

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen van  
Geneesheren-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS  
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof  
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel  
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : [info@VBS-GBS.org](mailto:info@VBS-GBS.org)

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 6 / AUGUSTUS 2005**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## BETOGING TEGEN HET BELEID VAN DEMOTTE: BRUSSEL 24/09/2005

Artikel 58 van de gezondheidswet van 27 april 2005 laat minister DEMOTTE toe met volmachten om het even wat te doen *"teneinde de globale begrotingsdoelstelling 2005 in de verzekering geneeskundige verzorging te realiseren"*.

Hij onthoudt de artsen hun gerechtvaardigde index van 1,55 % en heeft met grote spoed een uitvoeringsbesluit doen treffen om de artsen die € 0,29 voor een consultatie of € 0,45 voor een huisbezoek extra aanrekenen voor de index te straffen met boetes van minimum € 125,00.

De administratieve rompslomp voor het voorschrijven van geneesmiddelen wordt waanzinnig groot, zowel voor huisartsen als specialisten. Met spoed zal DEMOTTE ook een volmachtenbesluit doen publiceren dat de volledige praktijk van een arts, die minder goedkope geneesmiddelen voorschrijft dan het onwetenschappelijke gemiddelde dat de minister eigenhandig heeft vastgesteld, voor minstens zes maand onder monitoring zal plaatsen. Als de betrokken arts zijn gedrag niet wijzigt, zal hij worden gestraft.

Onder de naam Be.Health is DEMOTTE bezig een Big Brother systeem uit te werken, waarmee de Overheid de gegevens uit de medische dossiers wil gebruiken voor andere doeleinden dan zorgverlening. De dossierhoudende arts moet verplicht fungeren als gijzelnemer van zijn patiënten. De verzekering van het medisch geheim baart ons hierbij de grootste zorgen, des te meer omdat praktiserende artsen doelbewust uit het project worden geweerd. Nochtans wil DEMOTTE van het elektronisch verwerken van dossiergegevens volgens de door hem bepaalde regels een absolute voorwaarde maken om nog als arts te mogen praktiseren.

In de ziekenhuizen beknot de minister de autonomie van de artsen en verhoogt hij nogmaals de administratie door over te schakelen naar forfaitarisering van de het geneesmiddelen-gebruik en de financiering per pathologie. Straks moet de arts aan de beheerder gaan vragen welke medicatie hij mag gebruiken en welke pathologieën hij nog mag behandelen, en hoe.

In de revalidatiesector legt de minister blinde besparingen op waar in de eerste plaats de patiënten minder zorg krijgen en de artsen zwaar moeten inleveren.

Geforfaitariseerde sectoren met gesloten enveloppen zijn immers gemakkelijke besparingsdomeinen voor de Overheid. De klinische biologie en de radiologie delen regelmatig in de klappen. Recent werden de vergoedingen voor dringende verstrekkingen tijdens nacht of week-end afgeschaft of drastisch beperkt.

Ondanks het nepmatorium voor de afhoudingen op de erelonen, blijft de factuur van de solidariteit in de ziekenhuizen als maar groter worden. En daar grijpt DEMOTTE met beide handen tegelijk: enerzijds de artsenhonoraria en anderzijds het ziekenhuisbudget...

Teruggefloten door het Hof van Beroep dat had beslist dat het voorbereiden, assisteren en aanrekenen van instrumenten door het verplegend personeel werkzaam in het operatiekwartier wel degelijk gedekt wordt door het budget van financiële middelen (BFM) van het ziekenhuis, wijzigt DEMOTTE eigenhandig de regels en stelt dat "instrumentisten" niet in het BFM zijn inbegrepen. Wordt het OK- budget een lege doos?

De eerste maandag van oktober moet het RIZIV Verzekeringscomité de begroting voor geneeskundige verzorging 2006 vaststellen. De laatste week van september wordt een beslissende week voor de RIZIV begrotingsopmaak.

Daarom nodigen wij alle verenigingen uit om **samen met de BVAS te betogen in Brussel op ZATERDAG 24.09.2005 vanaf 14.30 (vertrek aan de Beurs) tegen het beleid van DEMOTTE** die de gezondheidszorg heeft toevertrouwd aan boekhouders, economen en juristen terwijl hij de artsen en de andere zorgverleners beledigt, hen systematisch culpabiliseert en hen een budgettair rad voor de ogen draait.

Huisartsen en specialisten, intra-muralen en extra-muralen, Vlamingen, Brusselaars, Walen en Duitstaligen, toon de paarse Regering dat we de sluipende verstaatsing van de gezondheidszorg en van ons medisch beroep spuugzat zijn.

**GEEN GENEESKUNDE ZONDER ARTSEN.**  
**ARTSEN EISEN AUTONOMIE EN RESPECT**

Wij rekenen er op dat jullie talrijk op de afspraak aanwezig zullen zijn.

Namens het BVAS directiecomité en het Uitvoerend Comité van het VBS,

Dr. Marc MOENS  
Voorzitter van de BVAS,  
Secretaris-generaal van het VBS.

**KB van 11 juli 2005 tot wijziging van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen – BS 25.07.2005**

**WIL DEMOTTE DAT ALLE SNIJDENDE DISCIPLINES DE INSTRUMENTEN NEERLEGGEN?**

De minister van Sociale zaken en Volksgezondheid heeft zopas een KB (11 juli 2005) gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad (25 juli 2005) waarin een reeks aanpassingen worden aangebracht aan het basisbesluit van 25.04.2002 over het ziekenhuisbudget.

Art. 1 van voormeld KB wijzigt artikel 13 van het basisbesluit, dat de samenstellende elementen van de Onderdeel B2 (de personeelslasten) van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis bepaalt. Punt 1° van dit artikel wordt nu: (het budget van onderdeel B2 dekt:) "1° de kosten van het verplegend en verzorgend personeel, behalve de instrumentisten van de operatieafdeling;".

Over gezond verstand en onzin van overheidsmaatregelen: wat is de betekenis van de uitsluiting van deze "instrumentisten" uit het ziekenhuisbudget?

1. Er is bij ons weten geen enkel gezondheidszorgberoep dat de beroepstitel of bijzondere beroepsbekwaamheid van "instrumentist" draagt. Volgens het Belgisch Staatsblad kent de ganse Belgische wetgeving alleen "instrumentisten" in het kader van het (militair) orkest van de Muziekkapel der Gidsen, of van de hiërarchische indeling van de graden van het administratief, cultureel en technisch personeel van de RTBF en van de VRT, evenals blijkbaar van de beroepenclassificatie van het Paritair Subcomité van de cementfabrieken.

Juridisch gezien wordt er dus helemaal geen beroepsgroep uitgesloten die in het budget van financiële middelen van het ziekenhuis zou kunnen thuishoren.

2. Wel is er een Koninklijk Besluit van 18 juni 1990 dat de lijst bepaalt van de "technische verpleegkundige prestaties en handelingen". Deze lijst bestaat uit enerzijds (Bijlage I) de lijst van de technische verpleegkundige prestaties (vastgesteld met toepassing van art. 21 quinquies, §3 van het KB nr 78 van 10.11.1967 over de gezondheidszorgberoepen), welke dus autonome verpleegkundige verstrekkingen zijn, die op hun beurt opgedeeld worden in prestaties "B1" waarvoor geen voorschrift van een arts nodig is, en de prestaties "B2" waarvoor wel een voorschrift van een arts nodig is. Anderzijds is er in Bijlage II van voormeld besluit een lijst van handelingen die door een geneesheer aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen toevertrouwd worden, nl. de lijst C; hier gaat het uitdrukkelijk om toevertrouwde geneeskundige handelingen.

De Bijlage I van voormeld KB van 18 juni 1990 vermeldt onder categorie B1 "Beheer van de chirurgische en anesthesiologische uitrusting", en onder B2 "voorbereiding, assistentie en instrumenten (Fr. tekst: "instrumentation") bij medische en chirurgische ingrepen".

Deze taken behoren dus tot de autonome verpleegkundige verstrekkingen, d.w.z. tot de normale taakbeschrijving van de verpleegkundigen.

3. Als het Demotte's bedoeling is om verpleegkundig personeel dat boven de personeelsnorm wordt ingezet met het akkoord van de medische raad en op vraag van de chirurgen niet te dekken via het ziekenhuisbudget, dan is deze maatregel zinloos en overbodig. De huidige bepalingen van artikel 140, §§4 en 5 van de ziekenhuiswet bieden immers voldoende mogelijkheden om dit probleem op te lossen.

4. Als het evenwel de bedoeling is de voormelde technische verpleegkundige verstrekkingen, d.w.z. de "core business" van het OK-personeel, niet meer te dekken via het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, dan is deze maatregel op zijn zachts gezegd ondoordacht. Terwijl Demotte sedert zijn Gezondheidsdialogen loopt te kakelen over herfinanciering van de ziekenhuizen, peuzelt hij stiekem zijn windeieren weer op. De lippendienst die hij hier meent te bewijzen aan CD&V- Voorzitter Vandeurzen die al een decennium rondloopt met een "instrumentisten"-obsessie, dreigt dan helaas een totale desorganisatie van het normale dagdagelijkse fundamentele verpleegkundige werking in de harde kern van het ziekenhuis te veroorzaken.

Beiden hadden beter even nagedacht over de mogelijke gevolgen daarvan, niet alleen voor het ziekenhuisbudget, maar vooral voor de patiënten. Want als voortaan de "voorbereiding, assistentie en instrumentatie bij medische en chirurgische ingrepen" niet meer gedekt zouden worden door het ziekenhuisbudget, dan hadden ze ook moeten rekening houden met het feit dat de technische verpleegkundige verstrekkingen niet opgenomen zijn in de nomenclatuur zodra de patiënt in een ziekenhuis wordt opgenomen.

Demotte en Vandeurzen hebben dus hand in hand de ideale voedingsbodem geschapen voor extramurale chirurgie.

Als dat de ratio legis is van "behalve de instrumentisten van de operatieafdeling", dan zullen alle snijdende specialismen inderdaad, weze het om veiligheidsredenen, de instrumenten in het ziekenhuis moeten neerleggen.

Passende acties en manifestaties worden gepland in september, in overleg met alle betrokken beroepsverenigingen en samen met de artsensyndicaten.

We rekenen uiteraard op muzikale begeleiding van alle instrumentisten.

---

## Nota CGV van de Verzekeringscomité 2005/218 van 14 juli 2005.

Betreft : gevolgen van de partiële opzegging van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen door de medische bank gedurende de NCGZ van 13.7.2005 (toepassing van punt 18.2.1.3. van het akkoord - wijziging van de nomenclatuur zonder goedkeuring van de NCGZ)

Vanaf 1 juli 2005 is het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen niet meer van toepassing op de volgende prestaties:

**11°bis Nucleaire Magnetische Resonantie.**

- -prestaties enkel vergoedbaar wanneer uitgevoerd door een geneesheer-specialist voor röntgendiagnose in een erkende dienst (erkend toestel);
- -de NMR-onderzoeken omvatten minstens drie sequenties.

459395-459406	NMR-onderzoek van het hoofd (schedel, hersenen, rotsbeen, hypofyse, sinussen, orbita(e) of kaakgewrichten). minstens drie sequenties, met of zonder contrast, met registratie op optische of elektromagnetische drager	N 180
459410-459421	NMR-onderzoek van de hals of van de thorax of van het abdomen of van het bekken, minstens drie sequenties, met of zonder contrast, met registratie op optische of elektromagnetische drager	N 260
459491-459502	NMR-onderzoek van de cervicale of thoracale of lumbosacrale wervelzuil, minstens drie sequenties, met of zonder contrast, met registratie op optische of elektromagnetische drager	N 180
459513-459524	NMR-onderzoek van een lidmaat, minstens drie sequenties, met of zonder contrast, met registratie op optische of elektromagnetische drager	N 100

**Dat wil zeggen voor de patiënten sociaal verzekerden dat:**

- \* voor deze 4 prestaties er geen geconventioneerde honoraria meer bestaan ;
- \* de betrokkene artsen de mogelijkheid zullen hebben om vrij samen met hen de te betalen honoraria vast te stellen;
- \* ze door de mutualiteit terugbetaald zullen worden volgens de huidige bedragen.

**Dat wil zeggen voor de geneesheren-specialisten voor röntgendiagnose dat**

- \* ze vrij met de patiënten de te betalen honoraria zullen vaststellen;
- \* ze van het sociaal statuut zullen blijven genieten indien de andere voorwaarden vervuld zijn. Deze opzegging is inderdaad beperkt tot enkele prestaties.

---

**Opmerkingen van de werkgroep voor cardiovasculaire preventie en revalidatie  
betreffende de nomenclatuur hartrevalidatie**

In verband met de problematiek van de stijging van de kosten van de gezondheidszorg en in het bijzonder de stijging van de kosten voor revalidatie wenst het kabinet van Minister Demotte een draconische besparing door te duwen tijdens de verlofperiode. De onderliggende veronderstelling is dat er een "abnormale stijging" zou zijn gerealiseerd in de kosten van de hartrevalidatie en dat daarom een besparing van de zelfde grootteorde dient te worden gerealiseerd in 2005. Het RIZIV tekende een stijging van de uitgaven van ongeveer 34% op in 2004; daarom wordt een reductie van de uitgaven gevraagd van 1.6 tot 1.9 miljoen Euro (op een totale omzet voor de hartrevalidatie van 6.6 miljoen).

Het voorstel dat door het Comité voor Geneesheren Directeurs werd uitgewerkt voorziet in een draconische afbouw van het aantal terugbetaalde revalidatiesessies: zo wordt de duur van het revalidatieprogramma beperkt tot maximaal 30 sessies (t.o.v. 45 nu) en voor de indicatie ballondilatatie zelfs tot 15 (i.p.v. 45). De revalidatieartsen dringen aan om de mogelijkheid te behouden om bij patiënten die een onvoldoende recuperatie vertonen na dit gelimiteerde programma om op basis van een verslag naar de adviseur een verlenging van 15 sessies te bekomen, doch deze vraag werd door het College weggewimpeld.

Er zijn nochtans voldoende ernstige argumenten om eerder méér dan minder te investeren in de hartrevalidatie:

1) Het RIZIV gaat uit van een "abnormale" stijging van het aantal prestaties in de hartrevalidatie. Indien er inderdaad een grotere dan gemiddelde stijging op te merken is heeft dit met de zeer specifieke situatie van de hartrevalidatie te maken, die niet te vergelijken is met de andere vormen van revalidatie. In 1997-1998 waren in België slechts 23 centra erkend voor hartrevalidatie. In 2004 is dit aantal gestegen tot 36.

Ter vergelijking: er zijn ongeveer 50 centra erkend voor neurologische en motorische revalidatie. Deze stijging met 56% van het aantal erkende hartrevalidatiecentra (in 5 jaar tijd) heeft uiteraard tot gevolg dat in deze opstartende centra een veel grotere relatieve groei aan prestaties genoteerd wordt, wat een valse indruk van "abnormale" groei creëert : tussen 2003 en 2004 zijn 4 bijkomende centra erkend (stijging met 12.5%). Omgerekend per erkend hartrevalidatiecentrum is er tussen 2000 en 2005 een stijging van de omzet van 7%, wat neerkomt op een stijging lager dan de inflatie! Ondanks de stijging in het aantal erkende hartrevalidatiecentra kan een hartpatiënt voor zijn revalidatie op dit moment nog steeds niet terecht in een aantal grote ziekenhuizen, in tegenstelling tot veel minder levensbedreigende aandoeningen die de hoofdmoot vormen van andere vormen van revalidatie: slechts één ziekenhuis op vijf is in staat een optimale hartrevalidatie aan te bieden.

Dat deze abnormale toestand in de laatste jaren stilaan gecorrigeerd wordt is voor een groot deel de verklaring voor de "abnormale stijging" van het aantal hartrevalidatieprestaties. Uit dat oogpunt zou het RIZIV dienen af te stappen van de al te simplistische benadering waarbij enkel de omzetcijfers in relatie tot de vorige jaren worden geanalyseerd, zonder de onderliggende redenen van deze stijging na te gaan. Het spreekt vanzelf dat een nieuw opgerichte dienst in de eerste jaren altijd sneller zal stijgen dan het gemiddelde.

2) Bij het RIZIV leeft ook de verkeerde notie dat bepaalde indicatiegebieden meer stijgen dan verantwoord kan worden, met name hartfalen en resistente angina pectoris. Een snel overzicht bij een aantal grote revalidatiecentra leert dat de grote indicatiegebieden liggen bij de hartoperaties, de interventionele procedures en de hartinfarcten (meer dan 80% van de ambulante prestaties) terwijl hartfalen en resistente angina pectoris slechts 10-20% uitmaken. Vooral de hartfalenproblematiek kent een grotere stijging dan de andere indicaties in die centra die volgens de nieuwste wetenschappelijke inzichten zich verder uitbouwen tot specifieke hartfalencentra. De enorme stijging van de problematiek van hartfalen bij onze ouder wordende populatie (de Europese Vereniging voor Cardiologie gaat uit van een verdubbeling van het aantal

patiënten met hartfalen elke tien jaar t.g.v. de vergrijzing!), met daaraan verbonden de kosten te wijten aan ziekenhuisopnames en interventies, kan voor een deel worden opgevangen door een zeer nauwkeurige opvolging en revalidatie in deze hartfalencentra.

Zowel de klinische efficiëntie als de kostenbesparende effecten van dergelijke aanpak werden in de literatuur al duidelijk aangetoond: een Cochrane analyse toonde een reductie van hospitalisaties in de groep hartfalenpatiënten met 17% aan. Gezien het in deze gevallen meestal gaat om erg langdurige opnames is de besparing hier al snel duidelijk. De besparingen die een goed revalidatieprogramma kunnen genereren vallen misschien niet op als enkel de jaarlijkse groei van de revalidatieprestaties wordt bekeken, maar het zelfde aantal cardiologische ziekenhuisbedden dient de laatste jaren wel jaarlijks een stijging van meer dan 10% op te vangen, met steeds dalende ligduur. Enkel een snelle mobilisatie van opgenomen patiënten en een strikte opvolging in de eerste weken na ontslag maakt het mogelijk om deze patiënten korter te hospitaliseren en op langere termijn uit het ziekenhuismilieu te houden.

3) De investeringen die de ziekteverzekering de laatste jaren heeft gedaan in de hartrevalidatie zijn inderdaad belangrijk, doch dienen ook in perspectief gezien te worden t.o.v andere kosten. Zo zal een opname voor een ballondilatatie met plaatsing van een stent een gemiddelde totale kost van 5.000 tot 6.500 Euro veroorzaken. Daartegenover staat een gemiddelde kostprijs van 1.000-1.200 Euro voor een volledig revalidatieprogramma. In een recente studie uitgevoerd in enkele Belgische ziekenhuizen (ref. in bijlage) werd de kans op recidief opname en interventie nagegaan bij ongeveer 200 patiënten die een standaard "Belgisch" hartrevalidatieprogramma volgden t.o.v patiënten die een dergelijk programma niet aangeboden kregen (wegens geen erkenning in het verwijzend centrum) duidelijk lager lag in de groep die de kans kreeg om een revalidatieprogramma te volgen, ondanks het feit dat de cardiologische behandeling en opvolging exact vergelijkbaar was! Het verschil in kans op nieuwe ballondilatatie binnen de opvolgingstijd van slechts 15 maanden was zeer significant (17% versus 30%): een eenvoudige berekening die enkel rekening houdt met de directe kost van de bijkomende interventie komt op een extra uitgave t.g.v. interventies voor de niet gerevalideerde groep van 65.000 tot 84.500 Euro. De vermindering van de directe kosten gegenereerd binnen de 15 maanden door het volgen van een revalidatieprogramma compenseert reeds meer dan de helft van de kostprijs van het volgen van revalidatie. De bijkomende effecten op lange termijn door de verandering van levensstijl alsook de kosten van langdurige werkonbekwaamheid en eventuele lagere medicatiekosten zijn hierin niet inbegrepen : andere wetenschappelijke gegevens uit Belgische revalidatiecentra tonen eenduidig aan dat ook op het vlak van werkhervatting een hartrevalidatieprogramma gunstige effecten veroorzaakt. Een revalidatieprogramma kan dan ook als kostenbesparend beschouwd worden.

4) De minister gaat in zijn beleid terecht uit van het belang van preventie in de beheersing van de ziektekosten. Daarom is het erg moeilijk te begrijpen dat één van de enige georganiseerde vormen van secundaire preventie, zoals die momenteel worden gedaan in de erkende hartrevalidatiecentra, zou getroffen worden door lineaire restricties. In de erkende centra wordt intensief gewerkt aan de wijziging van het leef- en eetpatroon van de patiënt en worden rookstopcursussen georganiseerd. De Europese en Amerikaanse verenigingen voor Cardiologie gaan dan ook terecht uit van "Cardiac Rehabilitation AND Secondary Prevention". Een patiënt zal zelfs na een opname voor een hartziekte in de meeste gevallen niet slagen om zijn levensstijl in de gezonde richting aan te passen zonder professionele begeleiding. Secundaire preventie zit dan ook ingebed in de werking van de hartrevalidatiecentra, en het uitsluiten van bepaalde patiëntengroepen uit deze preventieve aanpak zal in de zeer nabije toekomst enkel grotere kosten genereren: zo zal een rookstop bij een hartpatiënt reeds na één jaar tijd een belangrijke daling van het risico op heropname van ongeveer 20% veroorzaken, met blijvende gezondheidswinst ook in de jaren nadien. Een Belgische studie die recent werd voorgesteld op het symposium van de Europese Werkgroep voor Hartrevalidatie, toonde dat een kort rookstopprogramma in het kader van een revalidatieprogramma na een hartaandoening een lange termijn abstinentie kon verkrijgen van meer dan 65%! <sup>1</sup>

5) Op dit moment zijn in ons land de hart- en vaatziekten verantwoordelijk voor minstens 34% van de sterfte bij mannen en 42% bij vrouwen, en veroorzaken zij meer dan 10% van alle hospitalisaties, terwijl zij bij lange na niet een gelijkaardig deel van het budget van de ziekteverzekering opgebruiken : momenteel bedraagt het budget van hartrevalidatie ongeveer 2% van het hele revalidatiebudget. Rekening houdend met de wetenschappelijke gegevens die aantonen dat een optimale revalidatie en preventie een zeer belangrijke rol spelen in het beheersen van de epidemie van hart- en vaatziekten lijkt het voor de hand liggend dat het uitsluiten uit de revalidatie van de zwaarste risicocategorie van hartpatiënten niet als "evidence based" beleid kan aanzien worden. De richtlijnen van de Europese Vereniging voor Cardiologie pleiten namelijk voor veel méér deelname van deze patiënten in een revalidatieprogramma gezien de directe en zeer snelle winst op het vlak van gezondheid (en dus ook voor het budget van de ziekteverzekering) die hieruit resulteren.

---

<sup>1</sup> Nvdr: ondertussen heeft minister DEMOTTE beslist 3 miljoen EURO op jaarbasis te investeren in de begeleiding van zwangere vrouwen en hun partner die trachten te stoppen met roken.

6) Om een idee te krijgen van de juiste behoefte aan hartrevalidatie wordt door de Werkgroep voor Cardiovasculaire Preventie en Revalidatie van de Belgische Vereniging voor Cardiologie een studie gemaakt, gebaseerd op gepubliceerde gegevens enerzijds en anderzijds op een vergelijking met de programmering in de ons omliggende landen, dit laatste via contacten met de Europese Werkgroep voor Hartrevalidatie en Preventie. Wij willen op die manier een goed onderbouwd voorstel doen van de te verwachten noden aan nieuwe erkenningen en eventuele aanpassingen aan de nomenclatuur. Op die manier kan pro-actief een planning worden gemaakt en kunnen de financiële middelen hiervoor worden voorzien in een aangepast budget. Door een optimale programmering van het aanbod aan hartrevalidatiecentra per zorgregio en een evaluatie van de verstrekte zorgen en de naleving van de reglementering ter zake moet het mogelijk zijn om een optimale zorg voor de patiënten te samen te laten gaan met een redelijk groeiritme van de uitgaven.

7) De hartrevalidatie is een zeer arbeidsintensieve aangelegenheid : in een hartrevalidatieteam zijn kinesisten, sociaal verpleegkundigen, diëtisten, psychologen en cardiologen-revalidatieartsen betrokken bij het multidisciplinaire programma. Indien de aangekondigde besparingen worden doorgevoerd zal dit, naast de zorgbeperking voor de patiënten, ook zonder twijfel resulteren in een belangrijke vermindering van de tewerkstelling in deze sector. De kinesitherapeuten worden met name nogmaals met harde klappen bedreigd.

Namens de Werkgroep voor Cardiovasculaire Preventie en Revalidatie van de Belgische Vereniging voor Cardiologie  
Dr Paul Dendale, Virga Jesse Ziekenhuis Hasselt.

### **ENKELE REPRESENTATIEVE WETENSCHAPPELIJKE GEGEVENS BETREFFENDE HARTREVALIDATIE**

1) Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. American Heart Association Scientific Statement. Circulation 2005;111:369-376

“...cardiac rehabilitation services remain underused...”

“...rehabilitation was associated with lower total and cardiac mortality rates compared with usual medical care” : total mortality – 20%, non-fatal MI – 21%, CABG – 13%, PTCA – 19%

2) Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure. Circulation 1999;99:1173-1182

“Exercise training was associated with both lower mortality (relative risk 37%) and hospital readmission for heart failure (relative risk 29%)”

“...demonstrate that long-term moderate exercise training improves functional capacity and quality of life in patients with stable chronic heart failure. Both benefits were observed immediately after two months training and were maintained at 1 year with a supervised program..”

“...translate into a lower rate of hospital readmission for cardiac insufficiency and a lower mortality rate.”

3) Exercise based rehabilitation for patients with coronary heart disease : systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med 2004;116:682-692

“Compared with usual care, cardiac rehabilitation was associated with a reduced all-cause mortality (odds ratio 0.80) and cardiac mortality (odds ratio 0.74), greater reductions in cholesterol level, triglyceride level and systolic blood pressure”

4) Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life, and vocational status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation programme. Heart 1999;81:359-366

“...a larger percentage of the regular exercisers resumed full time employment and they returned to work earlier than controls”

5) Cardiac rehabilitation reduces the rate of major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention. Eur J Cardiovasc Nurs 2005 in press

“The incidence of MACE in the rehabilitation group is significantly lower than in the control group (24% vs 42%)”

“...which results in decreased hospitalisation and the need for revascularisation, may contribute to an important decrease of health care costs”

6) Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly. American Heart Association Scientific Statement. Circulation 2002;105:1735-1743

“Cardiac rehabilitation programs are particularly well suited to the provision of secondary prevention services...”

“Greater involvement of the elderly in these programs is needed to fully realize the therapeutic and secondary prevention potential”

7) Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation. Guidelines of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2003;24:28-66

“Rehabilitation is indicated in patients with significant left ventricular dysfunction. The process should start as soon as possible and be continued in the succeeding weeks and months.”

8) ACC/AHA Practice Guidelines for Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 2101-13

“Exercise training should be considered for all stable outpatients with chronic HF who are able to participate in the protocols needed to produce physical conditioning. Exercise training should be used in conjunction with drug therapy.”

9 ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol 2004;44:671-719

“Secondary prevention services remain discouragingly underutilized despite the compelling evidence for and large magnitude of their benefits. ...Referral to outpatient cardiac rehabilitation can aid in attainment of these goals”

10) Exercise training intervention after coronary angioplasty : the Ethica trial. J Am Coll Cardiol 2001;37:1891-1900

“During the follow-up trained patients had a significantly lower event rate than controls (11.9 vs 32.2%) and a lower rate of hospital readmission (18.6 vs 46%)”

---

### Koninklijk besluit van 20 juli 2005 tot wijziging van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen - B.S. 29.07.2005

Het KB van 20 juli 2005 introduceert een nooit gezien precedent. Het saldo van het aantal vóór de in voege treding van dit besluit toegekende revalidatieverstrekingen worden ingeval van een resistente angina pectoris van de ene op de andere dag niet langer terugbetaald.

**Artikel 1.** In hoofdstuk IV, A, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 mei 1996, wordt het eerste lid, 6°, opgeheven.

**Art. 2.** Voor de rechthebbende met één van de cardiale pathologieën vermeld in hoofdstuk IV, A, eerste lid, 6°, van de bijlage bij het voornoemde koninklijk besluit van 10 januari 1991 en die nog behandeld wordt op de datum van inwerkingtreding van dit besluit, is **het saldo van het aantal toegekende verstrekingen 771201, 771212 - 771223 vanaf deze datum van inwerkingtreding niet meer terugbetaalbaar.**

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad tzt op 1 augustus 2005

---

### Brief van 20 juli 2005 van de Beheerraad van de Belgische Vereniging van Pneumologie en de werkgroep « Respiratory Somnology » aan Minister DEMOTTE: Voorstel van het College van Geneesheren-Directeurs van 27 juni 2005 betreffende CPAP in geval van OSAS

Betreft: Akkoord « mechanische ademhalingsondersteuning thuis » - Voorstel van het College van Geneesheren-Directeurs van 27 juni 2005 betreffende CPAP in geval van OSAS.

Mijnheer de Minister,

Het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV heeft ons op 07.07.2005 de voorstellen overgemaakt die het aan het Verzekeringscomité wil voorleggen, i.v.m. de vermindering van de dagprijs voor de verstreking CPAP tot **2,65 €** in plaats van de voor 2005 voorziene **3,58 € (d.i. een vermindering met 26 %)** in het kader van het bovenvernoemde conventie. Daarenboven wordt een persoonlijke tussenkomst van de patiënt voorzien voor een bedrag van 0,25 €. Dit voorstel kadert in uw persoonlijke verzuchtingen om 7.500.000 € per jaar te besparen in deze sector. Daarbij komen nog een reeks erg betwistbare besparingsmaatregelen zoals de niet-indexering van een groot deel van het bedrag, de eventuele aanpassing van de prijzen enkel en alleen op voorwaarde dat de kosten gedurende twee opeenvolgende boekjaren niet worden gedekt, de verdere niet-terugbetaling in geval van hospitalisatie van de patiënt, evenals de in voege treding van het systeem op 1 augustus 2005.

Alle leden van de Beheerraad van de Belgische Vereniging van Pneumologie en van de werkgroep « Respiratory Somnology » van onze Vereniging zijn de mening toegedaan dat deze voorstellen onaanvaardbaar en bijzonder nefast zijn voor de kwaliteit van de behandeling van dit ernstig en belangrijk gezondheidsprobleem.

Op verzoek van het RIZIV, heeft de Belgische Vereniging van Pneumologie sedert eind 2003 heel wat studiewerk verricht over deze problematiek (alle documenten werden overgemaakt aan het RIZIV), zoals ondermeer een volledig evaluatieverslag over de mechanische ademhalingsondersteuning thuis door CPAP, en verschillende voorstellen m.b.t. de dagprijs gefundeerd op een grondige evaluatie van de verschillende kostensoorten. Ter indicatieve titel, bedroeg het laatste voorstel dd. 28.06.05 van de Belgische Vereniging, gegrond op objectieve criteria, 2,92 € (**het betreft hier een spontaan voorstel van de pneumologen om de dagprijs te verminderen van 3,58 € tot 2,92 €, hetzij met 19%**) en dat van het RIZIV dd. 16.06.05, 2,73 €. We benadrukken met aandring dat het laatste voorstel van het RIZIV m.b.t. de dagprijs (2,65 €), dat als financieel addendum bij het huidig akkoord zou dienen gevoegd te worden, lager ligt dan haar eigen vorige objectieve evaluatie (2,73 €). Blijkbaar is objectieve evaluatie in deze problematiek van ondergeschikt belang is. Alle elementen van het RIZIV-voorstel laten duidelijk blijken dat de besparing, op niet-rationele bases, van een vooraf bepaald bedrag, de enige gezochte doelstelling is.

De globale besparing van 7.500.000 € ten nadele van de 56 Pneumologie-diensten die ons land telt, staat buiten elke proportie, is onaanvaardbaar en zal onvermijdelijke schade veroorzaken voor de kwaliteit van de zorgverlening. Uit de besprekingen die de voorbije dagen werden gevoerd in de schoot van de Vereniging, blijkt duidelijk dat wij acties moeten ondernemen indien dit voorstel van het College van Geneesheren-Directeurs wordt gehandhaafd. Een eerste maatregel zal ongetwijfeld bestaan in het volledig en dringend (aangezien het addendum op 1 augustus 2005 van kracht wordt) informeren, via eenzelfde schrijven, van de 17.000 patiënten die deze behandeling genieten. Wij zullen tegelijkertijd met onze leden overwegen welke de mogelijkheden zijn van een conventie waarbij de dagprijs, rekening houdend met de objectieve analyses van beide partijen, de onkosten niet dekt. Tenslotte zullen we, als deze voorstellen de continuïteit van de zorgverlening in het gedrang brengen en een echte breuk vormen met de vroegere praktijk, de nodige juridische adviezen inwinnen. In het licht van de recente evoluties en bij gebrek aan overeenstemming, kan geen enkel van de spontane voorstellen van de Belgische Vereniging voor Pneumologie in de zin van besparingen in de sector, als tegenstelbaar worden beschouwd. Wij blijven natuurlijk te uwer beschikking om op rationele basis over deze problematiek verder gesprekken te voeren.

U dankend bij voorbaat voor de aandacht die u aan dit schrijven zult willen besteden, verblijven wij inmiddels, Mijnheer de Minister, met de meeste hoogachting,

Voor de Beheerraad van de Belgische Vereniging van Pneumologie en de werkgroep « Respiratory Somnology »

Vincent Ninane, Voorzitter van de Belgische Vereniging voor Pneumologie

Cc : Dr G Vereecke, Voorzitter van het College van Geneesheren-Directeurs

---

**KB van 11 juli 2005 tot wijziging van artikelen 28 en 35 van de nomenclatuur  
– BS 25.07.2005**

**Artikel 1.** In **artikel 28, § 1**, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gewijzigd bij de koninklijke besluiten van (...), worden de verstrekkingen 638713-638724, 638735-638746 en 638750-638761 geschrapt;

**Art. 2.** In **artikel 35** van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van (...) worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1, A. Orthopedie en traumatologie, categorie 2, worden na het opschrift «Humerus : » het volgende opschrift en verstrekkingen ingevoegd :

« 695074-695085

Monobloc humerussteel voor plaatsing met cement

U 890

695096-695100

Monobloc humerussteel bedoeld om te plaatsen zonder cement

U 890



695111-695122	
Monobloc humerussteel voorzien van een osteotrope bedekkingslaag of een poreuze coating	U 890
695133-695144	
Monobloc humerussteel voor revisie gebruikt tijdens de verstreking 286635-286646	U 890
695155-695166	
Standaard humerussteel voor plaatsing met cement	U 712
695170-695181	
Standaard humerussteel bedoeld om te plaatsen zonder cement	U 712
695192-695203	
Standaard humerussteel voorzien van een osteotrope bedekkingslaag of een poreuze coating	U 763
695214-695225	
Humerussteel voor revisie gebruikt tijdens de verstreking 286635-286646 of voor reconstructie	U 1069
695236-695240	
Humerussteel bestaande uit meerdere delen (3e generatie: met inbegrip van entretoise/rehausseur/exentreerder) voor plaatsing met cement	U 827
695251-695262	
Humerussteel bestaande uit meerdere delen (3e generatie : met inbegrip van entretoise/rehausseur/exentreerder) voor plaatsing zonder cement al dan niet voorzien van een osteotrope bedekkingslaag	U 1020
De verstrekingen 695236-695240 en 695251-695262 zijn niet cumuleerbaar met de verstreking 695450-695461.	
695273-695284	
Cefalische prothese	U 636
695295-695306	
Standaard humeruskop of binnenkopje van bipolaire kop	U 382
695310-695321	
Bipolaire humeruskop	U 636
695332-695343	
Humeruskop in keramiek	U 560
695354-695365	
Glenoid voor schouderprothese - Standaard in polyethyleen	U 305
695376-695380	
Niet-modulaire glenoid voor schouderprothese uit één stuk, met metalen buitendeel en binnendeel vervaardigd uit polyethyleen (metal backed)	U 407
695391-695402	
Buitendeel van een modulaire glenoid voor schouderprothese – standaard	U 277
695413-695424	
Binnendeel van een modulaire glenoid voor schouderprothese	U 185
695435-695446	
Samenstellende delen van een omgekeerde prothese van Gramont, andere dan de steel	U 763
695450-695461	
Rehausseur voor omgekeerde schouderprothese	U 150

2° In § 1, A. Orthopedie en traumatologie, categorie 2, worden de verstrekingen 680396-680400, 680411-680422 en 680433-680444 geschrapt.

3° In § 16, A. Orthopedie en traumatologie, categorie 2, worden vóór het opschrift «Categorie 3 : » het volgende opschrift en verstrekingen ingevoegd :

« Humerus :

695074-695085, 695096-695100, 695111-695122, 695133-695144, 695155-695166, 695170-695181, 695192-695203, 695214-695225, 695236-695240, 695251-695262, 695273-695284, 695295-695306, 695310-695321, 695332-695343, 695354-695365, 695376-695380, 695391-695402, 695413-695424, 695435-695446, 695450-695461»

4° In § 17 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) In opschrift « - 20 % voor de verstrekingen : », A. Orthopedie en traumatologie, worden vóór het opschrift « E. Urologie en nefrologie » het volgende opschrift en verstrekingen ingevoegd :

« Humerus :

695074-695085, 695096-695100, 695133-695144, 695273-695284, 695295-695306, 695310-695321, 695332-695343, 695435-695446 »

b) De volgende opschriften en verstrekkingen worden vóór het opschrift « - 30 % voor de verstrekkingen : » ingevoegd :

« - 25 % voor de verstrekkingen :

A. Orthopedie en traumatologie :

Humerus :

695155-695166, 695170-695181, 695214-695225 »

c) In opschrift « - 30 % voor de verstrekkingen : », A. Orthopedie en traumatologie, worden vóór het opschrift « - 36 % voor de verstrekkingen : » het volgende opschrift en verstrekkingen ingevoegd :

« Humerus :

695111-695122, 695354-695365, 695376-695380, 695391-695402, 695413-695424»

d) De volgende opschriften en verstrekkingen worden vóór het opschrift « - 36 % voor de verstrekkingen : » ingevoegd :

« - 35 % voor de verstrekkingen :

A. Orthopedie en traumatologie :

Humerus :

695192-695203, 695236-695240, 695251-695262, 695450-695461 »

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.- (ttz 1 september 2005)

## KB van 26 juli 2005 tot wijziging van de nomenclatuur logopedie - BS 29.07.2005

Gelet op de wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, inzonderheid op artikel 58, § 1 en § 2, tweede lid, 3°;

(...)

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 36 van hoofdstuk X. 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, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 26 april 1999 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 mei 2003, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1 van de Franse tekst worden de woorden « année calendrier » vervangen door de woorden « année civile ».

2° In § 1, tweede lid, worden de woorden « zesde alinea » vervangen door de woorden « zevende alinea ».

3° In § 1, wordt tussen het nomenclatuurcodenummer 727355 en het woord « of » het volgende lid ingevoegd :

« of 711395, 712390, 713392, 714394, 717393, 718395, 719390, 721394, 729396, 723391, 724393, 725395, 726390, 727392, 728394, »

4° In § 1, wordt tussen het nomenclatuurcodenummer 711631 en het woord « of » het volgende lid ingevoegd :

« of 712692, 714696, 711690 »

5° In § 2, a), wordt de verstrekking « 711395 Individuele zitting van ten minste 30 minuten, verstrekt in de lokalen van een inrichting die met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV een overeenkomst heeft afgesloten voor de multidisciplinaire revalidatie van rechthebbenden met taal-, spraak- of stemstoornissen (hierna genoemd NOK overeenkomst) of in de lokalen van een inrichting die met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV een overeenkomst heeft afgesloten voor de multidisciplinaire revalidatie van rechthebbenden die hun negentiende verjaardag niet bereikten en mentale of gedragsstoornissen vertonen (hierna genoemd PSY overeenkomst) » ingevoegd tussen de verstrekkingen « 711351 Individuele zitting van ten minste 30 minuten op de school van de rechthebbende » en « 711373 Individuele zitting van ten minste 30 minuten in het kader van een revalidatie-overeenkomst ».

6° In § 2, b), 1°, wordt de verstrekking « 712390 Individuele zitting van ten minste 30 minuten verstrekt in de lokalen van een inrichting met een NOK overeenkomst of met een PSY overeenkomst » ingevoegd tussen de verstrekkingen « 712353 Individuele zitting van ten minste 30 minuten op de school van de rechthebbende » en « 712375 Individuele zitting van ten minste 30 minuten in het kader van een revalidatie-overeenkomst » en wordt de verstrekking « 712692 Individuele zitting van ten minste 60 minuten verstrekt in de lokalen van een inrichting met een NOK overeenkomst of met een PSY overeenkomst » ingevoegd tussen de verstrekkingen « 712633 Individuele zitting van ten minste 60 minuten ten huize van de



rechthebbende » en « 726375 Individuele zitting van ten minste 30 minuten in het kader van een revalidatie-overeenkomst ».

18° In § 2, d), wordt de verstrekking « 727392 Individuele zitting van ten minste 30 minuten verstrekt in de lokalen van een inrichting met een NOK overeenkomst of met een PSY overeenkomst » ingevoegd tussen de verstrekkingen « 727355 Individuele zitting van ten minste 30 minuten op de school van de rechthebbende » en « 727370 Individuele zitting van ten minste 30 minuten in het kader van een revalidatie-overeenkomst ».

19° In § 2, e), wordt de verstrekking « 728394 Individuele zitting van ten minste 30 minuten verstrekt in de lokalen van een inrichting met een NOK overeenkomst of met een PSY overeenkomst » ingevoegd tussen de verstrekkingen « 728335 Individuele zitting van ten minste 30 minuten ten huize van de rechthebbende » en « 728372 Individuele zitting van ten minste 30 minuten in het kader van een revalidatie-overeenkomst ».

20° In § 4, 1°, eerste lid, wordt de zin « Dit formulier wordt bij iedere aanvraag om tegemoetkoming gebruikt. » ingevoegd tussen de eerste en de tweede zin.

21° In § 4, 2°, wordt de laatste zin van het zevende lid vervangen als volgt : « Bij het voorschrift wordt altijd het resultaat gevoegd van een objectief onderzoek : een VFES (Video Fluoroscopic Evaluation of Swallowing) of een FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing). Evenwel, de dossiers van kinderen jonger dan drie jaar waarbij geen van beide onderzoeken kan uitgevoerd worden, worden voor beslissing aan de Commissie voor de overeenkomsten met de logopedisten voorgelegd. ».

22° In § 4, 5°, wordt het tweede lid vervangen als volgt : « Voor de rechthebbenden bedoeld in § 2, b), 3°, mag per week maximum een equivalent van twee individuele zittingen van ten minste 30 minuten aangevraagd worden. »

23° In § 4, 5°, wordt het derde lid vervangen als volgt : « Voor de rechthebbenden bedoeld in § 2, b), 6°, 6.4, mag per week maximum een equivalent van twee individuele zittingen van ten minste 30 minuten aangevraagd worden. »

24° § 4, 5°, wordt aangevuld als volgt : « Voor de logopedische behandelingen waarin is voorzien onder § 2, b), 1°, moet het voorschrift het mogelijk maken het voorgeschreven maximaal aantal uren individuele behandelingszittingen per maand te bepalen. »

25° In § 5, wordt het woord « kalenderjaren » vervangen door het woord « jaren ».

26° In § 6, vierde lid, wordt het woord « dagen » vervangen door het woord « kalenderdagen ».

27° § 7 wordt aangevuld als volgt : « Iedere geattesteerde verstrekking betreffende een individuele zitting van ten minste 60 minuten stemt overeen met twee geattesteerde verstrekkingen betreffende een individuele zitting van ten minste 30 minuten. ».

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op **1 augustus 2005**.

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

## Interpretatieregels betreffende de artikelen 35, § 1 en art. 35 bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

### Art. 35 §1

#### Interpretatieregel 1 (in werking op 29.07.2005)

##### Vraag

Kan een neurostimulator ingeplant in geval van CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) in aanmerking komen voor een terugbetaling van de verplichte verzekering via de verstrekking 683093-683104 ?

##### Antwoord

Nee, een neurostimulator ingeplant in geval van CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) kan niet in aanmerking komen voor een verzekeringstegemoetkoming via de verstrekking 683093-683104.

#### Interpretatieregel 2 (in werking op 1 juni 2005)

##### Vraag

Mogen de vier onderstaande verstrekkingen aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekking 684375-684386 « Vervangingshartstimulator, inclusief adaptor » ?

685731-685742 : Implanteerbare endocardiale unipolaire elektrode voor de verstrekking 684530 – 684541

U 598

685753-685764 : Implanteerbare endocardiale bipolaire elektrode voor de verstrekking 684530 – 684541

U 598

685775-685786 : Implanteerbare myocardiële elektrode voor de verstrekking 684530 – 684541 U 598  
685790-685801 : Implanteerbare endocardiële single-pass elektrode voor de verstrekking 684530 – 684541 U 814

Antwoord

Aangezien de verstrekking 684375-684386 enkel gecreëerd werd om een onderscheid te maken tussen de eerste hartstimulator en een vervangingshartstimulator, mogen de verstrekkingen 685731-685742, 685753-685764, 685775-685786 en 685790-685801 aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekking 684375-684386 « Vervangingshartstimulator, inclusief adaptor ». »

**artikel 35bis, § 1**

Interpretatieregel 14 (in werking op 1 juni 2005)

Vraag

Moet de forfaitaire tegemoetkoming voor de verstrekking 687573-687584 « Disposable drainagesysteem van de thorax (pericard, pleura, mediastinum) met minstens drie kamers ... U 55 » beschouwd worden per stuk ?

Antwoord

De forfaitaire tegemoetkoming van de verstrekking 687573-687584 moet beschouwd worden per stuk. »

---

## AANKONDIGINGEN

- 04017\* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73
- 04018\* **TWEETALIG RADIOLOOG** wenst vervangingen te verzorgen 5 halve dagen per week (conventionele RX, echo met Doppler, CT.scan), in vast of los samenwerkingsverband (privaatpraktijk of kliniek). Voorkeur Oost-Vl., West-Vl., Henegouwen, ook Antw. en Vl. Brabant. Georges PENNEMAN de BOSSCHEYDE – 056/75.33.88 – 0475/45.31.42 – go.geo@skynet.be.
- 04099 **FRANCE** : Languedoc 10 min de la mer : Groupe de quatre **RADIOLOGUES** cherche successeur cause retraite d'un des associés. Radiologie générale, mammographie dépistage, échographie, pars scanner et Irm privés. Cabinet en pleine expansion, dans bel immeuble 2003 privé avec parking clientèle. CONTACT: 00.33.6.08 92 08 04 – 00.33.6.81 79 64 37.
- 05010\* **OOGHEELKUNDIGE ZOEKT** : al oud oftalmologisch en optisch materiaal evenals oude brillen en glazen voor Rwanda. Tel. : 02/770.21.35.
- 05017\* **BRUSSEL** : Clinilabo, een privaat medisch laboratorium te Sint-Gillis, vlot bereikbaar met auto en openbaar vervoer is op zoek naar uitbreiding van haar team met een **KLINISCH BIOLO(O)G(E)**. Full-time/part-time. Tweektalig Nederlands/Frans. Goede sociale vaardigheden. Zelfstandig kunnen werken. Dynamisch en flexibel. Prikervaring is een pluspunt. Contact 02/425.35.15 of bsc@clinilabo.be Volledige discretie en een behandeling in vertrouwen worden gewaarborgd.
- 05023 **RADIOLOOG** zoekt vervangingen in radiologische privaat praktijken over het gehele **VLAAMSE LANDSGEDEELTE**. tel.: 056 51 14 43.
- 05084 **TE HUUR**: Medisch cabinet te huur ( 100mm, huurprijs 500 euro/m) in het medisch huis Miraeusstraat, 29 - 2018 Antwerpen. Er werken in het gebouw een 10 specialisten van verschillende disciplines (ook rx en labo) en 6 kinesisten ( te bevragen op 03 2381179). Het gebouw wordt enkel gebruikt voor medische doeleinden (geen woonsten) , grote parking.
- 05085 **TE KOOP: STROMBEEK-BEVER**: appartement 190 m<sup>2</sup> - goede ligging - lift - veiligheidsdeur - inkomhal - ruime living - zuidgerichte terras - volledig uitgeruste keuken met eethoek - berging - nachthal - 3 slaapkamers - 2 badkamers - kelder - ondergrondse garage met automatische poort – openluchtstaplaatsen - Tel. 0479/94 59 20 of 0473/91 06 87.
- 05086 **ANTWERPEN**: Villa met praktijkruimten – Turnzaal – Zwembad – Woning. Te koop. Tel. 0475/421158.
-

## Inhoudstafel

• Betoging tegen het beleid van Demotte 24/09/2005.....	1
• KB van 11/07/2005 tot wijziging van het KB van 25/04/2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.....	2
• Nota CGV van de Verzekeringscomité 2005/18 van 14/07/2005.....	3
• Opmerkingen van de Werkgroep voor cardiovasculaire preventie en revalidatie betreffende de nomenclatuur Hartrevalidatie.....	4
• KB van 20/07/2005 tot wijziging van de nomenclatuur van revalidatieverstrekingen ...	7
• Brief van 20/07/2005 van de BV van Pneumologie aan Minister Demotte: CPAP.....	7
• KB van 11/07/2005 tot wijziging van artikelen 28 en 35 van de nomenclatuur.....	8
• KB van 26/07/2005 tot wijziging van de nomenclatuur Logopedie.....	10
• Interpretatieregels betreffende de artikelen 35, § 1 en 35bis van de nomenclatuur.....	12
• Aankondigingen.....	13



Jan REMANS

De boom van goed en kwaad

Over bio-ethiek, biotechniek, biopolitiek

Uitgegeven bij ACCO, Leuven

ISBN 90 334 5786 5

320 blz.

€ 30,00

In *De boom van goed en kwaad* zoekt Jan Remans in op talrijke bio-ethische kwesties zoals genetisch gewijzigde gewassen, experimenten met dieren, medisch begeleide voortplanting, klonen en genterapie. Nadenken over goed en kwaad, de eigenheid van de morele ervaring, een ethiek van medische zorgen, het verkennen en verleggen van bio-ethische grenzen, ook bij het begin en het einde van het leven. Dat zijn de dossiers die in dit essay centraal staan. *De boom van goed en kwaad* vormt een blikopener voor wie in dit debat met kennis van zaken wil meepraten. Deze momentopname over bio-ethiek en biopolitiek bij het begin van de 21ste eeuw blijft een referentiepunt voor de toekomst van een maatschappij gekenmerkt door snel opeenvolgende (r)evoluties in de biotechnologie, met steeds nieuwe horizonten, ook voor de ethiek.

### Opdracht

“Voor mij is politiek geen beroep. Politiek is een opdracht.” (Jan Remans)

Als lid van de verenigde senaatscommissies voor Justitie en Sociale Aangelegenheden in verband met euthanasie en als lid van de bijzondere senaatscommissie voor bio-ethiek, was ik van 1999 tot 2003 nauw betrokken bij prangende bioethische kwesties in het begin van deze eeuw. Naast het euthanasiedebat denk ik dan aan genetisch gewijzigde planten en dieren, aan het onderzoek op embryo's, aan therapeutisch en reproductief kloneren en aan de mogelijkheden van humane genterapie. Als politicus maar ook als arts-reumatoloog ben ik geen beroepsethicus. Van die beperking ben ik mij bij het schrijven van dit boek ten zeerste bewust. Toch durf ik de boude stelling te verdedigen dat echte ethiek niet op zolderkamers of in hooggeleerde traktaten wordt geschreven, maar wortelt in de morele ervaring van elke dag en in de ethische vonken die van mens op mens overslaan. Als patiënten nog over iets anders dan hun pijn praten, hebben ze mij geleerd wat ethische overwegingen voor arts en patiënt kunnen betekenen. Zo duwde zowel mijn medische praktijk als mijn politieke ervaring mij bijna dagelijks bovenarms op de ethiek. Want de medische praktijk wordt geconfronteerd met ethische knelpunten, en het lijkt mij de taak van de wetgever om rivaliserende en botsende ethische opvattingen met elkaar te verzoenen. Wat betekent een rechtstaat nog als er geen wetten gemaakt worden omtrent bioethische kwesties, gewoon omdat ze moeilijk liggen, op

lange tenen trappen of moeilijk te formuleren zijn? In alle dossiers heb ik mijn mening in mijn senaatsjaren in alle vrijheid kunnen vertolken, ook als die van de standpunten in de partij of van de politieke meerderheid afweken. Mijn uitgangspunten blijven het humanisme en het rationalisme, die de westerse ethiek kenmerken sinds de tijd van de Grieken en Romeinen, meer dan tweeduizend jaar geleden. Naar mijn aanvoelen heeft de joodschristelijke traditie die grondhouding soms gecorrigeerd of geradicaliseerd, maar zonder ze ooit principieel af te wijzen. Was de middeleeuwse intellectueel op zoek naar inzicht in zijn engagement (het *fides quaerens intellectum*), dan lijkt de hedendaagse intellectueel eerder op zoek naar een engagement voor zijn inzichten (het *intelligo ut credam*). In beide gevallen gingen de denkende gelovige en de gelovige denker ervan uit dat er geen onoverbrugbare tegenstelling kon bestaan tussen weten en geloven. Ik heb er vertrouwen in dat wetenschap en techniek kunnen zorgen voor een humane toekomst.

JAN REMANS

### **Inhoud**

Hoofdstuk 1. Nadenken over goed en kwaad

- 1.1. De moraal van het verhaal
- 1.2. De oorsprong van de moraal
- 1.3. Is deugd een kwestie van kennis?
- 1.4. Wat geeft de doorslag: de principes of de gevolgen?
- 1.5. De morele verantwoordelijkheid
- 1.6. Prioriteit voor pluralisme, autonomie en welzijn

Hoofdstuk 2. De eigenheid van de morele ervaring

- 2.1. Ethiek en vrijheid
- 2.2. Ethiek en politiek
- 2.3. Ethiek en recht
- 2.4. Ethiek en godsdienst
- 2.5. Ethiek en wetenschap
- 2.6. Ethiek en biotechnologie

Hoofdstuk 3. Een ethiek voor medische zorgen

- 3.1. Biomedische ethiek
- 3.2. De eed van Hippocrates
- 3.3. Ethiek en gezondheidseconomie
- 3.4. Ethiek en ziekteverzekering
- 3.5. De wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002
- 3.6. Informatie en communicatie

Hoofdstuk 4. Bio-ethische grenzen verkennen

- 4.1. Genen, embryo's en stamcellen
- 4.2. Experimenten met mensen
- 4.3. Orgaantransplantaties
- 4.4. Genetische tests
- 4.5. De embryowet van 11 mei 2003
- 4.6. Hoog Comité voor Menselijke Fertiliteit en Embryologie

Hoofdstuk 5. Bio-ethische grenzen verleggen 175

- 5.1. Genetisch gewijzigde gewassen
- 5.2. Dieren en bio-ethiek
- 5.3. Medisch begeleide voortplanting: spel zonder grenzen
- 5.4. Hoe ethisch of onethisch is een kloon?
- 5.5. Gentherapie: vloek of zegen?
- 5.6. Octrooien in de biotechnologie

Hoofdstuk 6. Euthanasie: ethiek op het scherp van de snede

- 6.1. De euthanasiewet van 28 mei 2002
- 6.2. Het parlementaire debat
- 6.3. Het principe van de noodtoestand
- 6.4. Eigen accenten
- 6.5. Euthanasie bij dementen en minderjarigen
- 6.6. De wet op de palliatieve zorg van 14 juni 2002