
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

Speciaalnummer / JANUARI 2009

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

**HET NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN 2009-2010
GEPUBLICEERD IN HET BELGISCH STAATSBLAD VAN 19.01.2009**

Het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen voor de jaren 2009-2010 werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 19.01.2009. U vindt de volledige tekst van het akkoord terug op onze website.

De geneesheren die niet of slechts gedeeltelijk tot het akkoord wensen toe te treden beschikken over 30 dagen na publicatie in het Belgisch Staatsblad, m.a.w. tot uiterlijk **18 februari 2009** om hun beslissing **per aangetekend schrijven** kenbaar te maken aan de Nationale Commissie Geneesheren – Ziekenfondsen bij het RIZIV.

Modelbrieven zijn elektronisch beschikbaar op onze website www.vbs-gbs.org. Deze kunnen ook op eenvoudige aanvraag telefonisch bekomen worden op het secretariaat. Tel. 02/649.21.47 of per fax 02/649.26.90.

In het decembernummer van ons tijdschrift werd reeds de aandacht gevestigd op een aantal belangrijke punten. Gezien de vele telefonische vragen die wij hebben ontvangen, lijkt het ons noodzakelijk een aantal punten extra onder de aandacht te brengen.

Het systeem van de gedeeltelijke conventie zoals de geneesheren tot nu toe gekend hebben is volledig gewijzigd. Tijdens de onderhandelingen voor het akkoord 2009-2010 is het behoud van de gedeeltelijke conventie één van de moeilijkste te overwinnen struikelblokken geweest. Aanvankelijk stelden de verzekeringsinstellingen de volledige afschaffing voor van het systeem van gedeeltelijke conventie omdat de mogelijkheden tot controle op het respecteren van dit systeem in praktijk heel moeilijk te organiseren was. Na langdurige onderhandelingen kon de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord toch behouden worden, mits een drastische herziening. Het nieuwe systeem is veel stringenter dan vroeger. De geneesheren die opteren voor het systeem van de gedeeltelijke conventie moeten aandachtig het punt 18.4.2. van het akkoord lezen om niet voor verrassingen te komen te staan.

Samenvattend kan gesteld worden dat de gedeeltelijke conventie enkel nog mogelijk is voor de verstrekkingen (raadplegingen, afspraken en technische verstrekkingen) voor ambulante patiënten georganiseerd gedurende maximum vier blokken van vier aaneengesloten uren per week of dus maximaal gedurende 16 uren per week. Bovendien moeten minstens de helft van al de verstrekkingen aan ambulante patiënten verricht worden aan conventietarieven, behalve indien de patiënt bijzondere eisen stelt. De geneesheer moet bovendien op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, verstrekkingen verrichten voor ambulante patiënten tegen de conventietarieven, behalve ingeval van bijzonder eis van de patiënt.

Wat kan vanaf heden nog beschouwd worden als bijzondere eisen van de patiënt? Dit wordt heel nauwkeurig beschreven in artikel 18.4.3. van het akkoord.

18.4.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

Het organiseren van raadplegingen op afspraak kan dus voortaan op zich niet meer beschouwd worden als een bijzondere eis van de patiënt.

De geneesheren die geheel of gedeeltelijk tot de conventie toetreden dienen eveneens bijzondere aandacht te besteden aan het punt “6. Geneesmiddelen” van het akkoord. Zij verbinden er zich immers toe om vanaf 1 januari 2009 in beginsel, voor zover geen medische tegenindicaties bestaan en voor zover de therapeutische doeleinden worden bereikt, in ten minste 8 op de 10 gevallen de behandeling op te starten met één van de minst dure moleculen van de 6 volgende groepen farmaceutische specialiteiten : PPI (AO2BC), ACE-inhibitoren en sartanen (CO9), Statines (C10AA), Fluconazole en Itraconazole (JO2AC), NSAID (MO1A), SSRI (NO6AB). Daarbij worden bij voorrang die specialiteiten aanbevolen waarvoor geen supplementen ten laste van de patiënten kunnen worden aangerekend of onder vermelding van de stofnaam. Bijlage 1 van het akkoord bevat de detailgegevens van de behandelingen van de 6 verschillende klassen. Het RIZIV zal samen met de tekst van het akkoord ook een rondschriven naar alle geneesheren zenden om het luik geneesmiddelen nader toe te lichten.

Met deze maatregel hopen de partijen bij het akkoord de opgelegde besparing van 42,5 miljoen euro in de geneesmiddelensector te realiseren. Indien de Medico-mut deze alternatieve maatregel niet had voorgesteld zou artikel 16 van de gezondheidswet van 19.12.2008 in voege treden¹ en zou de maatregel voorgesteld door de Algemene Raad dd. 08.12.2008 van toepassing worden². Dit zou hebben betekend dat vanaf 1 januari 2009 alle geneesheren, ongeacht hun specialisme, voor 54 % goedkope geneesmiddelen zouden hebben moeten voorschrijven, geneesmiddelen onder stofnaam niet inbegrepen. Voor een aantal specialismen vormt dit zelfs een medische onmogelijkheid.

Na 18 februari 2009 is het voor de geneesheren niet meer mogelijk om zich te deconventioneren tenzij er zich uitzonderlijke voorwaarden voordoen die uitdrukkelijk beschreven staan in punt 20 van het akkoord. Indien zich dergelijke situaties zouden voordoen, zult U via ons tijdschrift (of via de e-specialist indien het VBS over uw e-mail adres beschikt) op de hoogte gebracht worden.

¹ Artikel 16 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (B.S. 31.12.2008, 3^{de} Ed. blz. 69325) wijzigt artikel 73 §2 van de G.V.U.-wet als volgt: “Het onnodig duur zijn van bepaalde farmaceutische specialiteiten wordt vastgesteld op basis van een algemeen percentage van voorschriften in de ambulante sector, bepaald voor elke categorie van geneesheren ... ten aanzien van het geheel van het volume voorschriften in defined daily dosis (DDD) van vergoedbare farmaceutische specialiteiten”

² Nota ARGV 2008/111 dd. 14.10.2008, blz. 12 – 13.

BELANGRIJK BERICHT AAN DE GENEESHEREN-SPECIALISTEN IN DE INWENDIGE GENEESKUNDE MET RIZIV-NUMMER 580

De geneesheren-specialisten erkend in de inwendige geneeskunde die gedurende ten minste zes jaar hoofdzakelijk de gastro-enterologie of de reumatologie beoefenen kunnen afzien van hun erkenning in de inwendige geneeskunde om erkend te worden als respectievelijk geneesheer specialist in de gastro-enterologie en de reumatologie. Voor de geneesheren specialisten in de gastro-enterologie en de reumatologie moeten dossiers bij de bevoegde erkenningscommissie worden ingediend uiterlijk op respectievelijk 12 mei 2009 en 5 december 2009. Op deze data wordt deze mogelijkheid voor desbetreffende specialismen opgeheven.

De geneesheren-specialisten erkend in de inwendige geneeskunde en die gedurende 6 jaar hoofdzakelijk de pneumologie of de cardiologie beoefenen, kunnen afzien van hun erkenning in de inwendige geneeskunde om te worden erkend als respectievelijk geneesheer-specialist in de pneumologie of geneesheer specialist in de cardiologie. Er werd echter geen tijdslimiet gesteld op het indienen voor deze dossiers.

Tot op heden waren er voor de geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde niet zo veel redenen voorhanden om te opteren voor de erkenning in een of ander subspecialisme van de inwendige geneeskunde en bijgevolg af te zien van hun erkenning. Wel integendeel. Het behoud van de erkenning als geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde vergemakkelijkt de organisatie van de permanentie op de spoedgevallen diensten. Voor een aantal geneesheren specialisten inwendige geneeskunde is het behoud van het 580 Riziv-nummer eveneens belangrijk in het kader van hun erkenning als stagemeeester in de inwendige geneeskunde.

Sedert een aantal jaren wordt er binnen de Technisch Geneeskunde Raad van het RIZIV in de werkgroep inwendige geneeskunde gewerkt aan een fundamentele verandering van de regels van de connexiteit binnen de nomenclatuur van de inwendige geneeskunde. Tot nu toe hadden de verschillende specialismen van de inwendige geneeskunde een quasi onbeperkte toegang tot de volledige nomenclatuur van art. 20. Daar zal in de toekomst een einde aan komen. Samengevat zullen de prestaties van de verschillende specialismen van de inwendige geneeskunde opgesplitst worden in a) prestaties die toegankelijk zijn voor alle geneesheren specialisten van de inwendige disciplines en in b) prestaties die enkel toegankelijk zijn voor de geneesheren specialisten van de desbetreffende specialiteit. De geneesheren specialisten in de inwendige geneeskunde zullen dus elk voor zich hun praktijk onder de loep moeten nemen en uitmaken of zij hun oorspronkelijke erkenning wensen te behouden ofwel dat sommigen in de nabije toekomst zullen moeten opteren om erkend te worden in de ene of andere discipline van de interne geneeskunde.

HERINNERING - DE BIJZONDERE BEROEPSTITEL IN DE VERZEKERINGSGENEESKUNDE EN DE MEDISCHE EXPERTISE

Op basis van de overgangsbepalingen kunnen de geneesheren die sedert ten minste vijf jaar algemeen bekend staan als bekwaam in de verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise gedurende een periode van 2 jaar te rekenen vanaf de datum van in werking treding van dit besluit hun aanvraag om erkend te worden indienen. In casu dient deze aanvraag (per aangetekend schrijven) **uiterlijk vóór 15 februari 2009** ingediend te worden.

**VBS SYMPOSIUM
eHealth
07.02.2009**

Programma

08.30-08.50	Onthaal	
08.50-09.00	Inleiding : eHealth of de zorgverlener verdrinken	Dr. J.L. Demeere, Voorzitter VBS
09.00-09.30	Als geluidsgolven de lichtsnelheid aannemen, dokter let op uw gegevens	Prof. Dr. M. Deneyer, Nationale Raad Orde van Geneesheren
09.30-10.00	Naar een methode voor de uitbouw van eHealth?	Dhr. L. Debenedetti, Dir. Internationale Betrekkingen Groupement d'Intérêt Public "Dossier Médical Personnel" - France
10.00-10.30	eHealth : informatiestromen en privacy-bescherming in de gezondheidszorg	Prof. Dr. G. De Moor, Universiteit Gent
10.30-10.45	Koffiepauze	
10.45-11.15	EHealth - in voor- of tegenspoed?	Prof. Y. Poulet, FUNDP - Namen
11.15-11.45	Actuele gezondheidspolitiek	Dr. M. MOENS, VBS en BVAS
11.45-12.30	Discussie	

Plaats

Koninklijke Bibliotheek van België
Keizerlaan 2 – 1000 Brussel

Inlichtingen en inschrijvingen

Secretariaat VBS
Delphine Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 – 1050 Brussel
Tel.: 02/ 649 21 47 Fax: 02/649 26 90

Accreditering Ethiek & Economie : 3,5 CP

✂

INSCHRIJVINGSFORMULIER

RIZIV Nr : **Adres** :

Naam : **Postcode** :

Voornaam : **Gemeente** :

Specialisme : **E-mail** :

Ik zal deelnemen aan het symposium van 07.02.2009 en stort de som van:

Na 15.01.2009

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| Leden | <input type="radio"/> 35 € |
| Niet-leden | <input type="radio"/> 60 € |
| Kandidaat-specialisten | <input type="radio"/> 10 € |
| Ter plaatse | <input type="radio"/> 80 € |

**op rekening 068-2095711-53 van het VBS
met vermelding van de naam van de deelnemer en "Symposium : eHealth"**

Datum / Handtekening:

**CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER : WIJZIGING VAN ARTIKEL 173
(20/12/2008)**

Artikel 173

§ 1. Elke overeenkomst tussen artsen of artsen-vennootschappen en niet-artsen en die een invloed kan hebben op de deontologische aspecten van de beroepsuitoefening van de arts dient schriftelijk vastgelegd te worden en mag slechts ondertekend worden nadat het ontwerp ervan op deontologisch vlak goedgekeurd werd door de bevoegde provinciale raad. Hetzelfde geldt voor elke wijziging van een dergelijke overeenkomst.

§ 2. De vorige bepaling is niet van toepassing op de protocollen voor medische experimenten voor zover zij ter goedkeuring worden voorgelegd aan een commissie voor medische ethiek.

PHARMA.BE LANCEERT HET NIEUWE E-COMPENDIUM

Persbericht van pharma.be

(15.12. 2008)

e-Compendium van pharma.be: dagelijkse updates van bijsluiters, met informatie over prijs en terugbetaling

pharma.be lanceert het nieuwe e-Compendium. Vanaf vandaag kunnen de artsen en apothekers de nieuwe en gewijzigde bijsluiters raadplegen via het nieuwe e-Compendium van pharma.be. In samenwerking met de farmaceutische bedrijven worden de bijsluiters continu bijgewerkt, inclusief informatie over prijs en terugbetaling. Via een speciale PDA-applicatie hebben artsen en apothekers de informatie steeds bij de hand.

pharma.be beantwoordt met dit nieuwe concept aan de vraag van artsen en apothekers om permanent toegang te hebben tot de meest recente wetenschappelijke bijsluiters van de humane en veterinaire geneesmiddelen, inclusief prijs- en terugbetalingsinformatie. En dit zowel van reeds lang gecommmercialiseerde geneesmiddelen als van de nieuwste geneesmiddelen op de markt. Ook de samenvattingen van deze bijsluiters, opgesteld in samenwerking met een wetenschappelijke partner, zijn er beschikbaar.

U kan het e-Compendium raadplegen via www.ecompendium.be. U kan er ook een PDA-applicatie downloaden.

Het e-Compendium is toegankelijk voor artsen, apothekers, dierenartsen, tandartsen en studenten in deze disciplines.

Meer info : Tim De Kegel, pharma.be, tdk@pharma.be, 02 661 91 23

**NOMENCLATUUR : ARTIKELEN 3, § 1, A, II en C, I & 24, § 1 (KLINISCHE BIOLOGIE)
(in voege op 01.02.2009)**

12 NOVEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 3, § 1, A, II, C, I, en 24, § 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. 22.12.2008)

Artikel 1. In artikel 3, § 1, A, II, 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, [...], en C, I, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in A, in de rubriek II, 1/CHEMIE, 1/Bloed, in de omschrijving van de verstrekking 120175-120186, wordt de bepaling (Cumulregel 1, 55) door de bepaling "(Cumulregel 1)" vervangen;

2° in C, in de rubriek I, 1/CHEMIE, 1/Bloed, in de omschrijving van de verstrekking 125171-125182, wordt de bepaling (Cumulregel 3, 55) door de bepaling "(Cumulregel 3)" vervangen.

Art. 2. In artikel 24, § 1, van dezelfde bijlage, [...], wordt in de rubriek "Cumulregels" de cumulregel 55 opgeheven.

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

NOMENCLATUUR : ARTIKEL 11, § 1 (ALGEMENE SPECIALE VERSTREKKINGEN)
(in voege op 01.02.2009)

28 NOVEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 11, § 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. 22.12.2008)

Artikel 1. In artikel 11, § 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, [...], worden de volgende verstrekking en toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 354056-354060 :

« 354292-354303

Vullen van een programmeerbare pomp voor intrathecale toediening van geneesmiddelen, inbegrepen de materiaalkost, en/of titreren van deze pomp met objectieve evaluatiemeting, maximum vier maal per jaar aanrekenbaar K 40

De verstrekking 354292-354303 is niet cumuleerbaar met de verstrekking 354056-354060. »

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

NOMENCLATUUR : ARTIKEL 14, d) (HEELKUNDE OP HET ABDOMEN)
(in voege op 01.02.2009)

12 NOVEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 14, 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. 22.12.2008)

Artikel 1. In artikel 14, 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, [...], in de omschrijving van de verstrekking 244731-244742, worden de rangnummers "241776-241780", "241791-241802", "241813-241824", "241835-241846" en "241850-241861" ingevoegd tussen de rangnummers "241710-241721" en "244716-244720".

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.

OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURSWIJZIGINGEN

Artikel 5 (Parodontologie) : K.B. van 09.12.2008 (B.S. d.d. 24.12.2008 – p. 68178)

Artikel 35 (Implantaten : neurochirurgie & oto-rhino-laryngologie) : K.B. van 09.12.2008 (B.S. d.d. 22.12.2008 – p. 67518)

Artikelen 35 & 35bis (Implantaten : oftalmologie) : K.B. van 09.12.2008 (B.S. d.d. 22.12.2008 – p. 67520)

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

NIEUWE INTERPRETATIEREGEL
ARTIKEL 34 (Percutane interventionele verstrekkingen onder medische beeldvormingscontrole)
(B.S. d.d. 13.01.2009)

INTERPRETATIEREGEL 1 (in voege d.d. 13.01.2009)

VRAAG

Mag de verstrekking 589411 - 589422 aangerekend worden voor de endoveneuze behandeling van spataders van de onderste ledematen met laser of radiofrequentie?

ANTWOORD

Neen, de verstrekking 589411 - 589422 Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van pathologische letsels of van arteriële bloeding in de streek van de ledematen, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter, de farmaceutische producten, de contrastmiddelen en het embolisatiematerieel I 600 mag in geen geval voor de endoveneuze behandeling van spataders van de onderste ledematen met laser of radiofrequentie aangerekend worden.

Er bestaat in de nomenclatuur geen specifieke verstrekking voor deze behandeling.

Enkel volgende verstrekkingen, die het type van de toegepaste fulguratietechniek niet specificeren, zijn voorzien :

238070 - 238081 Onderbinden, fulguratie (vein eraser) of resectie van een variqueuze ader N 50

238092 - 238103 Onderbinden, fulguratie (vein eraser) of trapsgewijze resecties van twee of drie variqueuze aders N 90

238114 - 238125 Onderbinden, fulguratie (vein eraser) of trapsgewijze resecties van meer dan drie variqueuze aders N 125.

De endoveneuze behandeling van spataders van de onderste ledematen met laser of radiofrequentie moet dientengevolge onder een van deze nummers aangerekend worden.

OVERZICHT INTERPRETATIEREGELS BETREFFENDE DE NOMENCLATUUR

Artikel 7 (Kinesithérapie) : Interpretatieregel nr 7 (B.S. d.d. 05.12.2008 – p. 64959)

Artikel 35 (Implantaten) : Interpretatieregel nr 10 (B.S. d.d. 18.12.2008 – p. 67088)

De volledige teksten kunnen bekomen worden op eenvoudige aanvraag bij het Secretariaat.

EXPERIMENTELE HARTKLEPVERVANGING LANGS DE LIES IN VRAAG GESTELD

Persbericht KCE (18/12/2008)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bekeek de werkzaamheid en veiligheid van de niet invasieve implantatie van hartkleppen. Het vergeleek ze met de klassieke behandeling door chirurgische hartklepvervangings. Er bestaat nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor het nut van deze methode. Bovendien wordt vermoed dat op dit ogenblik de implantatie van de percutane aortaklep minder veilig is dan de klassieke chirurgische hartklepvervangings.

Percutane hartkleppen zijn prothesen die worden ingeplant bij bepaalde hartklepaandoeningen, zonder dat daar een open hart operatie voor nodig is. Ze worden meestal ingebracht via de lies. Het KCE vergeleek deze techniek met de klassieke behandelingen door medicatie en de chirurgische vervanging van de hartklep.

De percutane aortaklep: voor bejaarde hoogrisicopatiënten

Ze wordt gebruikt bij aortastenose, de meest voorkomende hartklepaandoening bij volwassenen. Deze ziekte ontstaat door een geleidelijke opbouw van kalk in de aortaklep en komt meer voor op hoge leeftijd. De klassieke chirurgische behandeling geeft wereldwijd uitstekende resultaten maar kan riskant zijn voor fragiele, bejaarde patiënten die vaak ook aan andere ziekten lijden. Van de percutane aortaklep (PA) wordt verwacht dat ze veiliger is, wegens minder invasief. Recente waarnemingen in de Verenigde Staten doen echter het omgekeerde vermoeden. De risico's van de nieuwe techniek zullen pas met zekerheid gekend zijn als de resultaten van een lopende Amerikaanse gerandomiseerde studie bekend zijn. Het KCE stelt voor deze resultaten af te wachten alvorens nog verder patiënten met deze techniek te behandelen, tenzij ze in een dergelijke gerandomiseerde studie opgenomen worden. De Belgische wetgeving kan artsen niet verbieden om bepaalde ingrepen uit te voeren. Indien deze behandeling toch aan patiënten voorgesteld wordt moet hen meegedeeld worden dat het nog niet duidelijk is dat de percutane behandeling veiliger is dan de klassieke behandeling.

De percutane longslagaderklep: voor aangeboren hartaandoeningen

De implantatie van deze hartklep is voorzien voor mensen met een aangeboren hartziekte bij wie reeds op jonge leeftijd een of meerdere operaties werden uitgevoerd. Om het aantal herhalingsingrepen tot een minimum te beperken werd de percutane arteria pulmonalis klep (PP) of longslagaderklep ontwikkeld. In tegenstelling tot de PA blijkt de ingreep wel veilig te kunnen gebeuren. Over de duurzaamheid van de PP bestaat er echter onvoldoende wetenschappelijk bewijs. Experts schatten dat er in België maximaal 50

patiënten per jaar baat zouden hebben bij een PPV. Het KCE stelt daarom een voorwaardelijke terugbetaling voor, te beperken tot 1 Belgisch centrum dat een register zou moeten bijhouden waarin elk geval nauwkeurig gedocumenteerd wordt. Jaarlijks zou een onafhankelijke audit van ieder behandeld geval moeten gebeuren. Als ondertussen uit de resultaten van lopende studies zou blijken dat de PP techniek zijn beloftes waarmaakt, kan de terugbetaling aangepast worden.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.95A.

HOE LEG JE DE PREMIES VAN DE HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN AAN BANDEN?

Persbericht KCE (22/12/2008)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bestudeerde een aantal methoden om een medische index vast te leggen. Dit gebeurde met het oog op het inperken van de premiestijgingen van de hospitalisatieverzekeringen, zoals voorzien in de wet. Het KCE pleit voor de invoering van een medische index gebaseerd op andere gegevens dan bij de klassieke prijsindex. Deze gegevens kunnen worden bezorgd door de verzekeringsmaatschappijen op voorwaarde dat ze vooraf grondig worden nagekeken. Deze studie werd uitgevoerd in samenwerking met Reacfin, dat gespecialiseerd is in actuariële wetenschappen.

Naar schatting hebben meer dan 5 miljoen Belgen een private ziekteverzekerings-overeenkomst afgesloten. De premies van deze hospitalisatieverzekeringen zijn de laatste jaren enorm gestegen. Om deze verhogingen in te perken kreeg het KCE in juli 2007 samen met de CBFA (Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen) onverwacht de opdracht van de wetgever om het maximale groeipercentage van de premies vast te leggen en toe te zien op de toepassing ervan. Nadat het KCE had uitgelegd dat het haar rol is om beslissingen te onderbouwen en niet om ze in werking te stellen werd haar missie beperkt tot het ontwikkelen van een methodologie voor het opstellen van een prijsindex voor deze verzekeringen, de "medische index" genoemd.

De onderzoekers stelden vast dat dit soort wettelijke begrenzing in geen enkel ander Europees land bestaat. Ze moest dus worden uitgevonden.

De index van de consumptieprijsen als voorbeeld

Een mogelijkheid zou zijn om een prijsindex te ontwikkelen zoals de index van de consumptieprijsen, gebaseerd op een prijslijst van de goederen en diensten die worden betaald door de private ziekteverzekeringen. Deze methode heeft echter zijn beperkingen: de kosten die de verzekeraars terugbetalen stijgen niet alleen omdat de prijzen van die goederen en diensten stijgen, maar ook omdat het gebruik ervan stijgt.

De actuariële benadering

Ze is niet gebaseerd op de prijsevolutie van bepaalde diensten en goederen, maar wel op de evolutie van de totale kost van de schadegevallen. Het KCE analyseerde eerst de evolutie van de kosten tijdens 3 jaar per leeftijdscategorie en per type contract. Het baseerde zich hiervoor op de gegevens van de verzekeringsmaatschappijen. Deze gegevens bleken echter niet betrouwbaar en zullen dus grondig moeten worden gecontroleerd voordat ze voor de berekening van een index kunnen gebruikt worden.

Vervolgens legde de studie de formules vast die moeten worden gebruikt om de index te berekenen. De studie stelt twee berekeningsmethodes voor. De eerste geeft meer flexibiliteit aan de verzekeraars maar is minder transparant voor de verzekerden. De tweede lijkt duidelijker voor de verzekerden maar houdt in dat alle verzekeraars akkoord moeten gaan over de gemeenschappelijke technieken, tzt de verschillende parameters die worden gebruikt voor de berekening van de premies.

Het KCE spreekt geen voorkeur uit voor één van beide methodes, daar ze beide hun voor- en nadelen hebben. Het gaat hier dus om een politieke keuze. Het KCE dringt er wel op aan om de betrouwbaarheid van de gegevens na te gaan voor de inwerkingstelling van het nieuwe systeem.

De onderzoekers hopen dat dankzij de onderlinge concurrentie tussen de maatschappijen de premies steeds ruim onder dit wettelijk toegelaten maximum zullen blijven.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.96A.

CENTRA VOOR KINDEREN MET LEER-, TAAL- EN GEDRAGSSTOORNISSEN: MEER WETENSCHAPPELIJKE STUDIES NODIG

Persbericht KCE (07/01/2009)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht enkele belangrijke aspecten van de werking van de NOK/PSY revalidatiecentra. De studie werd uitgevoerd in samenwerking met de universiteiten van Gent en Antwerpen en de Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie, die de voornaamste gegevens aanreikten. De NOK/PSY centra staan in voor de ambulante diagnose en behandeling van kinderen met oa. mentale handicaps, spraak- en taalstoornissen, aandachts- en concentratiestoornissen (AD(H)D) en autismespectrum- en leerstoornissen (bv. dyslexie). Er bestaat momenteel onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van de beschikbare behandelingen, noch over de setting waarin deze het best worden gegeven (bv. multidisciplinair zoals in de centra of monodisciplinair zoals door bepaalde therapeuten). Er zijn ook te weinig gegevens over de behaalde behandelingsresultaten beschikbaar.

In België bestaan er 45 centra voor NOK ("neus-oor-keel", bvb spraak- en taalstoornissen) en 49 centra voor PSY (psychische) revalidatie. Elk jaar worden er ongeveer 10.000 personen multidisciplinair behandeld, meestal kinderen. Bij 90 % van die kinderen wordt naast een hoofdstoornis minstens ook één bijkomende stoornis vastgesteld (bv. ADHD gepaard met dyslexie). Doorgaans worden de kinderen naar de centra doorverwezen door scholen, het CLB, huisartsen of specialisten. Sommigen komen er terecht op initiatief van hun ouders.

In 2007 betaalde het RIZIV 80 miljoen euro voor ambulante revalidatie, wat 20% van het jaarlijkse revalidatiebudget van het RIZIV uitmaakt. Hierdoor zijn ze één van de belangrijkste groepen binnen de revalidatiesector. De terugbetaling door de ziekteverzekering bedraagt meer dan 90% van de reële kosten. Behalve deze centra bestaan er nog andere zorgverleners voor deze kinderen, zoals taakleerkrachten op school of logopedisten, die een monodisciplinaire behandeling aanbieden.

Volgens het KCE zijn er momenteel in de wetenschappelijke literatuur geen degelijke studies die de meerwaarde van mono- of multidisciplinaire behandeling ten opzichte van elkaar onderzoeken. Ook werd nog niet onderzocht hoe lang en hoe intensief de behandeling moet zijn. Voor kinderen met ADHD zijn er wel duidelijke bewijzen dat het trainen van de ouders en eventueel de leerkracht in gedragsaanpak effect heeft, terwijl de ADHD-kenmerken niet verbeteren door het kind individueel te begeleiden. Voor kinderen met autismespectrumstoornissen is begeleiding van zowel het kind als zijn ouders aangewezen. Het KCE raadt aan om de financiering van de centra afhankelijk te maken van een deelname aan degelijke wetenschappelijke studies, te beginnen met de doelgroepen spraak-, taal-, en leerstoornissen.

De NOK/PSY centra zijn geografisch ongelijk verdeeld: in West- en Oost-Vlaanderen zijn er de meeste, respectievelijk 12 en 24. In Waals-Brabant en Luxemburg zijn er geen. Men heeft geen zicht op de zorgverlening die de kinderen in die laatste regio's krijgen. Het KCE pleit er daarom voor om dit nader te bestuderen.

De diagnose van ADHD of leerstoornis wordt meer gegeven in Vlaanderen dan in Wallonië, terwijl in het zuiden van het land vaker mentale achterstand wordt gediagnosticeerd. De reden voor dit verschil werd niet onderzocht. Een mogelijke hypothese is dat er een verschil bestaat in de mate waarin patiënten opgevangen worden in andere diensten dan de NOK/PSY centra. Een tweede mogelijke uitleg is dat er verschillen zijn tussen de medische en psychologische opleidingen van beide landsgedeelten.

Over de resultaten van de behandeling in de centra zijn er geen globale cijfers beschikbaar. Het KCE stelt voor om in alle NOK/PSY centra dezelfde criteria en testen te gebruiken voor het stellen van de diagnose en het meten van de resultaten. De terugbetalingen zouden ook moeten worden gekoppeld aan een gestandaardiseerde registratie van een aantal gegevens, waaronder de interventies die gelijktijdig lopen buiten het centrum (bv. op school). Hierdoor zou de zorgverlening van de betrokken kinderen beter kunnen worden bestudeerd en georganiseerd.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.97A.

MOETEN WE VACCINEREN TEGEN HEPATITIS A ?

Persbericht KCE (09/01/2009)

In opdracht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht het Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties (CEV) van de Universiteit Antwerpen het nut en de kosteneffectiviteit van een algemene en een doelgroepgerichte vaccinatie tegen hepatitis A. Op basis van de onderzoeksresultaten pleit het KCE voor de financiering van deze vaccinatie voor alle kinderen (1 tot 12 jaar) die naar gebieden reizen waar de ziekte nog vaak voorkomt. Een algemene vaccinatie van volwassenen en zuigelingen is niet kosteneffectief en de financiering hiervan wordt daarom door het KCE niet aanbevolen.

Hepatitis A is een leverontsteking veroorzaakt door het hepatitis A virus. De ziekte kan gepaard gaan met geelzucht, misselijkheid en moeheid gedurende een aantal weken. Jonge kinderen hebben er meestal weinig of geen last van en vertonen na infectie zelfs vaak geen symptomen. Hoewel complicaties zich vooral bij volwassenen voordoen, is de infectie zeer zelden levensbedreigend en leidt ze zelden tot een levertransplantatie. De besmetting gebeurt meestal feco-oraal, dus door contact met menselijke ontlasting

via bvb besmet voedsel, onhygiënische toiletten of een handdruk. Vaccins tegen hepatitis A zijn in België beschikbaar sinds 1992, en worden aangeraden aan reizigers naar gebieden waar de infectie zich nog breed verspreidt onder de bevolking (endemische gebieden), en aan een aantal risicogroepen, zoals bewoners en personeel van instituten voor mentaal gehandicapten.

Dankzij een verbeterde hygiëne komt hepatitis A in België niet vaak meer voor. Daardoor is een groot deel van de volwassenen opgegroeid zonder de infectie door te maken. Soms doet er zich een besmetting voor via voedsel dat door een gebrekkige hygiëne bij de bereiding of de behandeling met hepatitis A besmet is, maar de circulatie van het hepatitis A virus wordt vooral veroorzaakt door infecties (vaak zonder symptomen) bij kinderen. Daarom worden beperkte epidemische opstoten van hepatitis A de laatste jaren vooral gezien in crèches en scholen. De gegevens van deze opstoten suggereren dat het virus vaak wordt meegebracht door kinderen die bij bezoek aan een endemisch gebied besmet raken en het virus terug naar België meenemen. Het meest belangrijke deel van deze kinderen zijn wellicht migrantenkinderen die regelmatig terugkeren naar het land van herkomst van ouders of grootouders en zich daarbij vaak blootstellen aan het virus, bvb door consumptie van besmet water of omgang met lokale kinderen. Om het aantal symptomatische gevallen, geschat op 800 per jaar in België, verder te doen dalen moet in de eerste plaats getracht worden deze import te verminderen.

In samenwerking met het Team Infectieziekten van het Toezicht Volksgezondheid van de Vlaamse Gemeenschap verzamelden en analyseerden de onderzoekers gegevens over ziektelast (aantal gevallen, hospitalisaties, ...) en kosten. Een algemene vaccinatie van volwassenen of van zuigelingen van 1 jaar blijkt voor België niet kosteneffectief te zijn. Dat betekent dat de gezondheidswinst die door vaccinatie zou worden behaald te laag zou zijn in verhouding tot de kosten. Vaccinatie van groepen volwassenen is enkel kosteneffectief als die personen een infectierisico hebben dat 4 maal hoger ligt dan het gemiddelde. Het probleem is dat dit risico voor de meeste volwassenen moeilijk kan worden ingeschat.

Vaccinatie van migrantenkinderen van 1 tot 12 jaar die op reis gaan naar een hoog endemisch gebied werd wel kosteneffectief bevonden door het CEV. Op basis van dit onderzoek beveelt het KCE de financiering aan van hepatitis A vaccinatie voor alle kinderen tussen 1 en 12 jaar die op reis gaan naar een endemisch gebied. Daarbij mag de aandacht voor hygiëne in crèches, scholen en ook bij bewerkers van voedsel zeker niet verminderen, om zo de verspreiding van hepatitis A en andere feco-orale infecties af te remmen.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.98A.

GERIATRISCHE DAGZIEKENHUIZEN: NOG VEEL VRAGEN

Persbericht KCE (12/01/2009)

Nvdr : een commentaar op deze studie zal door de Belgische Beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de geriatrie opgesteld worden en opgenomen worden in een volgend nummer van onze tijdschrift.

In 2010 komt er een einde aan het proefproject waarbij de overheid geriatrische dagziekenhuizen (GDZ) financiert. Het Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bekeek de financiering van de GDZ's en hun meerwaarde voor de patiënten. Het werkte hiervoor samen met de universiteiten van Gent en Luik en hun ziekenhuizen. Er bestaan geen overtuigende gegevens die aantonen dat een opname in een GDZ een voordeel biedt in vergelijking met een opname in een klassiek ziekenhuis. De financiering van een GDZ zou moeten afhangen van zijn bezettingsgraad en het profiel van zijn patiënten, en zou niet forfaitair mogen zijn, zoals nu.

Bij de geriatrische patiënt is het belangrijk om er voor te zorgen dat hij zo lang mogelijk zelf kan functioneren en zelfstandig kan blijven wonen. Om aan die specifieke behoeften te voldoen heeft de overheid een aangepast zorgprogramma opgesteld. Eén van de elementen van dat programma is het geriatrische dagziekenhuis (GDZ). In 2006 besliste de overheid om, in het kader van een proefproject, geld voor 45 geriatrische dagziekenhuizen te voorzien. Ondertussen is dit aantal gegroeid naar 89. Het proefproject loopt eind 2010 af. Aan het KCE werd gevraagd om, indien nodig, een aangepaste financiering voor te stellen.

Een GDZ is bedoeld voor patiënten van gemiddeld ouder dan 75 jaar. Een multidisciplinair team bestaande uit een geriater, een kinesist, een verpleegkundige en een logopedist staat er via dagopname in voor het stellen van diagnoses (bvb valproblematiek, osteoporose) en voor bepaalde behandelingen (bvb wondzorg, transfusie). De GDZ's organiseren ook ambulante revalidatie, eventueel na een operatie, gedurende maximum 3 maanden.

Het KCE stelde vast dat er geen overtuigende gegevens bestaan die de meerwaarde aantonen van een GDZ tov een klassiek ziekenhuis. Een algemene geriatrische evaluatie blijkt wel onmisbaar voor de goede verzorging van de geriatrische patiënt. Bij die evaluatie worden syndromen zoals verminderde mobiliteit, vallen, geheugenstoornissen, depressie, incontinentie, enz... getest. Men heeft nog niet onderzocht waar die evaluatie het beste wordt uitgevoerd, in het ziekenhuis, in een geriatrisch dagziekenhuis, bij de huisarts,....

Elk GDZ ontvangt vandaag van de overheid een jaarlijks vast bedrag van bijna 260.000 euro in het kader van het proefproject, naast een vergoeding per multidisciplinaire geriatrische evaluatie. De bezettingsgraad van het GDZ speelt bij de huidige financiering geen enkele rol. Nochtans zijn er GDZ's die onderbenut zijn. Het KCE beveelt aan om voor elk GDZ een specifieke financiering te voorzien, gebaseerd op zijn bezettingsgraad en het profiel van zijn patiënten. Daardoor zullen GDZ's die een veel lagere bezettingsgraad hebben dan andere die even lang bestaan, een lagere financiering ontvangen.

Daarnaast pleit het KCE voor een betere gegevensinzameling om het financieringssysteem te kunnen evalueren. Er is bijkomend onderzoek nodig naar de behoeften en de tevredenheid van de patiënten, de noodzakelijke middelen, de kosten voor de patiënten, de rol van de huisarts,enz.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.99A.

IS ER EEN MAXIMUMPRIJS VOOR EEN (GEZOND) LEVENSJAAR?

Persbericht KCE (14/01/2009)

In zijn honderdste rapport geeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een snelcursus gezondheidseconomie. Het rapport wil beleidsmakers in de gezondheidszorg informeren over het gebruik, de relevantie en de valkuilen van economische evaluaties bij het nemen van beslissingen. Het KCE hoopt met dit methodologisch rapport moeilijke economische concepten en onderzoeksresultaten toegankelijker te maken voor niet-economisten.

Het budget voor de gezondheidszorg is beperkt. Daarom moet de overheid beslissingen nemen over de verdeling van de financiële middelen over talrijke mogelijke medische interventies. Eén van de elementen die kunnen helpen bij deze moeilijke en delicate keuze is een kosteneffectiviteitsanalyse. De analyse drukt de voordelen van een behandeling uit in 'gewonnen levensjaren' of in 'gewonnen gezonde levensjaren' voor patiënten. Wanneer een behandeling minder kost en meer voordelen oplevert voor de patiënten dan de huidige standaardpraktijk ligt de beslissing voor de hand. Maar vaak verbetert een behandeling de gezondheid, maar kost ze ook meer dan de klassieke behandeling. In dat geval stelt zich de hamvraag: hoeveel mag een bijkomend (gezond) levensjaar kosten?

Het is onduidelijk hoe Belgische beleidsmakers met informatie over kosteneffectiviteit omgaan. Er is in België geen bedrag ('drempelwaarde') vastgelegd waarop men zich baseert om te bepalen wanneer een interventie te duur is in verhouding tot de behaalde gezondheidswinst. Het Verenigd Koninkrijk gebruikt momenteel wel drempelwaarden voor de kost per gewonnen gezond levensjaar. Wanneer de kost per gewonnen gezond levensjaar lager is dan £20 000, wordt de terugbetaling van de interventie zelden in vraag gesteld. Tussen £20 000 en £30 000 moeten er bijkomende argumenten zijn voor een terugbetaling en boven de £30 000 moeten er zeer sterke argumenten worden aangehaald.

Moet België evolueren naar een gelijkaardig systeem? Het KCE onderzocht in welke mate drempelwaarden kunnen worden toegepast in België. De conclusie van de KCE studie is dat een unieke drempelwaarde niet verdedigbaar is. Zo is één van de basisvoorwaarden voor een unieke drempelwaarde dat het streven naar maximale gezondheid de enige doelstelling is van de beleidsmakers. Dit strookt niet met de realiteit, zoals blijkt uit interviews met beleidsmakers. Onder andere billijkheid, de ernst van de aandoening en het al dan niet bestaan van een alternatieve behandeling zijn evenzeer bepalend voor de beslissing tot terugbetaling.

Toch benadrukt het KCE dat economische overwegingen belangrijk en ethisch noodzakelijk blijven bij dergelijke beslissingen. Het besteden van middelen aan één gezondheidszorgprogramma vermindert immers de beschikbare middelen voor andere programma's. Daarnaast pleit het KCE voor meer transparantie in kosteneffectiviteitsstudies en bij de criteria die de beleidsmakers gebruiken voor het nemen van hun beslissingen. Eén van die criteria zou alleszins economische efficiëntie moeten zijn.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.100A.

AANKONDIGINGEN

- 04017* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73
- 05151* **RADIOLOOG** biedt zijn diensten aan voor **VERVANGING** bij voorkeur in privaat praktijk tel. 059.506282 of gsm. 0473.677009 / 0477863830.
- 07068* **ANESTHESIST** met ruime ervaring in algemene en locoregionale technieken, pijnkliniek en intensieve zorgen, is bereid om vervangingen, inslapende wachten en urgentiewachten te doen over heel het land. Tel. 0477/45.29.50
- 08099 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 08111 **WEGENS PENSIONERING** zoek ik een overnemer van mijn private praktijk **RADIOLOGIE** in de Gentse regio. De praktijk is beschikbaar vanaf 01/10/2009 of volgens onderlinge overeenkomst. Voor meer informatie: 0477 487283.
- 09001 **TONGEREN : ANESTHESIST** gevraagd voor privékliniek in Tongeren, voor 4 vaste dagen per maand. Contact : 012/39.54.24 of 0477/75.94.35
- 09002 **TONGEREN : OPERATIE-ASSISTENTIE** gevraagd op zelfstandige basis voor privékliniek in Tongeren, voor 4 vaste dagen per maand. Ervaring en flexibiliteit vereist. Contact : 012/39.54.24 of 0477/75.94.35
- 09003 **BRUSSEL** : Het Universitair Ziekenhuis Brussel bouwt zijn dienst Oftalmologie uit samen met het Maastricht Universitair Medisch Centrum en heeft daartoe volgende vacature : **KLINIEKHOOFD OFTALMOLOGIE** (m/v). Het Kliniekhoud staat in voor de klinische verzorging van patiënten, neemt actief deel aan de klinische ontwikkeling, kan belast worden met onderwijs- en navorsingstaken en neemt deel aan het klinisch onderricht. Wij bieden een verloning overeenkomstig deze functie en voorzien in een pakket extralegale voordelen. U richt uw schriftelijke sollicitatie samen met een uitgebreid CV vóór 15 februari aan UZ Brussel, dr. L. Steenssens, Medisch Directeur, Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel. Meer info : www.uzbrussel.be

Inhoudstafel

• Het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 19.01.2009	1
• Belangrijk bericht aan de geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde met RIZIV-nummer 580	3
• Herinnering - De bijzondere beroepstitel in de verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise	3
• VBS symposium "eHealth" (07.02.2009)	4
• Code van geneeskundige plichtenleer : wijziging van artikel 173 (20/12/2008)	5
• pharma.be lanceert het nieuwe e-Compendium (Persbericht van pharma.be – 15.12. 2008)	5
• Nomenclatuur : artikelen 3, § 1, A, II en C, I & 24, § 1 (Klinische biologie)	5
• Nomenclatuur : artikel 11, § 1 (Algemene speciale verstrekkingen)	6
• Nomenclatuur : artikel 14, d) (Heelkunde op het abdomen)	6
• Overzicht diverse nomenclatuurswijzigingen	6
• Nieuwe interpretatieregels artikel 34 (Percutane interventionele verstrekkingen onder medische beeldvormingscontrole) (B.S. d.d. 13.01.2009)	6
• Overzicht interpretatieregels betreffende de nomenclatuur	7
• Experimentele hartklepvervanging langs de lies in vraag gesteld (Persbericht KCE – 18/12/2008)	7
• Hoe leg je de premies van de hospitalisatieverzekeringen aan banden? (Persbericht KCE – 22/12/2008)	8
• Centra voor kinderen met leer-, taal- en gedragsstoornissen: meer wetenschappelijke studies nodig (Persbericht KCE – 07/01/2009)	9
• Moeten we vaccineren tegen Hepatitis A ? (Persbericht KCE – 09/01/2009)	9
• Geriatrische dagziekenhuizen: nog veel vragen (Persbericht KCE – 12/01/2009)	10
• Is er een maximumprijs voor een (gezond) levensjaar? (Persbericht KCE – 14/01/2009)	11
• Aankondigingen	12