een verantwoord aantal ligdagen voor het ziekenhuis berekend

- STAP 2 : vervolgens wordt een correctie doorgevoerd op basis van de hiernavolgende formule voor het teveel aan verblijven (en bijgevolg pathologie) dat waargenomen wordt binnen de MKG-databank :

$$VAL_{ZH\ nd} = [VAL_{ZH} - \{(aantal\ MKG\ -verblijven - aantal\ ontslagen\ FINHOSTA) * GVL_{ZH}\}]$$

Waarbij

$VAL_{ZH\ nd}$: verantwoord aantal ligdagen voor het ziekenhuis na datacorrectie

VAL_{ZH} : verantwoord aantal ligdagen van het ziekenhuis op basis van de casemix geregistreerd in de MKG van het referentiejaar

GVL_{ZH} : de gemiddelde verantwoorde ligduur voor het ziekenhuis op basis van de MKG-casemix

b. het aantal MKG-verblijven is meer dan 3 % lager dan het aantal ontslagen opgenomen in FINHOSTA :

- STAP 1 : op basis van de casemix MKG wordt een verantwoord aantal ligdagen voor het ziekenhuis berekend

- STAP 2 : vervolgens wordt een correctie doorgevoerd op basis van de hiernavolgende formule voor het tekort aan verblijven (en bijgevolg aan pathologie) dat waargenomen wordt binnen de MKG-databank :

$$VAL_{ZH\ nd} = [VAL_{ZH}]$$

waarbij

$VAL_{ZH\ nd}$: verantwoord aantal ligdagen voor het ziekenhuis na datacorrectie

VAL_{ZH} : verantwoord aantal ligdagen van het ziekenhuis op basis van de casemix geregistreerd in de MKG van het referentiejaar

In bovenstaande formules (cf. punt a. en b.) wordt geen rekening gehouden met de echte chirurgische daghospitalisatie-verblijven. De verantwoorde activiteit en aansluitend het verantwoord aantal bedden toegekend aan deze verblijven (cf. 4.3.1. en 4.4.) wordt, na toepassing van alle correcties en na plafonnering van de groei van de verantwoorde bedden ten opzichte van de erkende bedden (cf. infra), aan het aantal verantwoorde bedden van de overige verblijven toegevoegd om tot het totaal aantal verantwoorde bedden te komen.

Bij het gebruik van de MKG 2001, respectievelijk 2002 in het kader van de bepaling van de verantwoorde activiteit in de financiering wordt boven vermeld afwijkingpercentage teruggebracht tot 2 %, respectievelijk 1 %. Voor de registratiejaren die daarop volgen zal steeds het laagste aantal verblijven weerhouden worden bij de berekening van de verantwoorde activiteit.

Per dienst (of groep diensten) wordt het aantal verantwoorde ligdagen gedeeld door de normatieve bezettingsgraad van de dienst vermenigvuldigd met 365 om per dienst een aantal verantwoorde bedden te verkrijgen. De normatieve bezettingsgraden zijn opgenomen in artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986, namelijk :

- voor de E- en M-bedden : 70 %
- voor de C, D, L, B en H-bedden : 80 %
- voor de G-bedden : 90 %.

Er dient rekening gehouden te worden met de geografische afwijkingen voorzien in het Koninklijk Besluit van 30 juni 1989.

Een maximale stijging van 7 % van het aantal verantwoorde bedden (zonder inachtnaam van de verantwoorde activiteit en de daaraan gekoppelde verantwoorde bedden voor chirurgische daghospitalisatie zoals berekend in punt 4.3.) ten opzichte van het aantal erkende bedden voor de diensten C, D, G, L, B, H, E en M wordt integraal toegekend aan het ziekenhuis. De verantwoorde activiteit die zich boven deze grens bevindt, wordt voor 25 % in aanmerking genomen. De toekenning aan de betrokken diensten van deze verantwoorde bedden, gewaardeerd aan 25 %, geschiedt enkel ten opzichte van de diensten die de 7 %-grens overschrijden en geschiedt pro rata de absolute overschrijding van het berekend aantal verantwoorde bedden ten opzichte van de 7 %-grens.

Het totaal aantal verantwoorde bedden (zoals berekend in bovenstaande paragraaf), wordt geconverteerd naar het overeenstemmend verantwoord aantal dagen.

Het totaal verantwoord aantal bedden (zoals hierboven berekend) verminderd met het verantwoord aantal bedden toegekend voor gerealiseerde verblijven in (heelkundige) daghospitalisatie (cf. 4.3.1.) wordt gebruikt bij de toepassing van artikel 42, 7^e bewerking.

6. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE IDENTIFICATIE VAN DE GEREALISEERDE DAGHOSPITALISATIE (LIJST A)

Nomenclatuurcode

220231	246853	258090	285810	293156
220275	247531	258112	285832	293171
220290	250154	258156	285935	293193
220312	250176	258171	285972	293230
220334	250191	260175	286112	293274
221152	250213	260315	286134	293370
227076	251274	260470	286215	294210
228152	251311	260676	286230	294232
229176	251370	260691	286296	294475
230613	251650	260735	287350	294615
232013	253153	260794	287372	294674
232035	253190	260853	287431	294711
235174	253212	260875	287453	300252
238114	253551	260890	287475	300274
238173	253573	260912	287490	300296
238195	255172	260934	287512	300311
238210	255194	260956	287534	300333
241150	255231	261214	287556	310715
241312	255253	261236	287571	310774
241091	255592	262216	287696	310796
244193	255614	262231	287711	310811
244311	255695	280055	287755	310855
244436	255732	280070	287792	310951
244473	255754	280092	287814	310973
244495	255776	280136	287836	310995
244554	255894	280151	288094	311312
244635	255916	280195	288116	311334
245534	255975	280534	291410	311452
245630	256115	280571	291970	311835
245733	256130	280674	291992	311990
245755	256174	280711	292014	312152
245814	256314	280755	292235	317214
245851	256336	280792	292574	350512
245873	256491	283010	292633	353253
246094	256513	284572	292736	354056
246212	256550	284911	292773	431056
246514	256815	285095	292810	431071
246551	256830	285235	292832	431513
246573	256852	285375	292891	432191
246595	257390	285390	292972	432213
246610	257434	285434	292994	432316
246632	257876	285456	293016	432331
246654	257891	285574	293031	432434
246676	257994	285596	293053	285994
246772	258031	285670	293075	286252
246831	258053	285692	293134	531812

7. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE IDENTIFICATIE VAN DE ONEIGENLIJK KLASSIEKE ZIEKENHUISVERBLIJVEN (LIJST B)

Nomenclatuurcode

220231–220242	246831–246842	258090–258101	285810–285821	293075–293086
220275–220286	246853–246864	258112–258123	285832–285843	293134–293145
220290–220301	247531–247542	258156–258160	285935–285946	293156–293160
220312–220323	250132–250143	258171–258182	285972–285983	293230–293241
220334–220345	250154–250165	260175–260186	286112–286123	293252–293263
221152–221163	250176–250180	260315–260326	286134–286145	293274–293285
227076–227080	250191–250202	260676–260680	286215–286226	293311–293322
230613–230624	251274–251285	260691–260702	286230–286241	293370–293381
232013–232024	251370–251381	260735–260746	286296–286300	294210–294221
232035–232046	253190–253201	260794–260805	287350–287361	294232–294243
238114–238125	253551–253562	260890–260901	287372–287383	294615–294626
238151–238162	253573–253584	260912–260923	287431–287442	294674–294685

238173–238184	253654–253665	260934–260945	287453–287464	294711–294722
238195–238206	255172–255183	260956–260960	287475–287486	300252–300263
238210–238221	255194–255205	261214–261225	287490–287501	300274–300285
241150–241161	255231–255242	261236–261240	287512–287523	300296–300300
244311–244322	255253–255264	262231–262242	287534–287545	300311–300322
244436–244440	255592–255603	280055–280066	287556–287560	300333–300344
244473–244484	255614–255625	280070–280081	287571–287582	310575–310586
244495–244506	255695–255706	280092–280103	287696–287700	310715–310726
244576–244580	255732–255743	280136–280140	287711–287722	310774–310785
244591–244602	255754–255765	280151–280162	287755–287766	310855–310866
244635–244646	255776–255780	280195–280206	287792–287803	310951–310962
245114–245125	255894–255905	280534–280545	287814–287825	310973–310984
245534–245545	255916–255920	280571–280582	287836–287840	310995–311006
245571–245582	255975–255986	280674–280685	288094–288105	311312–311323
245630–245641	256115–256126	280711–280722	288116–288120	311334–311345
245733–245744	256130–256141	280755–280766	291410–291421	311452–311463
245755–245766	256174–256185	280792–280803	291970–291981	311835–311846
245770–245781	256314–256325	284572–284583	291992–292003	311990–312001
245792–245803	256336–256340	284911–284922	292014–292025	312152–312163
245814–245825	256491–256502	285095–285106	292633–292644	317214–317225
245851–245862	256513–256524	285110–285121	292736–292740	353253–353264
245873–245884	256550–256561	285235–285246	292773–292784	354056–354060
246094–246105	256653–256664	285375–285386	292810–292821	431056–431060
246514–246525	256815–256826	285390–285401	292832–292843	431071–431082
246551–246562	256830–256841	285434–285445	292891–292902	432191–432202
246573–246584	256852–256863	285456–285460	292935–292946	432213–432224
246595–246606	257390–257401	285471–285482	292972–292983	432294–432305
246610–246621	257434–257445	285574–285585	292994–293005	432316–432320
246632–246643	257876–257880	285670–285681	293016–293020	432331–432342
246676–246680	258031–258042	285692–285703	293053–293064	432434–432445
		285994–286005	286252–286263	531812–531823

PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD

30 MEI 2002. - Koninklijk besluit betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S d.d. 14.6.2002)

[...]

HOOFDSTUK 1. - Vastlegging van het aantal kandidaten met toegang tot de bijzondere beroepstitels

Artikel 1. § 1. Het aantal kandidaten dat jaarlijks toegang heeft tot de opleiding voor een titel van huisarts of geneesheer-specialist, met uitzondering van de titels bedoeld in artikel 3 van dit besluit, is vastgelegd op :

- 700 voor de jaren 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.

Per Gemeenschap is dit aantal vastgelegd op :

1° wat het aantal kandidaten betreft met een eindexamen uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap valt :

- 420 voor de jaren 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011;

2° wat het aantal kandidaten betreft met een eindexamen uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap valt :

- 280 voor de jaren 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.

§ 2. Het aantal kandidaten dat jaarlijks toegang heeft tot de opleiding voor een titel van geneesheer-specialist, die het voorwerp uitmaakt van de erkenning bedoeld in artikel 35quater van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de

gezondheidszorgberoepen, met uitzondering van de titels bedoeld in artikel 3 van dit besluit is vastgelegd op :

- maximum 400 voor de jaren 2004, 2005, 2006.

Per Gemeenschap is dit aantal vastgelegd op :

1° wat de kandidaten betreft met een einddiploma uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap valt,

- maximum 240 voor de jaren 2004, 2005, 2006;

2° wat de kandidaten betreft met een einddiploma uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap valt,

- maximum 160 voor de jaren 2004, 2005, 2006.

§ 3. Het aantal kandidaten dat jaarlijks toegang heeft tot de opleiding voor een titel van huisarts, is vastgelegd op :

- maximum 300 voor de jaren 2004, 2005, 2006;

Per Gemeenschap is dit aantal vastgelegd op :

1° wat de kandidaten betreft met een einddiploma uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap valt,

- maximum 180 voor de jaren 2004, 2005, 2006;

2° wat het aantal kandidaten betreft met een einddiploma uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap valt,

- maximum 120 voor de jaren 2004, 2005, 2006.

Art. 2. Het minimale aantal kandidaten dat jaarlijks toegang heeft tot de opleiding voor een titel van geneesheer-specialist, die het voorwerp uitmaakt van de erkenning bedoeld in artikel 35quater van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, is vastgelegd op :

1° voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap vallen, minstens :

Voor de raadpleging van de tabel, zie beeld

HOOFDSTUK II. - Beroepstitels waarop de beperking van het aantal kandidaten niet van toepassing is

Art. 3. De lijst bedoeld in artikel 35novies , § 5, van het koninklijk besluit betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, van de beroepstitels bedoeld in artikel 1 en artikel 2 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, waarop de beperking van het aantal kandidaten bedoeld in artikel 1 niet van toepassing is, wordt als volgt vastgelegd :

1° de titel van geneesheer-specialist in het beheer van de gezondheidsgegevens;

2° de titel van geneesheer-specialist in de medisch-gerechtelijke geneeskunde;

3° de titel van geneesheer-specialist in de arbeidsgeneeskunde;

4° de titel van geneesheer-specialist in de kinder- en jeugdpsychiatrie, voor de jaren 2004 tot 2010, a rato van een totaal aantal van 20 kandidaten per jaar, waarvan 12 met einddiploma uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap valt en 8 met een einddiploma uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap valt;

5° de bijzondere beroepstitels bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde.

HOOFDSTUK III. - Criteria voor de selectie en de verdeling van de kandidaten

Art. 4. § 1. Het criterium voor de selectie van de kandidaten voor het verkrijgen van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de geneesheren en bedoeld in artikel 1 en 2 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde bestaat uit een attest waaruit blijkt dat de kandidaat aanvaard is door een faculteit geneeskunde voor de discipline waarin hij een opleiding wenst te volgen en dat hij er toegang heeft tot een specifieke opleiding die georganiseerd wordt door een of meerdere universiteiten en die, voor de kandidaat-specialisten, samenvalt met de eerste twee jaren van de opleiding.

§ 2. De stageplannen van de kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten die hun diploma behaald hebben in een universiteit die onder de Vlaamse Gemeenschap of Franse Gemeenschap valt, worden enkel aan de erkenningscommissies voorgelegd en komen enkel in aanmerking voor de duur van de opleiding onder de volgende voorwaarden :

1° het totale aantal attesten, voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap vallen of voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap vallen, ligt niet hoger dan het respectieve aantal kandidaten die toegang hebben tot de bijzondere beroepstitels waarop de beperking van het aantal kandidaten van toepassing is;

2° het aantal attesten met betrekking tot de bijzondere beroepstitel van huisarts, voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap vallen of voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap vallen, ligt niet hoger dan het respectieve maximumaantal van de kandidaten die toegang hebben tot de bijzondere beroepstitel van huisarts;

3° het aantal attesten met betrekking tot de bijzondere beroepstitels van geneesheer-specialist, voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap vallen of voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap vallen, ligt niet hoger dan het respectieve maximumaantal van de kandidaten die toegang hebben tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels van geneesheer-specialist waarop de beperking van het aantal kandidaten van toepassing is;

4° het aantal attesten met betrekking tot de bijzondere beroepstitels van geneesheer-specialist, voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap vallen of voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap vallen, ligt niet lager dan de respectieve aantallen kandidaten die vastgelegd zijn voor elk van de beroepstitels van geneesheer-specialist waarop de beperking van het aantal kandidaten van toepassing is;

5° indien, voor het jaar 2004 of het jaar 2005, geen enkele oplossing wordt gevonden om een adequaat aantal te selecteren voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van een bepaalde Gemeenschap vallen, wordt het overschot aan geneesheren-specialisten of aan huisartsen verdeeld, te rekenen vanaf het volgende jaar, door aftrekking van de vastgestelde aantallen, over een aantal jaren gelijk aan de duur van de universitaire studie die leidt tot het diploma van arts.

§ 3. Indien, voor de jaren 2004, 2005 en 2006, het aantal attesten bedoeld in artikel § 1, voor de universiteiten die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap of Franse Gemeenschap vallen, lager ligt dan het minimumaantal kandidaten die toegang hebben tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels waarop de beperking van het aantal kandidaten van toepassing is,

1° gebeurt de verdeling tussen de kandidaat-specialisten en -huisartsen a rato van respectievelijk 57 % en 43 %, met dien verstaande dat een minimumaantal kandidaat-specialisten, nl. 180 voor de Vlaamse Gemeenschap en 120 voor de Franse Gemeenschap, gegarandeerd wordt;

2° kan er afgeweken worden van § 2, 4° van dit artikel, mits het totaal aantal attesten met betrekking tot de bijzondere beroepstitels van geneesheer-specialist verdeeld wordt onder de verschillende bijzondere beroepstitels van geneesheer-specialist, naar verhouding van de minimumaantallen vastgelegd in artikel 2;

3° wordt het ontbrekende aantal huisartsen of geneesheren-specialisten verdeeld in credit over een of meerdere volgende jaren en maximum over een aantal jaren gelijk aan het aantal jaren van de universitaire studie die leidt tot het diploma van arts.

Art. 5. Het Koninklijk Besluit van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 7 november 2000 en 10 november 2000, wordt opgeheven.

Art. 6. Onze Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 30 mei 2002.

EXTRA FINANCIËLE BIJDRAGE VOOR BEZOEK AAN DE SPOEDGEVALLENDIENSTEN

Persmededeling van de Belgian College of Emergency Physicians (29-05-2002) naar aanleiding van extra financiële bijdrage, gevraagd door Caritas-ziekenhuizen voor bezoek aan de spoedgevallendiensten.

De Belgische urgentie-artsen hebben zich steeds verzet tegen een financiële penalisatie van patiënten die zich aanbieden op de spoedgevallendiensten. Zij weten immers maar al te goed dat pas na onderzoek door professionelen kan vastgesteld worden of het inderdaad om een echte urgentie gaat of niet. Zij zijn er zich bovendien ook van bewust (o.m. via wetenschappelijke studies die hieromtrent reeds zijn gebeurd) dat bij invoeren van een penalisatie, de sociaal zwakkeren uit de maatschappij hun urgente zorg gaan uitstellen, met alle gevolgen van dien.

Anderzijds is het ook logisch dat, wanneer de overheid een deel van de voorziene budgetten voor de exploitatie van de spoedgevallendiensten wegneemt uit de verzorgingsinstellingen waar uiteraard de kosten van personeel en architectuur niet verminderen, er door deze instellingen naar een compensatie wordt gezocht voor deze niet gedekte kosten.

Vanaf het ogenblik dat de BeCEP op de hoogte was over de plannen voor vermindering van de budgetten hebben zij onmiddellijk gereageerd en de betrokken minister hun visie meegedeeld over de gevaren van het minder toegankelijk maken van een belangrijk sociaal vangnet als de spoedgevallendiensten.

Indien instellingen dan toch verplicht worden uit bittere noodzaak om extra geld aan te rekenen aan de meer dan 2 miljoen patiënten die jaarlijks de spoedgevallendiensten bezoeken, is dit voor de urgentie-artsen enkel aanvaardbaar indien de bevolking ondubbelzinnig de boodschap zou krijgen dat het om een kostenverrekening gaat voor alle patiënten en niet om het afstraffen van gelijk welke bevolkingsgroep die een beroep wenst te doen op de spoedgevallendiensten. In deze geest zijn de urgentie-artsen zich trouwens momenteel eveneens aan het beraden of en hoe ze zich nog verder kunnen inzetten voor belangrijke taken waar momenteel geen enkele billijke vergoeding voor voorzien is.

Dr. Jan Stroobants
Voorzitter BeCEP
03.280.40.55 0475.44.84.89
j.stroobants@village.uunet.be

Dr. Pierre Todorov
Secretaris BeCEP
ptodorov@skynet.be
peter.todorov@rhms.be

CRITERIA VOOR DE ERKENNING IN DE PSYCHIATRIE - ERRATUM

3 JANUARI 2002. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de volwassenpsychiatrie en van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie. - Erratum (B.S. d.d. 16.3.2002)

Belgisch Staatsblad van 21 februari 2002, blz. 6666 en 6668.

Op pagina 6666, in artikel 4 wordt het woord « stageboekje » vervangen door het woord « stageplan ».

Artikel 24 op pagina 6668 moet als volgt gelezen worden : « Art. 24. In afwijking van artikelen 1, 2 en 3, kan als houder van de bijzondere beroepstitel in de psychiatrie voor volwassenen of in de kinder- en jeugdpsychiatrie erkend worden, de geneesheer-specialist in de psychiatrie of in de neuropsychiatrie die algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam in dit domein, en die het bewijs levert dat hij, sedert ten minste vier jaar na zijn erkenning als geneesheer-specialist, deze discipline(s) op een substantiële en belangrijke manier uitoefent, met een voldoende kennis ter zake. Hij dient daartoe binnen vijf jaar na de datum van inwerkingtreding van dit besluit een aanvraag in te dienen. »

Artikel 25 op pagina 6668 moet als volgt gelezen worden : « Art. 25. In afwijking van artikelen 1, 2 en 3, kan een stageperiode als kandidaat of als geneesheer-specialist in de volwassenpsychiatrie of in de kinder- en jeugdpsychiatrie, aangevat vóór de inwerkingtreding van dit besluit en die doorloopt na de inwerkingtreding ervan, als opleiding gevalideerd worden voor zover de valideringsaanvraag werd ingediend binnen een termijn van 12 maanden vanaf de datum van inwerkingtreding van dit besluit. ».

NOMENCLATUUR ART. 31 – TOESTELLEN TER CORRECTIE VAN HET GEHOOR

23 APRIL 2002. - 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. 17.5.2002)

[...]

Artikel 1. In artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 december 1985, 2 september 1991, 20 januari 1993, 28 maart 1995 en 19 september 1999 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1 wordt het opschrift "Toestellen ter correctie van het gehoor die werken :" vervangen door "1. Toestellen ter correctie van het gehoor die werken :";

2° in § 1 wordt na de verstrekking 679114 de toepassingsregel geschrapt;

3° in § 1 worden na de verstrekking 679114 het opschrift en de volgende verstrekkingen ingevoegd :

« 2. Toestellen ter correctie van het gehoor in geval een spraakaudiometrie onmogelijk is, die werken :

a) met luchtgeleiding :

679254

Monofonisch toestel voor rechthebbenden van 12 jaar en ouder S 416

679276

Monofonisch toestel voor rechthebbenden, jonger dan 12 jaar S 416

679291

Stereofonisch toestel voor rechthebbenden van 12 jaar en ouder S 824

679313

Stereofonisch toestel voor rechthebbenden jonger dan 12 jaar S 824

679335

Contralateraal toestel ten opzichte van de vorige aflevering om over te stappen op de stereofonische toerusting voor rechthebbenden van 12 jaar en ouder S 408

679350

Contralateraal toestel ten opzichte van de vorige aflevering om over te stappen op de stereofonische toerusting voor rechthebbenden, jonger dan 12 jaar S 408

b) met begeleiding :

679372

Bijslag S 56

679394

c) forfaitaire tegemoetkoming voor het (de) individueel gevormd(e) gehoorstukje(s), wanneer er uiteindelijk geen hoorapparaat wordt afgeleverd na de tests S 53 »

4° § 2 wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« § 2. De in § 1 bedoelde verstrekkingen worden slechts vergoed wanneer ze door een geneesheer, specialist voor otorhinolaryngologie, zijn voorgeschreven en pas nadat deze het verslag over de test heeft ontvangen.

De test met de toestellen ter correctie van het gehoor is voorgeschreven door een geneesheer, specialist voor otorhinolaryngologie, op grond van een tonale audiometrie die aantoonst :

- ofwel een verlies van tenminste 40 dB (gemiddelde van de metingen tegen de frequenties van 1 000, 2 000 en 4 000 Hertz) aan het toe te rusten oor;

- ofwel een verlies van tenminste 45 dB (gemiddelde van de metingen tegen de frequenties van 1 000, 2 000 en 4 000 Hertz) aan het beste oor in geval van bilaterale symmetrische doofheid (maximum gemiddeld 30 dB verschil tussen de metingen tegen de frequenties van 1 000, 2 000 en 4 000 Hertz) als de test met een stereofonisch bilateraal toestel voorgeschreven is.

Voor kinderen, jonger dan zes jaar, is die verwijzing naar een tonale audiometrie niet vereist.

De test omvat een gedetailleerd verslag dat bestemd is voor de voorschrijvende geneesheer en alle gegevens omvat op grond waarvan hij kan oordelen over de doeltreffendheid van de gehoorcorrectie, met name (behalve als het gaat om kinderen, jonger dan zes jaar) de resultaten van een vocale audiometrie in vrij veld, met en zonder voorgesteld toestel (verstaanbaarheidscurven - vocale indexen).

Als een test met een stereofonisch bilateraal toestel is voorgeschreven, wordt de vocale audiometrie eveneens afzonderlijk verricht met een linker en rechter monauraal toestel.

In de gevallen waarin het om medische redenen die in het proefverslag zijn vermeld, onmogelijk is een spraakaudiometrie te verrichten als controle op een beduidende doeltreffendheid, moet een liminaire tonale audiometrie in vrij veld worden verricht, die aantoonst dat de toerusting op frequenties van 1 000, 2 000 en 4 000 Hz een gemiddelde minimum winst van 10 dB oplevert voor een monofonisch toestel en 13 dB voor een stereofonisch toestel.

Het verslag wordt vervolledigd na een periode van veertien dagen gedurende welke een proefexemplaar van het voorgesteld toestel ter beschikking van de rechthebbende wordt gesteld. »

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

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

Gegeven te Brussel, 23 april 2002.

NOMENCLATUUR ART. 17BIS ECHOGRAFIE

27 FEBRUARI 2002. - 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. - Erratum (B.S. d.d. 20.3.2002)

In het Belgisch Staatsblad van 1 maart 2002, tweede editie, op pagina 8110, in artikel 6, E, wordt het nummer van de verstrekking 460773 door het nummer 461156 vervangen.

Op pagina 8111, in artikel 7, A, 2 en 7, B wordt het nummer van de verstrekking 460773 - 460784 door het nummer 461156 - 461160 vervangen.

Op pagina 8112, in artikel 11, wordt het nummer van de verstrekking 460773 - 460784 door het nummer 461156 - 461160 vervangen.

DE ZORG VOOR KINDEREN IN HET ZIEKENHUIS BEDREIGD

Mededeling van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde – April 2002

De taken van de kinderarts in het ziekenhuis zijn in de loop van de voorbije tien jaar sterk uitgebreid. De klinische ziekenhuisactiviteiten omvatten het antenataal overleg met de verloskundige, de opvang van de pasgeborene bij de bevalling en de opvolging op de materniteit en in de neonatale zorgeneenheid. Tevens dient de kinderarts in te staan voor de ambulante zorg (consultaties), de daghospitalisatie en de “echte” (dag + nacht) hospitalisatie van kinderen van 0 tot 16 jaar. Tenslotte staat hij in voor de opvang van kinderen op de spoedgevallenafdeling. De moeilijk voorspelbare activiteiten op het verloskwartier en de spoedgevallenafdeling sturen het voorziene werkschema geregeld in de war. In dit kader is het belangrijk te vermelden dat het aantal kinderen op een spoedgevallenafdeling zowel in binnen- als in buitenlandse studies zowat 25 % van alle contacten op spoedgevallen bedraagt. Deze onvoorspelbare activiteiten brengen zowel voor de arts in kwestie (doorkruisen van het werkschema) als voor de zieke kinderen en ouders (lange wachttijden) de nodige stress met zich mee. Buiten deze gevarieerde klinische verantwoordelijkheid moet de kinderarts nog tijd besteden aan steeds toenemende administratieve taken en aan permanente wetenschappelijke bijscholing.

Kinderartsen houden zich niet enkel bezig met het onderzoek, de diagnosestelling en de behandeling van hun patiënten, de kinderen. Zij staan ook in voor de begeleiding van hun ouders en moeten rekening houden met hun bekommernissen en hun (beroeps)activiteiten. Ouders kunnen zich in de huidige maatschappij moeilijk veroorloven om hun werk te onderbreken voor een ziek kind. Ziekte of wat afwijkend gedrag van een kind staat vaak het normaal functioneren van reeds gestresseerde ouders in de weg en moet voor hen aldus zo snel mogelijk behandeld worden. Uitwerkende ouders vernemen bovendien vaak pas na hun dagtaak, bij het afhalen van hun kind bij familie, onthaalmoeder of kinderdagverblijf dat hun kind ziek is. Heel wat ouders zijn dan ook verplicht om na de gewone werkuren medische hulp voor hun kind te zoeken.

De nomenclatuur is in ons land hoofdzakelijk gebaseerd op technische prestaties. Het is algemeen geweten en uit RIZIV-publicaties bekend dat artsen uit “technische prestatiearme” disciplines zoals huisartsen, gerieters, psychiaters, kinderpsychiaters net zoals kinderartsen onder aan de financiële ladder staan. Voor de kinderartsen heeft dit als gevolg dat er door de slechte honorering slechts kleine medische equipes in de ziekenhuizen kunnen gevormd worden. Hierdoor ontstaat er een hoge werkdruk met

uitgesproken avond-, nacht- en weekendactiviteiten, waardoor het voor jonge kinderartsen niet attractief is om voor ziekenhuiskindergeneeskunde te kiezen.

Kindergeneeskunde is een voornamelijk vrouwelijke discipline geworden. Deze vrouwelijke kinderartsen wensen samen met hun echtgenoot (terecht) ook tijd te maken voor hun gezin. Ook hun schaarse mannelijke collegae willen conform de huidige maatschappelijke visie ook aandacht besteden aan activiteiten buiten hun beroep. Sinds het invoeren van de wet Colla over de assistenten-in-opleiding zijn ze bovendien reeds tijdens hun opleiding gewoon geraakt aan een vast uurrooster met recuperatie na avond- en nachtwerk. Het huidige gemiddelde werkschema van 80 uur per week van de ziekenhuiskinderarts zonder enige recuperatie bij nachtwerk is dan ook voor hen onbespreekbaar.

De eerste gevolgen hiervan worden reeds duidelijk en zullen in de loop van de komende jaren steeds scherper gevoeld worden. Binnen enkele jaren zal het aantal afgestudeerde kinderartsen bovendien drastisch dalen door de ingevoerde numerus clausus en contingentering. Ziekenhuizen met kleine equipes kinderartsen slagen er nu reeds niet meer in om jonge kinderartsen aan te trekken. Oudere collegae zullen er niet meer vervangen worden. Uiteindelijk zullen deze ziekenhuizen zonder kinderartsen komen te vallen en zal de kwaliteit van de gezondheidszorg voor pasgeborenen en kinderen in het gedrang komen.

Deze reeds ingezette evolutie kan enkel en alleen tot stilstand gebracht worden door het werk van de kinderarts in het ziekenhuis substantieel beter te vergoeden. Op die manier kunnen grotere equipes gevormd worden, zodat de ziekenhuiskindergeneeskunde voor jonge kinderartsen terug attractief kan worden. Bovendien moet er een voldoende financiering voor het derde echelon voorzien worden zodat een kwalitatief hoogstaande gespecialiseerde zorg voor kinderen verder ontwikkeld kan worden. Op die manier zal een meer optimale werkverdeling tussen het eerste, tweede en derde echelon bekomen worden.

Commentaar

ONDERLINGE ERKENNING VAN DIPLOMA'S IN DE EUROPESE UNIE

C.C.Leibbrandt, Secretaris-Generaal UEMS

In 1957 werd door Frankrijk, Italië, Duitsland en de BENELUX landen het verdrag van Rome ondertekend. Hierin werd vastgelegd dat deze landen een economische unie zouden aangaan met vrij verkeer van goederen, kapitaal, personen en diensten. In art. 57, waarin de medische beroepen met name genoemd worden, wordt de onderlinge erkenning van diploma's aangekondigd. Het Dokter's Directief, dat in feite een uitvoeringsbesluit is, heeft tot 1975 op zich laten wachten, maar sinds 1975 is de wettelijke onderlinge erkenning van diploma's tussen de landen van de Europese Unie en de geassocieerde landen (Noorwegen, IJsland, Liechtenstein en binnenkort Zwitserland) een feit. Het Directief (huidige aanduiding 1993/16/EC met amendementen) heeft alleen betrekking op ingezetenen van een van deze landen en op diploma's die in deze landen zijn behaald.

Het "Dokter's Directief" valt onder het Directoraat "Interne Markt" (Europees Commissaris F. Bolkestein). Dit geeft al aan dat het primaire doel van het Directief het vrije verkeer van personen en diensten is. Onderlinge erkenning van diploma's impliceert echter ook harmonisatie van de kwaliteit van opleidingen. Dat was dan ook de reden dat de nationale specialistenorganisaties al in 1958 de

Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) oprichtten, een koepelorganisatie van de landelijke specialisten verenigingen, gestructureerd met secties voor de specialismen. De UEMS samen met zijn Specialistische Secties heeft vanaf 1975 de Europese Commissie geadviseerd inzake kwaliteitsaangelegenheden. Deze advisering loopt via het statutaire Raadgevende Comité voor Medische Opleidingen van het Directoraat Interne Markt.

De Europese Commissie en de beroepsgroep hebben vanaf het begin het Directief op verschillende wijze opgevat. De Commissie ziet het Directief vooral als een instrument voor de vrije uitwisseling, de medische professie heeft het Directief als een kwaliteitsinstrument willen gebruiken. Dit stoelt op lid 3 van genoemd artikel van het Verdrag van Rome, dat stelt dat de geleidelijke opheffing van de beperkingen afhankelijk zal zijn van de coördinatie van de voorwaarden, waaronder de beroepen in de verschillende lidstaten worden uitgeoefend.

In het Directief vindt men dit terug in de minimumduur van de opleidingen. Deze zijn in 1975 vastgesteld, mede op advies van de beroepsorganisaties. Deze minima zijn laag; desondanks wordt op nationaal niveau ook nu nog niet in alle gevallen aan deze minimum eisen voldaan. Op te merken is dat het een minimumduur betreft. Het staat lidstaten vrij langere opleidingsduren te hanteren.

Voor Keel-Neus-Oorheelkunde geldt in het Directief een minimum opleidingsduur van 3 jaar.

De UEMS heeft door de jaren heen aangedrongen op actualisering van deze minimum opleidingsduren. Voor de KNO werd in 1996 in het Advies van de UEMS en de UEMS Sectie 6 jaar geadviseerd. In het 4^e Advies van het Raadgevend Comité van het Directoraat Interne Markt is dit teruggebracht tot 5 jaar (1996). Hetzelfde aantal vindt men terug in het concept van het 5^e Advies van het Raadgevend comité van 2001.

Helaas worden de adviezen niet overgenomen in het Directief. Dit wordt systematisch geblokkeerd door de Ministerraad (in dit geval de Ministers van Economische Zaken). De Ministerraad besluit op basis van consensus. Op economische gronden blijkt het niet mogelijk te zijn consensus te bereiken. De Europese Commissie maakt zich er dan van af door te stellen dat de medische professie goed genoeg georganiseerd is om kwaliteitsbeleid op Europees niveau zelf te implementeren. Ook het Raadgevend Comité is inmiddels de facto op non-actief gesteld door het intrekken van het budget van dit Comité.

Een nieuwe ontwikkeling is de rol van het Europese Hof van Justitie in Luxemburg. Collegae hebben hier klachten ingediend i.v.m. niet-erkenning van diploma's door lidstaten. Het Europese Hof stelt zich op het standpunt dat het Verdrag van Rome prevaleert en dat dus de Directieven, de uitvoeringsbesluiten, ruim geïnterpreteerd moeten worden. Dit heeft tot gunstige uitspraken van het Hof geleid voor collegae met opleidingen die niet (geheel) voldoen aan het Directief. Het betreft opleidingen niet (geheel) binnen de Europese Unie of in specialismes, die niet in iedere lidstaat erkend worden.

Dit heeft opvallend snel geleid tot het amendement 2001/19/EC, waarin lidstaten gehouden worden in deze gevallen de genoten opleidingen te evalueren en een gemotiveerde beslissing te nemen. Deze beslissing kan juridisch getoetst worden. Het Europese Hof heeft dan het laatste woord. Gezien de huidige opstelling van het Hof is het waarschijnlijk dat de erkenning van diploma's bij migratie binnen de Europese Unie geleidelijk gemakkelijker zal worden. Het wachten is op nieuwe uitspraken van het Europese Hof van Justitie.

Nadere informatie en ook de teksten van de Adviezen en de Europese Directieven zijn te vinden op de website van de UEMS: www.uems.be
Avenue de la Couronne 20, Brussel
Tel +32-2-649.5164
Fax +32-2-640.3730
e-mail: uems@skynet.be

MEDEDELING VAN HET CENTRAAL BUREAU VAN DE ZIEKTEVERZEKERING VAN DE AMBTENAREN VAN DE EUROPESE UNIE – AF TE LEVEREN OFFICIËLE DOCUMENTEN

Het gemeenschappelijk stelsel van de ziekteverzekering (GSZV) van de ambtenaren van de Europese Unie werd opgericht in 1968 bij Verordening nr. 259/68 van de Raad. Dit stelsel dekt alle ambtenaren (en onder zekere voorwaarden hun families) van de Instellingen van de Europese Unie, van de Europese Agentschappen en van de Europese Scholen en beheert ongeveer 85.000 rechthebbenden.

Overeenkomstig de interne procedures, heeft het Centraal Bureau beslist om de ziektekosten aan de begunstigen van het GSZV voortaan alleen nog terug te betalen op basis van de door de practici en gezondheidsinstellingen af te leveren officiële documenten. Hieronder vindt U een "Mededeling van het Centraal Bureau van de Ziekteverzekering van de Ambtenaren van de Europese Unie" van 27 maart 2002 betreffende de voor België af te leveren officiële documenten die gelden als bewijsstukken.

Dit betekent voor de geneesheren (algemeen geneeskundige en specialisten), dat zij verplicht zijn om in alle gevallen het getuigschrift voor verstrekte hulp af te leveren met vermelding van alle door hen geleverde prestaties en met aanduiding van het betaalde bedrag op het ontvangstbewijs bij contante betaling. Dit betreft zowel de geneeskundige als de preventieve prestaties, ongeacht het feit of deze voorzien zijn in de RIZIV-nomenclatuur.

Wat de practici betreft die hun werkzaamheden in associatie uitoefenen en waarvan het getuigschrift voor verstrekte hulp geen ontvangstbewijs bevat, zal de betaalde prijs op dit getuigschrift dienen te worden vermeld.

In geval van hospitalisatie moeten de gedetailleerde erelonen (medische en paramedische), met inbegrip van de ereloonsupplementen, vermeld staan op de individuele factuur van het hospitaal of op een afzonderlijke ereloonnota (met een verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp) te innen door de Medische Raad van de Instelling.

Eventuele problemen dienaangaande dienen schriftelijk te worden overgemaakt aan het volgende adres : Europese Commissie - Centraal Bureau van de Ziekteverzekering - Gebouw Belliard 28- 3/124 - 1049 Brussel.

MEDEDELING VAN HET CENTRAAL BUREAU VAN DE ZIEKTEVERZEKERING VAN DE AMBTENAREN VAN DE EUROPESE UNIE – 27.03.2002

Door de practici af te leveren officiële documenten

Overeenkomstig de interne procedures van het Gemeenschappelijk Stelsel van de Ziekteverzekering (GSZV) en ingevolge de inlichtingen die door het Ministerie van Financiën en het RIZIV werden medegedeeld, heeft het Centraal Bureau beslist de hierna volgende bepalingen onmiddellijk toe te passen betreffende de door de practici af te leveren bewijsstukken voor de terugbetaling van ziektekosten aan de begunstigen van het GSZV.

Voortaan zullen de afwikkelingsbureaus van het GSZV nog enkel de bewijsstukken aanvaarden zoals vereist door de nationale stelsels en waarvan de facturen conform zijn aan de wetgeving van het land waarin ze plaatsvonden.

Wat België betreft, gaat het over de verschillende modellen die werden vastgelegd bij ministeriële besluiten van 17/12/98 (Belgisch Staatsblad van 30/12/98) :

- de geneesheren (algemeen geneeskundige en specialisten), tandheekkundigen (bovenop onze gebruikelijke gecodificeerde modellen), vroedvrouwen, verpleegsters, kinesitherapeuten, logopedisten en orthoptisten zijn ertoe gehouden om in alle gevallen het getuigschrift voor verstrekte hulp af te leveren, met vermelding van alle door hen geleverde prestaties en met aanduiding van het betaalde bedrag op het ontvangstbewijs. Dit betreft zowel de geneeskundige als de preventieve prestaties, ongeacht het feit of deze voorzien zijn in de RIZIV-nomenclatuur.
- wat de voormelde pratici betreft die hun werkzaamheden in associatie uitoefenen en waarvan het getuigschrift voor verstrekte hulp geen ontvangstbewijs bevat, zal de betaalde prijs op dit getuigschrift dienen te worden vermeid
- in geval van hospitalisatie dient een overeenstemmingsstrook te worden gekleefd op de verzamelfactuur; alle bedragen, de gedetailleerde erelonen (medische en paramedische), met inbegrip van de ereloonsupplementen, moeten vermeld staan op de individuele factuur van het hospitaal of op een afzonderlijke ereloonnota (met een verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp) te innen door de Medische Raad van de instelling
- alle andere pratici van geneeskundige verzorging die niet erkend zijn door het RIZIV, zoals de osteopaten, de psychologen, de podologen, de chiropractors, de diëtisten of alle andere vrije beroepen, zijn ertoe gehouden om in alle gevallen het officiële ontvangstbewijs af te leveren
- de inrichtingen voor geneeskundige verzorging, d.w.z. de ziekenhuizen, de hospitalen, de rust- en verzorgingstehuizen, de laboratoria en de personen die hun werkzaamheden in associatie uitoefenen, moeten een verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp afleveren

**ADVIES OVER HET GEBRUIK
VAN DEHYDRO-EPIANDROSTERON (DHEA)
IN SOMMIGE «VERJONGINGSKUREN»***
Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België

Dit advies tracht een antwoord te geven op de vraag die dr J.-P. Squifflet, Voorzitter van de Franstalige Provinciale Raad van de Orde van de Geneesheren van Brabant, aan de Academie gesteld heeft en die betrekking heeft op het gebruik van dehydro-epiandrosteron (DHEA) in bepaalde "verjongingskuren".

DHEA (of prasteron) is een voorloper van mannelijke seksuele hormonen (testosteron) en, in mindere mate, van vrouwelijke hormonen (oestradiol).

DHEA wordt in diverse publiciteitscampagnes naar voor geschoven als middel tegen veroudering. In de Verenigde Staten is het sinds 1994 goedgekeurd als voedingssupplement, maar commercialisatie als geneesmiddel werd niet toegestaan.

In België is het wettelijk statuut van DHEA dat van een hormoon en beantwoordt het aan de definitie van een geneesmiddel, zoals bepaald in artikel 1 van de wet van 25 maart 1964 over geneesmiddelen. De commercialisatie van DHEA is dus onderworpen aan de regels voor het verkrijgen van de toelating om het op de markt te brengen. In België verkreeg tot nog toe geen enkel geneesmiddel op basis van DHEA deze toelating. Niettemin mag DHEA door een arts voorgeschreven worden onder de vorm van een magistrale bereiding vertrekkend van een grondstof die begeleid moet zijn door een analysecertificaat van een erkend laboratorium.

* Het advies werd door de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België goedgekeurd ter vergadering van 23 maart 2002. De gemeenschappelijke commissie van de beide Academiën die het advies voorbereidde, was samengesteld uit A. Vermeulen, R. Bouillon, G. Verhoeven, P. Herdewijn en A. Herman voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, en A. Dresse, J. Nève, J.M. Boeynaems, U. Gaspard en A. Scheen voor de Académie royale de Médecine de Belgique.

Gezien de specifieke situatie van DHEA en de mediaheisa rond deze substantie, is het nuttig de eventuele doeltreffendheid en de potentiële risico's kritisch te bekijken.

De commissie heeft de beschikbare gegevens onderzocht. Haar werk werd aanzienlijk vergemakkelijkt door een rapport dat het Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) in juli 2001 opstelde op vraag van minister Bernard Kouchner. De samenvatting en de conclusies die hieronder worden voorgesteld, werden in belangrijke mate door dit rapport geïnspireerd.

DHEA, gesynthetiseerd door de reticulaire zone van de bijnierschors onder controle van het ACTH, wordt in de perifere weefsels in geringe mate omgezet in testosteron en, in mindere mate, in oestradiol. DHEA komt in menselijk plasma voor onder twee vormen: de vrije vorm, DHEA, en de gesulfateerde vorm DHEA-S. Deze vormen ondergaan een voortdurende metabole interconversie.

De plasmaconcentratie van DHEA evolueert tijdens het verloop van het leven: in de kindertijd en tot 7-8 jaar is de productie van DHEA door de bijnierschors zeer laag. De hoogste concentraties worden vastgesteld tussen 18 en 45 jaar en nemen vervolgens af met de leeftijd. Het verouderingsproces gaat over het algemeen gepaard met een progressieve afname van de DHEA-waarden. Deze waarneming wordt gebruikt door diegenen die het gebruik van DHEA bij bejaarde personen verdedigen. Toch blijven de waarden die bij bejaarde personen aangetroffen worden hoger dan deze, die bij kinderen of in sommige pathologische toestanden zoals insufficiëntie van de bijnier of hypofyse worden vastgesteld. Er moet op gewezen worden dat de DHEA- en DHEA-S-plasmawaarden met een factor 20 kunnen variëren binnen eenzelfde leeftijdscategorie. Naast een variatie tijdens de dag (circadiaans ritme) bestaan er ook spontane, soms belangrijke intra-individuele variaties. Op basis van de huidige kennis is het niet mogelijk een ondergrens vast te leggen voor de plasmaconcentraties van DHEA of DHEA-S waardoor een lagere waarde een substitutiebehandeling zou rechtvaardigen voor klinische deficiëntieverschijnselen.

Tot op vandaag werd geen specifieke receptor voor DHEA of DHEA-S geïdentificeerd. DHEA en zijn metaboliet (DHEA-S) zouden volgens dierexperimenten interfereren met neurotransmitters in de hersenen. De aard en belangrijkheid van deze wisselwerking moeten echter nog worden vastgesteld.

DHEA wordt door sommigen aanbevolen om veroudering tegen te gaan, maar de eigenschappen die aan DHEA toegeschreven werden, zijn nog niet op onweerlegbare wijze aangetoond. In de dubbelblind studie "Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: contribution of the DHEAage study to a sociobiomedical issue" (Baulieu EE et al, PNAS 2000), uitgevoerd bij 280 proefpersonen gedurende 1 jaar, werd geen enkel positief effect aangetoond op het voornaamste criterium, nl. de schaal voor gevoel van welzijn. Wel werden positieve effecten aangetoond voor secundaire criteria en bijzondere subgroepen. Zo werd bijvoorbeeld een positief effect vastgesteld op de botmassa, uitsluitend ter hoogte van de femurhals, bij vrouwen jonger dan 70 jaar. In deze subgroep was het verlies van botmassa bij placebobehandeling duidelijker dan in de andere groepen. Er was geen positief effect op andere plaatsen, ook niet bij mannen, ongeacht hun leeftijd.

Wat veiligheid betreft, moeten twee punten vermeld worden. Het gebruik van DHEA, zelfs in kleine dosissen, ging in verschillende studies gepaard met een verlaging van het HDL-cholesterol; DHEA zou dus de kans op cardiovasculaire ziekten kunnen verhogen. Bovendien zou DHEA door zijn hormonale transformatie hormoonafhankelijke kankers in de hand kunnen werken of verergeren. Deze potentiële risico's kunnen toenemen wanneer de dosissen verhoogd of de duur van de behandeling verlengd worden.

Anderzijds werden volgens sommige auteurs maar niet volgens anderen, potentieel positieve effecten van DHEA aangetoond in geval van bijnierinsufficiëntie. DHEA wordt ook onderzocht binnen het kader van een klinisch experimenteel programma betreffende de behandeling van lupus.

Als besluit lijkt het gebruik van DHEA bij stoornissen die te wijten zijn aan het verouderingsproces niet verdedigbaar, aangezien zijn doeltreffendheid niet werd aangetoond in gecontroleerde klinische studies, en aangezien DHEA bij langdurig gebruik of toediening in hogere dosissen risico's vertoont, die verband houden met hormoonafhankelijke kankers (prostaat, borst, baarmoeder) en met een verlaging van HDL-cholesterol.

Opmerking: de volledige tekst van het rapport van het AFSAPS kan op volgende site geraadpleegd worden: "<http://www.agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/dhea1.pdf>"

ENDORSEMENT BONE & JOINT DECADE

On Saturday, June 1, 2002, in Bruges, Minister Vandembroucke endorsed the Belgian National Action Network in the Bone & Joint Decade after the symposium on The Impact of Road Traffic Trauma on Society.

This of course is not an end but just a beginning of our activities.

Professor Lars Lidgren, B&JD President, suggested that we should include more patient groups in this set-up.

This had already been suggested by Dr. Griet De Brabanter, President of a Patient Partners Program.

Professor Lidgren indeed suggested that including patient groups and all related societies, would enable us to have more political impact and pressure power to influence the governmental decision-making process. This would potentially release funds to sponsor scientific and other professional projects including impact on society.

More details and further information is available at the Bone and Joint Decade website www.boneandjointdecade.org. For any suggestion about the Bone and Joint Decade activities, please contact Prof. Dr. R.VERDONK, Coordinator Belgian Chapter Bone and Joint (Dept. of Orthopaedic Surgery, Ghent University Hospital, Belgium, Tel: + 32 9 240.22.64/22.48, Fax: + 32 9 240.49.75, e-mail: rene.verdonk@rug.ac.be).

DECLARATION

Musculoskeletal conditions are crippling diseases that are the most common causes of severe long-term pain and physical disability, affecting hundreds of millions of people across the world. The extent of human suffering is expected to worsen as people live longer and the number of accidents increases. Resulting health problems will cause a significant economic burden, escalating the amount of money that governments will need to spend and potentially denying patients the right to necessary treatments and rehabilitation.

We, the undersigned, propose that 2000 – 2010 be designated as the decade committed to improving quality of life for people with bone and joint diseases and injuries throughout the world.

On behalf of the Belgian Government

I hereby sign the declaration above.

Frank Vandembroucke

TWEEJAARLIJKSE PRIJS SPA FOUNDATION "THE ORIGINAL SPA WATER" 2003 REGLEMENT

Art. 1. - De tweejaarlijkse Prijs SPA FOUNDATION "The Original Spa Water", ten bedrage van 40.000 EUR, bekroont een originele bijdrage in het kader van "het water doorheen de levenscyclus" .

- Art. 2. - De Prijs 2003 is voorbehouden aan het domein "**Water en Groei**" (*). Deze internationale Prijs is bedoeld als erkenning van een vorser of een ploeg vorsers die zich onderscheiden hebben inzake studie van het watermetabolisme bij pasgeborenen en prematuren.
- Art. 3. - De kandidaten voor deze Prijs mogen niet eerder een hogere Prijs voor het voorgedragen werk ontvangen hebben. De Jury kan van deze regel afwijken.
- Art. 4. - De beneficianten van een onderzoeksovereenkomst gefinancierd door SPA MONOPOLE of een maatschappij uit dezelfde financiële groep, komen niet in aanmerking.
- Art. 5. - De in het Engels gestelde kandidaturen dienen aan de hand van de daartoe bestemde formulieren en onder vertrouwelijke omslag, op het Secretariaat-generaal van het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek, Egmontstraat 5, 1000 Brussel, ingediend te zijn **vóór 1 november 2002.**
Twee foto's (13x18) van de kandidaat of kandidaten moeten bij het formulier gevoegd worden.
- Art. 6. - Alle eventuele problemen in verband met de ontvankelijkheid van de ingediende kandidaturen, alsook deze omtrent de toekenning van de Prijs zelf, worden, zonder mogelijkheid van verhaal, door het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek beslecht.
- Art. 7. - De Prijs wordt door het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek toegekend op voorstel van een Jury, samengesteld door het Nationaal Fonds.
- Art. 8. - Het N.F.W.O. kan beslissen de Prijs niet toe te kennen. In dat geval wordt een nieuwe procedure opgestart zonder dat de indiendata van de volgende toekenningsdata gewijzigd worden.
- Art. 9. - SPA MONOPOLE behoudt zich het recht voor om, na overleg met de auteur(s), als eerste een eventuele industriële en/of commerciële toepassing van de bekroonde werken te doen.
- Art. 10. - De voordrachten, verslagen en voorstellen met betrekking tot deze Prijs mogen noch kenbaar, noch gepubliceerd worden.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING

Management in de gezondheids- en welzijnszorg Voortgezette opleiding gespreid over 2 jaren

AANKONDIGING

EHSAL-Brussel organiseert samen met Vormingscentrum Guislain (Broeders van Liefde) en Katholieke Hogeschool Gent St. Lieven, een voortgezette opleiding 'management in de gezondheids- en welzijnszorg'.

Deze praktijkgerichte tweejarige opleiding wil de cursisten inzicht en vaardigheden bieden in het management van een zorginstelling en dit vanuit een waaier aan invalshoeken.

Een greep uit het programma : strategisch-, personeels-, financieel management, facilitair management, verzekeringen, marketing en externe communicatie, ICT, kwaliteitsbeleid. Daarnaast wordt ook een overzichtelijk beeld gegeven van de zorgsector met de juridische, ethische en

(*) Water is essentieel bij de ontwikkeling van het leven. Het is in dit natuurlijk milieu dat de eerste menselijke cellen zich ontwikkelen en differentiëren. Het is ook de natuurlijke omgeving van de foetus die zich, zoals bij de oorsprong van de evolutie, in waterig milieu ontwikkelt.

Onvolledige ontwikkeling van de nieren en het darmstelsel bij de prematuur heeft een grote invloed op het hydro-mineraal metabolisme en de latere ontwikkeling van de pasgeborene.

Het ongemerkt waterverlies is kritisch daar dit het belangrijkste verlies is bij pasgeborenen, in het bijzonder bij prematuren.

deontologische grenzen die hier spelen. Tot slot worden ook door praktische trainingen management- vaardigheden aangeleerd en geoefend.

Deze opleiding richt zich tot personen werkzaam in de zorgsector die zich willen bekwamen in beleids- en managementvraagstukken en tot jong afgestudeerden met interesse voor de zorgsector.

De opleiding is gespreid over 2 jaren (1 namiddag per week - occasioneel op zaterdag). Er kan ook modulair worden ingeschreven voor 1 of meer modules. Cursisten die voor alle modules zijn geslaagd bekomen een officieel erkend diploma.

Folder en info : Contacteer EHSAL Brussel (Geert Gesquière, coördinator - Tel. 02/210.16.09 - geert.gesquiere@staf.ehsal.be)

AANKONDIGINGEN

- 02038 Erkend, tweetalige **RADIOLOOG** (mamm/echo/ct) met ervaring in privé en ziekenhuis, is nog een paar dagen in de week beschikbaar. Voor inlichtingen : tel. : 03/383.26.19 of 0476/20.02.80.
- 02039 Vervanging/Interim Radiologie/echografie/CT. Tweetalig, erkende **RADIOLOOG**. Tel. 0476/20.02.80 of 03/383.26.19.
- 02040 **FRANCE** (Annecy) : **GYNECOLOGUE** belge recherche confrère en vue succession. Activité privée en clinique : chirurgie, accouchements, chirurgie oncologique à développer. Plateau technique de qualité. Tél. soir-we : 00.33.4.50.46.76.86.
- 02045 **ANTWERPEN** : **OOGARTSPRAKTIJK OVER TE NEMEN** in centrum van Antwerpen voor de prijs van de toestellen. Tel. : 03/828.55.56 – e-mail : m.schraepen@skynet.be
- 02049 **FRANCE (FAYENCE, VAR)** : Possibilité de pratique d'**OPHTALMOLOGUE** à temps plein ou partiel. Info : Dr Jacques Marais, 41 route de la Gare, F – 83440 FAYENCE Tél. : 00.33.4.94.84.19.39

Inhoudstafel

• Nieuwe conventietarieven op 1 juli 2002	1
• Het scorebord van het onderdeel B7, of het rechtsgevoel van een minister	1
• Opname in ziekenhuis en dagziekenhuis: "Verantwoorde bedden"	6
• Planning van het medisch aanbod	18
• Extra financiële bijdrage voor bezoek aan de spoedgevallendiensten	21
• Criteria voor de erkenning in de psychiatrie – Erratum	22
• Nomenclatuur art. 31 – Toestellen ter correctie van het gehoor	22
• Nomenclatuur art. 17bis echografie	24
• De zorg voor kinderen in het ziekenhuis bedreigd – Mededeling van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde – April 2002	24
• Onderlinge erkenning van diploma's in de Europese Unie – Commentaar C.C.Leibbrandt, Secretaris-Generaal UEMS	25
• Mededeling van het Centraal Bureau van de Ziekteverzekering van de ambtenaren van de Europese Unie – Af te leveren officiële documenten	27
• Advies over het gebruik van dehydro-epiandrosteron (DHEA) in sommige «verjongingskuren» – Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België	28
• Endorsement Bone & Joint Decade	30
• Tweejaarlijkse Prijs SPA FOUNDATION "The Original Spa Water" 2003	30
• Wetenschappelijke vergadering	31