
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° 3 / MEI 2006

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

PERSBERICHT VAN HET VBS (28.04.2006)

EUTHANASIE : UITBREIDING VAN DE WET

Euthanasie is de handeling die een einde maakt aan het leven van een patiënt.

De wet op de euthanasie definieert de regels volgens dewelke een geneesheer euthanasie op een persoon mag toepassen op uitdrukkelijk verzoek van deze laatste en zonder gevaar op strafrechterlijke vervolging.

De geneesheren hadden hun voorbehoud gemaakt en zelfs hun verzet kenbaar gemaakt omtrent de noodzaak om in deze materie wetgevend op te treden. Desalniettemin heeft de wetgever op 28 mei 2002 de wettelijke bepalingen gewijzigd en de wet op de euthanasie gepubliceerd.

De nieuwe ontwerp teksten tot wijziging van deze wet gaan nog veel verder. Zij breiden de mogelijkheden uit om euthanasie toe te passen tot de onbewuste patiënten zodat de beslissing over leven en dood van de patiënt in handen van derden ligt.

Daardoor beantwoordt de medische praktijk nog enkel aan wettelijke bepalingen en wordt de ethiek eigen aan de specifieke relatie tussen geneesheer en patiënt niet langer geëerbiedigd.

De geneesheren-specialisten herhalen hun verzet tegen dergelijke wetgevende maatregelen.

Dr. M. MOENS
Secretaris generaal

Dr. J.L. DEMEERE
Voorzitter

SOCIAAL STATUUT RIZIV 2005 EN VERZEKERINGEN

De bedragen van de RIZIV toelage voor het jaar 2005 zijn verschenen in het Staatsblad van 31/03/2006.

Voor de geneesheren die volledig geconventioneerd zijn, bedraagt de toelage **3.094,03 EUR**.
Voor de geneesheren die gedeeltelijk geconventioneerd zijn, is ze vastgesteld op **1.831,87 EUR**.

Voor welke verzekeringscontracten kan men deze toelage aanwenden ?

1. Een contract **Gewaarborgd Inkomen**, dat bestemd is om een verlies aan inkomsten te compenseren
2. Een « **pensioen** » verzekering, ter aanvulling van het wettelijk pensioen
3. Een formule waarin beide waarborgen voorkomen (**pensioen en invaliditeit**)

Hoe kan u de RIZIV toelage verkrijgen ?

De toelage dient aangevraagd te worden door middel van een formulier waarop u de uren aangeeft die u presteert in het kader van het nationaal akkoord. Dit document moet het RIZIV bereiken **binnen de 3 maanden** volgend op de publicatie van de bedragen in het Belgisch Staatsblad, hetzij **vóór 30 juni 2006**.

Daarna stuurt het RIZIV naar de arts een « groen » of « blauw formulier », naargelang het feit of hij/zij volledig of gedeeltelijk geconventioneerd is. Dit formulier dient volledig ingevuld te worden door de arts en het verzekeringsorganisme, waarna het teruggestuurd moet worden binnen de 12 maanden na publicatie in het Staatsblad, hetzij **voor 31 maart 2007**.

Hoe gaat u in de praktijk te werk ?

Of u kiest voor een gewaarborgd inkomen van het VBS met voorwaarden buiten concurrentie, of voor een « pensioen » formule, of een combinatie van beide, bij onze makelaar partner Gras Savoye Belgium zal u kunnen genieten van alle **hulp** en **deskundigheid** die onmisbaar is in deze materie, alsook van **gunstvoorwaarden**. En indien u al een contract heeft, *belet niets u om de concurrentie zijn werk te laten doen !*

Aarzel bijgevolg niet om contact op te nemen met

Philippe BEX
0478/33.56.54.

philippe.bex@grassavoye.be

ACTIVITY BASED COSTING EN FINANCIERING VAN NIEUWE MEDISCHE TECHNIEKEN – P. LECLERCQ

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

Deze uiteenzetting werd vorig jaar voorgesteld aan de Belgische Vereniging der Ziekenhuizen. Activity Based Costing (of ABC) is erg in de mode in industriële ondernemingen. Veel beheerders en politici zijn van mening dat ook de verzorgingsinstellingen een bedrijfseconomisch beleid moeten voeren. Moeten we ABC aanwenden om de kosten per pathologie (en dus van de forfaitaire tarieven) te berekenen of om de verhouding kosten-doeltreffendheid van nieuwe medische technieken te bepalen ?

Het is een technische, en dus a priori weinig aantrekkelijke, materie voor geneesheren. De ervaring leert dat deze baat hebben een dialoog aan te gaan met de beheerders zonder zich evenwel te laten strikken in een hermetisch jargon. Dertig minuutjes volstaan vermoedelijk om meer klaarheid te brengen in een systeem dat misschien niet meer is dan het allernieuwste gadget van de financiers.

De uiteenzetting is onderverdeeld in twee delen. Eerst zal het belang doch ook de beperkingen van een boekhouding gebaseerd op de activiteiten (ABC) worden aangetoond. Vervolgens zal de rol die ABC kan spelen bij de evaluatie van de nieuwe medische technologieën worden belicht.

ABC: een nieuwe kostenanalyse techniek of een terugkeer naar de bron van de analytische kostprijsberekening ?

1. Oorsprong en doelstellingen¹

Deze boekhoudkundige techniek werd voor het eerst in de jaren '80 voorgesteld in de VS met als doel de bedrijven te voorzien van een beleidsinstrument aangepast aan de industriële en commerciële evolutie van het ogenblik. De concurrentieslag werd niet langer alleen gevoerd op het vlak van de productprijzen, maar hield steeds meer rekening met de kwaliteit en de termijnnaving. Tegelijkertijd verplichtte de verkorte levensduur van de producten, een gevolg van de steeds dynamischere innovatie, de bedrijven tot een permanente aanpassing van hun productie- en distributieprocessen. Tot slot werd de verhouding directe en indirecte kosten progressief gewijzigd door de automatisering en robotica waarbij het accent kwam te liggen op de indirecte kosten. De beheerders die de optimalisering van alle onderdelen van de productieketen nastreefden, konden niet langer vrede nemen met de, tot dan toe, nogal arbitraire verdeling van de indirecte kosten. Het moment was aangebroken voor auteurs als Cooper² en Kaplan³ om een nieuw boekhoudkundig product te promoten : Activity Based Costing.

Net als de traditionele analytische boekhouding, is ABC een total cost management kostprijsberekening. De analytische boekhouding wijst kosten toe aan diensten en gaat over tot verschillende hertoewijzingen tussen deze entiteiten alvorens uiteindelijk deze kosten op de producten te verhalen. Door het accent te leggen op de activiteiten en op de geleidingen van deze laatste in het productieproces, introduceert de ABC een transversabiliteitsbegrip dat moet bijdragen tot de transparantie van de productiemechanismen.

2. Methode⁴

De directe imputatie op de producten (kostenobjecten) van alle mogelijke lasten blijft bij ABC de regel. De toewijzing van de indirecte lasten gebeurt daarentegen via een andere techniek. ABC gaat er immers van uit dat de producten activiteiten consumeren en dat het de activiteiten zijn die de middelen consumeren. Er zal bijgevolg speciale aandacht worden geschonken aan de identificatie van deze activiteiten die een centrale rol spelen in het ABC mechanisme.

Ander belangrijk onderdeel van de ABC zijn de kosteninductoren. Een kosteninductor is een factor waarvan het voorkomen de kosten creëert of beïnvloedt en de consumptie van de middelen weerspiegelt door de activiteiten en de consumptie van de activiteiten door de producten⁵.

Naast dit klassiek concept van ABC dat een betere verdeling van de indirecte kosten mogelijk maakt, zijn sommigen⁶ de mening toegedaan dat “zelfs al zijn de kosten allemaal direct, het toch wenselijk is om de activiteiten te identificeren aangezien een beter inzicht in het ontstaan van de kosten nodig is voor een betere kostenbeheersing”.

¹ Vlasselaer M., Du contrôle de gestion au pilotage d'entreprise. La performance des activités et des processus de gestion comme avantage concurrentiel, 1995, Academia, Bruxelles

² Cooper R., the Rise of Activity Based Costing (Part 1): What is an Activity based costing System?, Journal of Cost Management, Sommer 1998, pp. 6-11

³ Kaplan R.S., In Defense of Activity Based Cost Management, Management Accounting, November 1002, pp 58-63

⁴ voir notamment Leclère D., l'essentiel de la comptabilité analytique, 2001, Ed organisation, Paris

⁵ Upda S., Activity Based Costing for Hospitals, Health Care management Rev, 1996, 21 (3), p 64

⁶ Saelens G., Azoury E. et coll., L'Activity Based costing: essai d'application aux Cliniques Universitaires St Luc, CIMM 2003

3. Gebruik in het ziekenhuis

ABC werd ontworpen met een duidelijke doelstelling : de performantie verbeteren door de beheerder de mogelijkheid te bieden de impact van zijn opeenvolgende beslissingen op de kosten en de resultaten in te schatten. We moeten voor ogen houden dat de toepassing volgens dit beginsel de beste manier is om de inplanting van een moeilijk op te starten techniek te rentabiliseren.

Als we de literatuuroverzicht naslaan, wordt ABC in ziekenhuisinstellingen vooral gebruikt om precieze kostenberekeningen uit te voeren. De meeste publicaties zijn vooral gewijd aan het opstarten van de methode. De resultaten beperken zich vaak tot een ontleding van de kosten, die een beschrijvend belang heeft en nuttig kan zijn bij vergelijkingen, maar die jammer genoeg erg moeilijk te vinden zijn. Enkele schaarse naslagwerken maken gewag van een aanzienlijke vermindering van de toewijzing van indirecte kosten in sectoren waar deze kosten via ABC werden geïmputeerd in vergelijking tot de bestaande traditionele imputaties. Sommigen koesteren hoge verwachtingen over deze methode in het kader van de kostenberekening van de opnamedagen op basis van de pathologiekosten. Als de financiering evolueert naar forfaits gebaseerd op de pathologie, is het essentieel voor de ziekenhuizen om precies de werkelijke kosten ervan te kennen. Anderzijds moet de overheid, die de tarieven bepaalt, over voldoende uitgebreide informatie beschikken om een zekere coherentie te verzekeren tussen de forfaits en de reële kosten van de ten laste neming van de patiënt binnen aanvaardbare kwalitatieve voorwaarden.

Weinig gepubliceerde artikels maken melding van effectieve wijzigingen in de organisatie van de activiteiten en hun coördinatie met het oog op een verhoging van de performantie van de diensten na een ABC studie. Wanneer dit wel het geval is, lijken de beslissingen eerder bescheiden in vergelijking tot de omvang van de analysewerkzaamheden die een ABC-studie impliceert. De meeste publicaties geven tot besluit vage suggesties maar geen precieze en becijferde aanbevelingen. We durven te hopen dat de ziekenhuizen nog maar in een beginstadium zijn en dat we in de toekomst een betere aanwending van het middel door de ziekenhuizen mogen verwachten.

4. Moeilijkheden verbonden aan de inplanting van ABC

Praktische ervaring, o.m in de sector van de verzorgingsinstellingen, toont minstens twee belangrijke obstakels voor een algemene inplanting van ABC.

- eerst moet gewezen op de grote complexiteit van de ziekenhuisprocessen en de diversiteit van de kostenvoorwerpen. De identificatie van de activiteiten wordt snel heel wat ingewikkelder eens geconfronteerd met de werkelijkheid op het terrein. Men komt snel tot de ontdekking dat de meeste medische diensten noodzakelijkerwijze met een erg brede waaier subactiviteiten werken en dat bepaalde processen elkaar opvolgen volgens multipelen, vaak overigens aleatoire, combinaties (de bacteriologie is een goed voorbeeld van deze eerste moeilijkheid)

- een tweede rem op de uitbreiding van de methodologie binnen de ziekenhuizen schuilt in het feit dat door de nog erg beperkte informatisering van de activiteiten, de inzameling en verwerking van de informatie een niet te verwaarlozen bijkomende administratieve werklast betekent die grotendeels ten laste valt van personeel dat reeds overbelast is (vooral in algemene ziekenhuizen in België). Bovendien is de ervaring die men opdoet in een dienst slechts beperkt transposeerbaar naar een andere dienst, zij het van hetzelfde type. Daarenboven moet op welbepaalde tijdstippen een actualisering van de berekeningen overwogen worden om het nut voor de activiteitskosten en de kostenvoorwerpen te vrijwaren. Deze werkzaamheden zijn des te vervelender daar ze niet langer de intellectuele stimulans genieten die meestal gepaard gaat met de eerste ervaring. De meeste deelnemers aan een ABC-studie zijn slechts matig enthousiast bij het

voorzicht dat ze hun werkzaamheden moeten herbeginnen. Vergelijkende studies over de resultaten van de ABC-studies tijdens opeenvolgende periodes zijn nagenoeg onbestaande.

5. Balans

Beheerders die beweren dat ABC veeleer een terugkeer is naar de bron van de analytische boekhouding dan een revolutie⁷, hebben ongetwijfeld gelijk. Zij benadrukken dat de traditionele analytische boekhouding vooral het slachtoffer was van de onderkenning van zijn potentieel en de inactiviteit van de personen die de methode operationeel moesten maken door aanpassing aan de specificiteiten van de onderneming. Een goede analytische boekhouding die op intelligente wijze het concept van de homogene secties toepast, kan perfect de kritiek die de promotors van de ABC spuien ten nadele van de klassieke analytische boekhouding weerleggen.

Het voornaamste voordeel van ABC schuilt in de (theoretische) doeltreffendheid van een boodschap die het accent legt op de centrale plaats van de activiteiten in het productieproces en op het oorzakelijk verband tussen het verbruik van de bronnen geïnduceerd door de activiteiten (via de kosteninductoren).

De nadelen (omslachtingheid en kosten van opstarting) werden in de vorige paragraaf beschreven.

Bijdrage van ABC aan de evaluatie van nieuwe medische technieken

1. Economische evaluatie en beslissing om een nieuwe technologie in het medisch domein toe te passen

1.1. Medische technologieën en technologische innovatie

In minder dan 30 jaar tijd is het ziekenhuis een echt “zorgbedrijf” geworden. Deze evolutie is vooral het gevolg van de concentratie van een groot aantal technieken die steeds meer gesofistikeerde instrumenten gebruiken, steeds meer gediversifieerde geneesmiddelen of vernieuwende verzorgingsmethoden (bv protocols ter voorkoming van doorligwonden). Onder medische technologie verstaan we eveneens de geëvolueerde dragersystemen die bijdragen tot de organisatie en de uitwisseling van medische informatie.

De technologische innovatie op medisch gebied heeft altijd bestaan aangezien deze verbonden is met de medische vooruitgang. Haar explosie van de voorbije decennia is een welgekend fenomeen, het gevolg van de grote vraag naar innovatie van de verstrekkers en patiënten en de competitie tussen de zorginstellingen die onderling wedijveren om de strategische inzet, nl. het verwerven van spitstechnieken. Ten overstaan van deze grote vraag hebben de leveranciers een ruim aanbod ontwikkeld en bewerken zij de markt van de verstrekkers met vaak agressieve marketingsmethodes⁸.

De gevolgen van deze massale aanvoer van nieuwe technologieën op medisch gebied is velerlei : wijziging van het gedrag van de practici en van de organisatie van de instellingen, een verschuiving van de verantwoordelijkheden, ethische problemen en natuurlijk financiële problemen.

⁷ Leclère D., op. cit., p.78

⁸ Hermesse J; van den Oever R., La technologie médicale in La Mutualité aujourd'hui et demain, Duculot, Paris-Louvain-la-Neuve, 1991

1.2. Noodzaak van een evaluatie

De kwaliteit en zekerheid van de zorgverlening evenals de economische leefbaarheid van een gezondheidssysteem gebaseerd op nationale of regionale solidariteit vereisen a priori een methodische studie van de waarde van de medische technologieën om de beslissers de nodige argumenten te verstrekken zodat ze pertinente keuzes kunnen maken. Naast de zuiver medische evaluatie die volgens een passende methodologie⁹ moet gebeuren, moet een medisch-economische beoordeling de beslissers helpen bij de selectie van de medische technologieën op basis van wetenschappelijke evidentie.

1.3. Moeilijkheid van de evaluatie

Om een verstandige keuze te kunnen maken uit het aanbod van beschikbare technieken, moet men prospectie doen over de te verwachten resultaten op klinisch economisch en sociaal vlak.

We moeten evenwel toegeven dat de bijdrage van de gezondheidseconomie aan de evaluatie bijzonder zwak is¹⁰. Hiervoor zijn drie redenen : (1) de specificiteit van de gezondheidsoutputs maakt ze moeilijk meet- en vergelijkbaar; (2) de epidemiologische gegevens zijn nog al te vaak ontoereikend en (3) het is a priori moeilijk in te schatten in welke mate een nieuwe medische techniek zal worden aanvaard en hoe ze zal integreren in de reeds aanwezige technieken.

1.4. Evaluatie en beslissers

Iedereen is het erover eens dat een evaluatie van de voorgestelde nieuwe technieken gegrond en noodzakelijk is. Achter deze oppervlakkige consensus, dragen de uiteenlopende belangen en het verschil in perceptie tussen collectief en individueel belang ertoe bij dat het werkelijk belang van een wetenschappelijke evaluatie voorafgaandelijk aan het beslissingsproces in vraag wordt gesteld. Tal van gezondheidszorgplanners hebben hierop een nuchtere kijk door rijke ervaring : *“Bij de beslissingen over de introductie van nieuwe technologieën wordt geen rekening gehouden met het voordeel dat de patiënt er bij heeft maar alleen met het voordeel ervan voor de leveranciers, o.m. de tussenleverancier, in casu het ziekenhuis, en de detailleverancier, in casu de geneesheer, de winst wordt vaak overschat; de industrie beschikt over erg geraffineerde marketingstechnieken die schril afsteken tegen een zekere naïviteit van de klinische (en academische) wereld. Af en toe legt de overheid een beslissing op, op een moment dat niet noodzakelijk optimaal is voor het belang van het planproces”* : dit alles doet bij een ingewijd gezondheidseconoomist als de Pouvourville, bij wijze van boutade, volgende vraag rijzen : *“hebben de beslissers echt nood aan evaluaties ?”*

De bijdrage van ABC aan de evaluatie van nieuwe medische technieken moest eerst in deze meer algemene context herzien worden. Alvorens ons te focussen op een kostenberekeningsmethode (ABC) die slechts een bijdrage levert aan de evaluatie, moest men herinneren hoezeer deze laatste nog in haar kinderschoenen staat.

⁹ van den Oever R., Evaluation de la technologie médicale in Aspects Socio-économiques des soins de Santé en Belgique, 1998, IBES, Bruxelles

¹⁰ Claveranne JP, L'innovation technologique entre intéressement et traduction in Hôpital et Innovation Technologique, 2004, Ed Medica

2. Kan ABC een belangrijke rol spelen bij de evaluatiemethodes van nieuwe medische technologieën ?

Iedereen weet dat de evaluatiemethodes meestal ondergebracht in categorieën met benamingen als kostenminimalisering, kosten-doeltreffendheid, kosten-winst en kosten-nut¹¹. In minstens één van de begrippen vinden we het woord kosten terug.

De specialisten in kostenberekenningsmethodologie rangschikken de onderzoeksmaterie vaak in drie grote groepen :

(1) Met welke kosten moet rekening worden gehouden (bv. Pertinente kosten kunnen variëren al naargelang het standpunt van de analyse)

(2) Hoe moeten de kosten geraamd worden ? Onder de vele problemen die bestudeerd moeten worden citeren we er willekeurig enkele : tijdsberekening (tijdelijke horizon en actualisatieconcept), risicoberekening (sensibiliteitsanalyse), specifieke investeringsproblemen en hun gevolgen de amortisatie en de specifieke problemen van de *algemene onkosten*.

(3) Hoe de kosten gebruiken ? Er wordt vaak gewezen op het belangrijk verschil tussen vaste en variabele kosten. Het belang van het concept marginale kosten, nochtans van kapitaal belang bij een economische evaluatie¹², wordt in tal van studies die enkel gewag maken van gemiddelde kosten, gemarginaliseerd.

Uit methodologisch standpunt, kan ABC bijdragen aan een verbetering van de afhandeling van de *algemene kosten*. Drummond, de onbetwiste specialist van de medisch-economische evaluatie wijdt, in een boek van 300 pagina's, een hoofdstuk van 40 pagina's aan de kostenanalyse. In 12 lijnen haalt hij de kwestie van ABC aan; hij beweert dat er momenteel uitgebreide literatuur terug te vinden is over de toepassing ervan in ziekenhuizen¹³. Deze vaststelling bewijst echter niet dat Drummond het belang van ABC bij de evaluatie erkent. Kesteloot, de andere specialist in economische studies behandelt in 11 lijnen de kwestie ABC in een artikel van 15 pagina's over de methodologie van de kostenberekening¹⁴. Het is waar dat deze auteur later een beroep deed op deze methode en een gunstig oordeel lijkt te hebben over de bijdrage die deze techniek kan leveren aan de precieze evaluatie van de kosten die veroorzaakt worden door de opstarting van een medische techniek¹⁵.

In de praktijk vindt men echter erg weinig publicaties die aantonen dat ABC een centrale rol zou hebben gespeeld bij de evaluatieprocedure van een nieuwe medische technologie.

Tot besluit van deze korte synthese kunnen we stellen dat de bijdrage die ABC zou kunnen leveren aan de economische evaluatiemethodes van nieuwe medische technologieën niet overschat moet worden.

Voor zover ABC bijdraagt tot een preciezere kostenberekening en tot een nuttige segmentering van deze kosten, moet zijn inbreng natuurlijk als positief worden gezien.

¹¹ Drummond F et coll., Méthodes d'Evaluation Economique des Programmes de Santé, 1997, Economica, Paris

¹² Eeckhoudt L., Crott R., Méthodologie des études d'évaluation des technologies médicales in Aspects Socio-économiques des soins de Santé en Belgique, 1998, IBES, Bruxelles

¹³ Drummond F., op.cit., p.73

¹⁴ Kesteloot K., Méthodologie des études de coût in Aspects Socio-économiques des soins de Santé en Belgique, 1998, IBES, Bruxelles

¹⁵ Lievens Y., van den Bogaert W., Kesteloot K., Activity-based costing: a practical model for cost calculation in radiotherapy, International Journal of Radiation Oncology*Biophysics, volume 52, issue 2, October 2003, pp. 522-535

Maar de kosten van de methode zelf moeten objectief worden afgewogen tegen haar werkelijke bijdrage aan het evaluatieproces.

We mogen in geen geval uit het oog verliezen dat een goede medisch-economische evaluatie berust op rigoureuze methodologieën waarbij rekening moet worden gehouden met tal van parameters. De beslissers staan vermoedelijk meer open voor de schijnbare simplicitéit van het ABC concept dan voor de iets ondankbaardere studie van marginale kosten of sensibiliteitsanalyses.

De toevlucht tot ABC moet "welovertogen" worden aangemoedigd, maar we moeten steeds in het achterhoofd houden dat het slechts een nogal secundair onderdeel is van evaluaties die leiden tot de keuze of verwerping van een nieuwe medische technologie.

Prof. P. Leclercq, Directeur du Département d'Economie de la Santé (DESULB), CP 592 Campus Erasme, Bucopa Rte de Lennik 808 1070 Bruxelles, Tél: +3225554034; Fax: +3225558232, Mail service: ecosante@sante-publique.net

K.B. VAN 1.5.2006 : ARTSEN 000 EN 009

1 MEI 2006. - Koninklijk besluit tot wijziging van de bepalingen van het artikel 2, A en D, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 9.5.2006 – bl. 23899)

Artikel 1. In artikel 2, A en D, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In A,

In de toepassingsregel die op de verstrekking 101010 volgt worden de woorden « tot en met 31.12.2004 » geschrapt.

2° In D,

a) De bepalingen van punt a) worden door de volgende bepalingen vervangen :

« In deze nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen wordt als arts beschouwd de geneesheer die na 31 december 2004 is ingeschreven bij de Orde van geneesheren (en als dusdanig bij het RIZIV ingeschreven) en die een medische activiteit uitoefent anders dan deze die door een huisarts, of een erkende huisarts, of een geneesheer-specialist (als dusdanig opgenomen in de lijst van artikel 10, § 1, van het koninklijk besluit van 22 juli 1988) of een stagedoend geneesheer wordt uitgeoefend. Deze arts heeft na 31 december 2004 slechts het recht voorschriften voor farmaceutische producten op te stellen. »

b) Tussen het punt a) en het punt b) dat punt c) wordt, wordt een punt b) ingevoegd dat luidt als volgt :

« In deze nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen wordt als arts beschouwd de geneesheer die is ingeschreven bij de Orde van geneesheren vóór 31 december 2004 en die geneeskunde uitoefende zonder houder te zijn van een getuigschrift van aanvullende opleiding, afgegeven door de Minister van Volksgezondheid en van wie de toestand niet is geregeld door een van de bepalingen van het ministerieel besluit van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor artsen. Deze geneesheer behoudt, na 31 december 2004, slechts het recht raadplegingen te attesteren en voorschriften op te stellen. »

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad (*d.w.z. op 01.07.2006*).

1 MEI 2006. - Koninklijk besluit tot wijziging van de bepalingen van de artikelen 2, A, en 25, §§ 1 en 2 a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 9.5.2006 – bl. 23900)

Artikel 1. In het **artikel 2, A**, worden de volgende verstrekking en de toepassingsregels vóór de verstrekking 102012 ingevoegd :

« 102233 -

Pluridisciplinaire geriatrische evaluatie met verslag door de geneesheer-specialist in de geriatrie N 50

Deze verstrekking moet worden voorgeschreven door de behandelend huisarts; zij wordt uitgevoerd in de poliklinische afdeling van de dienst geriatrie(G 300)van een erkend ziekenhuis door de geneesheer-specialist in geriatrie met deelname van de geriatrisch verpleegkundige en/of de geriatrisch-paramedische equipe en omvat een fysische, psychische en sociale functionele evaluatie van de patiënt vanaf 75 jaar aan de hand van gevalideerde functietesten.

De verstrekking 102233 mag slechts eenmaal per jaar worden vergoed en bevat een verslag van de geriatrische oppuntstelling met een voorstel tot geïndividualiseerde pluridisciplinaire thuiszorg of tot aangepaste opname in een chronische verzorgingsinstelling dat wordt bezorgd aan de voorschrijvend behandelend huisarts.

Art. 2. In **artikel 25, § 1 en § 2.a)**, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1,

a) wordt in de hoofding die vóór de verstrekking 599126 voorafgaat het woord « inwendige geneeskunde » geschrapt, en door het woord « in de geriatrie » vervangen;

b) worden de volgende hoofdingen, verstrekkingen en toepassingsregels na de verstrekking 599163 ingevoegd :

« Liaison geriatrie

- 599045

Honorarium voor het onderzoek door de geneesheer-specialist in de geriatrie, uitgevoerd bij één op een andere dienst dan G (300) opgenomen rechthebbende, vanaf 75 jaar, op voorschrift van de geneesheer-specialist niet-geriater, die het toezicht uitoefent C 40

Deze verstrekking mag per ononderbroken tijdvak van verblijf in het ziekenhuis tijdens dezelfde opname maximaal tweemaal worden aangerekend en is cumuleerbaar met het honorarium voor toezicht van de aanvragend geneesheer-specialist.

Het schriftelijk verslag van het geriatrisch onderzoek met gedetailleerd behandelingsplan dient in het patiëntendossier te worden bewaard.

Geriatrisch ontslagonderzoek

- 599060

Honorarium voor het geriatrisch ontslagonderzoek door de geneesheer-specialist in de geriatrie, bij de rechthebbende vanaf 75 jaar opgenomen in een dienst geriatrie G (300) C 30

Het geriatrisch ontslagonderzoek mag slechts éénmaal worden aangerekend tijdens de laatste week opname voor een patiënt op de G-dienst (300) door de geneesheer-specialist in de geriatrie die op hem toezicht uitoefent en omvat een verslag aan de behandelend huisarts met een gedetailleerd pluridisciplinair zorgplan voor de verdere behandeling, nazorg en revalidatie thuis of in een thuisvervangend milieu.

2° in § 2, a)

a) in 1°,

wordt in het derde lid de letter « G » geschrapt;

b) in 4°,

worden de nummers 599045 en 599060 in de lijst van de verstrekkingen ingevoegd.

Art. 3. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 februari 2006.

NOMENCLATUUR :
TOEZICHT KINDERGENEESKUNDE (in voege vanaf 01.05.2006)

1 MEI 2006. - Koninklijk besluit tot wijziging van de bepalingen van het artikel 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 9.5.2006 – bl. 23902)

Artikel 1. In artikel 25, § 1, worden de volgende aanpassingen aangebracht :

1. wordt de betrekkelijke waarde van de verstrekking 598802 van « C20 » tot « C25 » verhoogd;
2. wordt de betrekkelijke waarde van de verstrekking 598220 van « C20 + Q30 » tot « C25 + Q30 » verhoogd.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 mei 2006.

NOMENCLATUUR :
TOEZICHT IN EEN DIENST SP (in voege vanaf 01.05.2006)

1 MEI 2006. - Koninklijk besluit tot wijziging van de bepalingen van het artikel 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 9.5.2006 – bl. 23903)

Artikel 1. In artikel 25, § 1, worden de volgende aanpassingen aangebracht :

1. wordt de betrekkelijke waarde van de verstrekking 599406 van « C6 » tot « C7,5 » verhoogd;
2. wordt de betrekkelijke waarde van de verstrekking 599421 van « C3 » tot « C4 » verhoogd.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 mei 2006.

OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURSWIJZIGINGEN

Artikelen 28, 35 & 35bis (Chirurgie) : K.B. van 16 maart 2006 (B.S. d.d. 14.4.2006 – bl. 20637)

Artikel 35bis (Chirurgie) : K.B. van 16 maart 2006 (B.S. d.d. 14.4.2006 – bl. 20639)

Artikel 35bis (Chirurgie) : K.B. van 16 maart 2006 (B.S. d.d. 14.4.2006 – bl. 20640)

Artikelen 28 & 35 (Urologie en nefrologie) : K.B. van 16 maart 2006 (B.S. d.d. 28.4.2006 – bl. 22319)

Artikel 35 (Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel) : K.B. van 16 maart 2006 (B.S. d.d. 28.4.2006 – bl. 22321)

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

NIEUWE INTERPRETATIEREGEL
ARTIKEL 28, § 1 – IMPLANTATEN

INTERPRETATIEREGEL 16 (in voege d.d. 14.04.2006) (B.S. d.d. 14.04.2006)

VRAAG

De verstrekking 612371-612382 van artikel 28 van de nomenclatuur, betreffende het implanteerbare netje voor herstel van breuk of eventratie, voorziet in een verzekeringstegemoetkoming van Y 2 per 10 cm². Hoe moet de onder deze verstrekking

aanrekenbare oppervlakte bepaald worden, wanneer gebruik gemaakt wordt van een voorgesneden netje, b.v. van type « Prolift » of « Avaulta » ?

ANTWOORD

Wanneer gebruikt gemaakt wordt van een door de fabrikant voorgesneden netje is de onder de verstreking 612371-612382 aanrekenbare oppervlakte, niet de totale oppervlakte van het netje vóór versnijding maar wel de tijdens de ingreep gebruikte oppervlakte.

WIJZIGING ERKENNINGSCRITEIA FUNCTIE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG

5 MAART 2006. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » moet voldoen om erkend te worden (B.S. d.d. 24.3.2006)

Artikel 1. In artikel 8 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » moet voldoen om erkend te worden, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 november 2002, wordt het eerste lid vervangen als volgt :

« Art. 8. De geneesheer-diensthoud van de functie is een erkend geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde, zoals bedoeld in artikel 2, 1° of 2°, van het ministerieel besluit van 14 februari 2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, van geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde en van geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in deze disciplines. Hij is voltijds aan het ziekenhuis verbonden en besteedt meer dan de helft van zijn werktijd aan de activiteit in de functie en aan de permanente vorming van het personeel verbonden aan zijn functie. »

Art. 2. Artikel 9, § 1, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« § 1. De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden geneesheer met één van de volgende kwalificaties :

1° geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde, zoals bedoeld in artikel 2, 1° en 2°, van voornoemd ministerieel besluit van 14 februari 2005;

2° geneesheer-specialist in de acute geneeskunde, bedoeld in artikel 2, 3°, van voornoemd ministerieel besluit van 14 februari 2005;

3° geneesheer die houder is van het brevet in de acute geneeskunde, bedoeld in artikel 6, § 3, 2°, van hetzelfde ministerieel besluit;

4° kandidaat-geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde, bedoeld in 1°, of in de acute geneeskunde bedoeld in 2°, in opleiding, voor zover de betrokkene reeds geneesheer-specialist is in één van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, van voornoemd ministerieel besluit van 14 februari 2005, hetzij reeds gedurende tenminste een jaar voornoemde opleiding heeft genoten. »

Art. 3. Art. 13, § 2 en § 3, van hetzelfde besluit worden vervangen als volgt :

« § 2. Tot 31 december 2008 kan de medische permanentie ook worden waargenomen door een geneesheer-specialist in één van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, van hetzelfde ministerieel besluit van 14 februari 2005.

§ 3. Tot 31 december 2008 mag de medische permanentie eveneens worden waargenomen door een kandidaat-geneesheer-specialist in opleiding, in één van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, van hetzelfde ministerieel besluit van 14 februari 2005 voor zover deze ten minste twee jaar opleiding heeft genoten, dat de dienst waarin hij de permanentie waarneemt is opgenomen in zijn stageprogramma en dat hij in een spoedgevallendienst of een functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » vertrouwd werd gemaakt met alle aspecten van reanimatie en dringende geneeskundige behandeling. »

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op 1 april 2006.

WIJZIGING ERKENNINGSCRITEIA FUNCTIE MOBIELE URGENTIEGROEP

5 MAART 2006. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « mobiele urgentiegroep » (MUG) moet voldoen om te worden erkend (B.S. d.d. 24.3.2006)

Artikel 1. In artikel 5 van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « mobiele urgentiegroep » (MUG) moet voldoen om te worden erkend, wordt het eerste lid vervangen als volgt :

« Art. 5. De geneesheer die de leiding van de functie heeft, moet een geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde zijn, zoals bedoeld in artikel 2, 1° of 2°, van het ministerieel besluit van 14 februari 2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, van geneesheren-specialisten in de urgentiegeneeskunde en van geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde, alsook van de stagemeesters en stagediensten in deze disciplines. Hij is voltijds aan het ziekenhuis, of aan één der ziekenhuizen van de associatie, verbonden en besteedt meer dan de helft van zijn werktijd aan de activiteit in de functie en aan de permanente vorming van het personeel verbonden aan zijn functie. »

Art. 2. In artikel 6, § 2, van hetzelfde besluit wordt het eerste lid vervangen als volgt :

« § 2. De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden geneesheer met één van de volgende kwalificaties :

1° geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde, zoals bedoeld in artikel 2, 1° en 2°, van voornoemd ministerieel besluit van 14 februari 2005;

2° geneesheer-specialist in de acute geneeskunde, zoals bedoeld in artikel 2, 3°, van hetzelfde ministerieel besluit;

3° geneesheer die houder is van het brevet in de acute geneeskunde, bedoeld in artikel 6, § 3, 2°, van hetzelfde ministerieel besluit;

4° de kandidaat-geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde, bedoeld in 1°, of in de acute geneeskunde, bedoeld in 2°, in opleiding, voor zover de betrokkene reeds erkend geneesheer-specialist is in één der disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, van hetzelfde ministerieel besluit, hetzij reeds gedurende tenminste een jaar voornoemde opleiding heeft genoten. »

Art. 3. Art. 18, § 2 en § 3, van hetzelfde besluit worden vervangen als volgt :

« § 2. Tot 31 december 2008 kan de medische permanentie ook worden waargenomen door een geneesheer-specialist in één van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, van het hoger vermeld ministerieel besluit van 14 februari 2005.

§ 3. Tot 31 december 2008 mag de medische permanentie eveneens worden waargenomen door een kandidaat-geneesheer-specialist in opleiding, in één van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, van hetzelfde ministerieel besluit voor zover deze ten minste twee jaar opleiding heeft genoten, dat de dienst waarin hij de permanentie waarneemt is opgenomen in zijn stageprogramma en dat hij in een spoedgevallendienst of een functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » vertrouwd werd gemaakt met alle aspecten van reanimatie en dringende geneeskundige behandeling. »

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op 1 april 2006.

BIJZONDERE BEROEPSTITEL : GERIATRIE

8 MAART 2006. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde (B.S. d.d. 3.4.2006)

Artikel 1. 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, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 juni 1993, 8 november 1995,

12 maart 1997, 11 april 1999, 15 oktober 2001, 7 januari 2002, 30 september 2002 en 10 augustus 2005, wordt aangevuld als volgt :

"- en in de geriatrie;".

Art. 2. Onze Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, is belast met de uitvoering van dit besluit.

CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER – HOOFDSTUK IX (Gewijzigd op 18 maart 2006)

Het naderende levenseinde

Artikel 95

In het verlengde van artikel 33 informeert de behandelend arts de patiënt tijdig over diens naderende levenseinde en de bijstand die hem daarbij kan worden verleend.

Hierbij houdt de arts rekening met de klinische toestand van de patiënt, diens draagkracht, filosofische en godsdienstige overtuiging evenals met de mate waarin hij wenst te worden geïnformeerd.

Bij elke vraag over het levenseinde, legt de arts uit welke initiatieven elke persoon kan nemen zoals het aanstellen van een vertegenwoordiger en het opstellen zowel van een weigering tot toestemming voor een welomschreven tussenkomst als van een wilsverklaring tot euthanasie.

De arts wijst zijn patiënt er op dat deze altijd recht heeft op palliatieve zorg.

De arts informeert de patiënt tijdig en duidelijk over de medische bijstand die hij bereid is hem bij het naderende levenseinde te verlenen. De patiënt dient over de nodige tijd te beschikken om een tweede medisch advies in te winnen.

De behandelend arts en de patiënt stellen zich akkoord over de te informeren personen en de hen te verstrekken informatie.

Artikel 96

De arts dient voor elke tussenkomst bij het naderende levenseinde de toestemming van de patiënt te bekomen. Hij dient erover te waken dat deze met kennis van zaken, vrij en onafhankelijk wordt gegeven.

Indien de arts meent dat een patiënt niet in staat is om toe te stemmen wendt hij zich tot de wettelijke vertegenwoordiger.

De behandelend arts betreft de minderjarige patiënt bij beslissingen omtrent het levenseinde in functie van diens leeftijd en maturiteit en van de aard van de beoogde tussenkomst. Het is aangewezen de mening van een collega en van het behandelend team in te winnen.

Artikel 97

Naast de plicht tot informatie en de plicht tot het bekomen van toestemming staat de arts zijn patiënt bij het naderende levenseinde medisch en moreel bij.

Indien de arts niet over voldoende kennis beschikt betreffende de bijstand bij het naderende levenseinde, wint hij de nodige adviezen in en/of vraagt hij een competente collega in consult.

Therapeutische verbetering dient te worden voorkomen.

De arts is de patiënt behulpzaam bij het opstellen en het bewaren van verklaringen waarvan sprake in artikel 95, tweede alinea.

De arts houdt zich aan de tegenover de patiënt aangegane verbintenissen.

De arts zal er bij de toepassing van de bepalingen van dit hoofdstuk van de Code van geneeskundige plichtenleer over waken dat de wettelijke bepalingen zowel door hemzelf als door de patiënt nageleefd worden.

Artikel 98

Indien overeenkomstig de huidige stand van de wetenschap een patiënt overleden is, wordt de kunstmatige instandhouding van de cardiorespiratoire functies stopgezet. Deze stopzetting kan wel uitgesteld worden met het oog op het wegnemen van organen voor transplantatiedoeleinden, waarbij de wilsbeschikking van de patiënt en de wettelijke beschikkingen dienen te worden gerespecteerd.

Orde der geneesheren - België
Nationale Raad

INBEV-BAILLET LATOUR HEALTH PRIZE - 2007 REGULATIONS

1. DEFINITION OF THE "INBEV-BAILLET LATOUR HEALTH PRIZE 2007"

The Management Board of the InBev-Baillet Latour Fund has decided that the 2007 InBev-Baillet Latour Health Prize will have as theme : "**Neurosciences**". In the following years, successive themes will be: "Growth, development and cancer", "Circulation, respiration and metabolism" and "Immunity and/or infectious diseases". The value of the Prize is **one hundred fifty thousand Euros (150.000 €)**.

2. NOMINATIONS

The Prize is awarded to a scientist active in biomedical research and/or its practical applications for human health. [...] The proponent should use the form provided at www.inbev-baillet-latour.be and at www.fnrs.be or by the F.N.R.S., rue d'Egmont 5, 1000 Brussels, for introducing his/her nominee. [...] Nominations for 2007 marked "Confidential" should be postmarked no later than **September 15th 2006** and sent to the Secretary General of the National Fund for Scientific Research F.N.R.S., rue d'Egmont 5, BE - 1000 Brussels, Belgium.

DE SPORTEN-IS-GEZOND DAGEN onder de bescherming van het Fonds voor Hartchirurgie

Het project rond de Sporten-is-gezond Dagen is er enkel gekomen uit de wens om een sterke band te scheppen tussen de medische kringen en hun patiënten, en dit rond een gedeelde passie die bovendien een bron van welzijn is en ook een van de meest waardevolle middelen om problemen met de gezondheid te voorkomen, namelijk de sport.

Bedoeling van deze dagen, die altijd over twee jaar gespreid worden, is om via deelname aan een aantal sportactiviteiten, het debat rond enkele actuele medische thema's op gang te brengen. Uiteindelijk moeten deze dagen ertoe leiden om – vanaf 2007 – mogelijks een zelfde soort wedstrijden te organiseren tussen de bedrijven uit de gezondheidssector, de acteurs uit de medische wereld en hun patiënten.

U zult merken dat men bij de keuze van de sporttakken bewust is te werk gegaan. Zo zijn de atletiek, net als het joggen en het sportief wandelen die daar van zijn afgeleid, het wielrennen en mountainbiken, en het golfen stuk voor stuk sporttakken waarvan het beoefenen ons in staat stelt om het risico op hart- en bloedvatenziekten te beperken. Het preventiewerk door het Fonds voor Hartchirurgie is trouwens ruimschoots gebaseerd op deze verschillende sportactiviteiten.

De échte doelstelling, die overigens perfect aansluit bij de roeping van het Fonds voor Hartchirurgie, is werk te maken van de volksgezondheid. Wij willen ook nog graag benadrukken dat het er bij al deze wedstrijden uitermate vriendschappelijk én gezellig aan toe gaat, wars van enige commerciële bedoelingen.

In de loop van de jaren 2006 en 2007 zullen de artsen via hun deelname aan deze verschillende sportmanifestaties aan heel België willen tonen dat zij aan hun conditie werken en niet zo snel

buiten adem raken, en dat ze het hart op de juiste plaats hebben om samen met alle Belgen op zoek te gaan naar geluk, gezondheid én welzijn.

“Doe aan sport” luidt het advies van uw arts. Geen Belg die daar na de Sporten-is-gezond Dagen van 2006 en 2007 nog zal aan twifelen...

Voor alle praktische inlichtingen omtrent de “Sporten-is-gezond Dagen” zoals de kalender, de inschrijvingsformaliteiten,... zie de Website www.sportenisgezonddagen.be

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

**Symposium "Uitdagingen voor een Vlaamse gezondheidszorg" – Vlaams Artsensyndicaat
Zaterdag 20 mei 2006 – Genk**

Accreditering : 40 NE (rubriek ethiek en economie)

Info : Mevr. I. Dreezen, tel. 03.238.98.60 – Fax 03.238.89.97 – ingrid.dreezen@skynet.be – www.vas-info.be

**ERC Advanced Life Support Provider Course (nieuwe ERC richtlijnen)
Donderdag 22 juni tot zaterdag 24 juni 2006 (AZ Sint-Jan Brugge)
Dinsdag 26 september tot donderdag 28 september 2006 (Oostmalle domein De Renesse)**

Info: patrick.druwe@pandora.be, tel.: 0473 49 60 62

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

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

**The Belgian Scientific Organisation of Manual Therapy (B.W.M.T.)
presents "European Course Tour 2006"
21, 22 & 23 September 2006, Provinciehuis, Antwerp (Belgium)**

"State of the Art in Managing Upper Limb Joint and Soft Tissue Disorders"
Masterclass by Prof. Karim Kahn, Prof. Bill Vincenzino, Miss R. Leary, Prof. JL Gielen, Prof. JP Baeyens,
Miss A. Cools.

Info & registration: www.bwmt.be or Tel/Fax: 0032 3 775.88.96

Accreditation for Belgian Physicians is obtained.

**Symposium "Hemovigilantie"
op vrijdag 17 november 2006
in de Holiday Inn – Gent (kruising van de E40 en E17)**

Info : Dr. D. Robbrecht – dirk.robbrecht1@telenet.be

Accreditatie aangevraagd.

Lunch voorzien.

AANKONDIGINGEN

04017* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73

04018* **TWEETALIG RADIOLOOG** wenst vervangingen te verzorgen 5 halve dagen per week (conventionele RX, echo met Doppler, CT.scan), in vast of los samenwerkingsverband (privaatpraktijk of kliniek). Voorkeur Oost-Vl., West-Vl., Henegouwen, ook Antw. en Vl. Brabant. Georges PENNEMAN de BOSSCHEYDE – 056/75.33.88 – 0475/45.31.42 – go.geo@skynet.be.

05010* **OOGHEELKUNDIGE ZOEKT** : al oud oftalmologisch en optisch materiaal evenals oude brillen en glazen voor Rwanda. Tel. : 02/770.21.35.

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

06048 **ROME CENTRUM : TE HUUR** van particulier comfortabel appartement met dakterras voor 2-5 personen, dichtbij metrostation. Voorzien van was- en afwasmachine, telefoon, tv en airco. Huur vanaf € 650 per week

inclusief gas, elektra, bed-, bad- en keukenlinnen en schoonmaak na afloop. Tel.: GSM 0496/89.30.38 of 00-39-348 3113 760 (ned. gesproken). Kijk voor meer informatie op www.laterrazzadeipapi.com

- 06051 **FRANCE** : Cède retraite fin 2007 patientèle d'**ORL** libérale à NICE (France), secteur II (Honoraires libres), dans cabinet de 3 ORL et 1 plasticien maxillo-facial, plein centre de Nice: locaux magnifiques 200 m², plateau technique complet d'exploration ORL, bloc petite chirurgie; entièrement informatisé avec reconnaissance vocale en réseau, contrat dans clinique ORL et possibilité de chirurgie lourde dans premier groupe hospitalier privé. Contacter Dr G. LEVY au 00 33 6 15 46 17 97 ou e-mail: glevynice@free.fr
- 06060 **FRANCE** : Cabinet Lutter Médical recherche pour la France médecin **RADIOLOGUE, ANESTHESISTE** et **PNEUMOLOGUE**. Merci de contacter le 00.33.3.89.20.46.29 ou par e-mail rlutter@wanadoo.fr
- 06065 **GENT** : Zeer drukke multidisciplinaire locomot. privékliniek omgev. Gent, gespecialis. in sportgeneesk en interventionele pijntherapie zoekt parttime jonge spec. **FYSIS GENEESK-REVALID** voor progres. ingroei in praktijkorganisatie. Geen wacht- of zondagsdiensten. 09/232.00.32

Inhoudstafel

• Persbericht van het VBS (28.04.2006) : euthanasie : uitbreiding van de wet	1
• Sociaal statuut RIZIV 2005 en verzekeringen	1
• Activity Based Costing en financiering van nieuwe medische technieken – P. Leclercq : Toespraak gehouden ter gelegenheid van het VBS-symposium "Financiering van de Gezondheidszorg" (Koninklijke Bibliotheek van België – 04.02.2006)	2
• K.B. van 1.5.2006 : artsen 000 en 009	8
• Nomenclatuur : geriatrie (in voege vanaf 01.02.2006)	9
• Nomenclatuur : toezicht kindergeneeskunde (in voege vanaf 01.05.2006)	10
• Nomenclatuur : toezicht in een dienst Sp (in voege vanaf 01.05.2006)	10
• Overzicht diverse nomenclatuurswijzigingen	10
• Nieuwe interpretatieregel : artikel 28, § 1 – implantaten	10
• Wijziging erkenningscriteria functie Gespecialiseerde spoedgevallenzorg	11
• Wijziging erkenningscriteria functie Mobiele urgentiegroep	12
• Bijzondere beroepstitel : geriatrie	12
• Code van geneeskundige plichtenleer – Hoofdstuk IX.....	13
• INBEV-BAILLET LATOUR Health Prize – 2007 : Regulations.....	14
• De Sporten-is-gezond Dagen onder de bescherming van het Fonds voor Hartchirurgie	14
• Wetenschappelijke vergaderingen	15
• Aankondigingen	15