

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsvereniging 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° 1 / JANUARI 2002**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

**De nieuwe tarieven van toepassing vanaf 1.2.2002 voor de consultaties, raadplegingen en psychotherapie** vindt U op de VBS-website zodra we erover zullen beschikken. Deze kunnen ook op eenvoudige aanvraag telefonisch bekomen worden op het secretariaat.

## **VERPLICHTE MEDEDELING DOOR DE ZIEKENHUISBEHEERDER AAN DE MEDISCHE RAAD VAN FINANCIËLE EN STATISTISCHE GEGEVENS**

In het Staatsblad van 28 december 2001 jl. werd een uitvoeringsbesluit gepubliceerd (KB van 18.12.2001) van artikel 128bis van de ziekenhuiswet. Daarin wordt een duidelijke lijst bepaald van de verschillende gegevens die de beheerder moet mededelen aan de medische raad. Het besluit stelt definitief een einde aan de wantoestanden in sommige instellingen waar de beheerder slechts een weinig transparant beeld van de interne boekhouding ter beschikking stelt van de medische raad. De volledige lijst van de gegevens nemen we hierna over.

Het VVI blijkt nu al –en ten onrechte- uitsluitend deze verplichtingen te willen nakomen wanneer alle honoraria, inclusief deze van de raadplegingen, centraal worden geïnd. De beheerdersorganisatie gaat hierbij uit van een verkeerde interpretatie van de eerste woorden van het KB, nl. « Voor de ziekenhuizen, waar de inning van de medische honoraria centraal gebeurt... ». Zo gelezen... "lijkt dit KB" van toepassing te zijn op de ziekenhuizen waar "alle honoraria" centraal geïnd worden, zeggen de Drs C.BOONEN en D.DEVOS van de VVI-leiding. Wishfull thinking.

Niets is immers minder waar. Om die interpretatie mogelijk te maken zou het KB wel degelijk "alle" geschreven moeten hebben. Wat echter niet kon, want het KB werd specifiek genomen in het kader van artikel 128bis dat geen onderscheid naar categorieën van ziekenhuizen toelaat, en zeker niet volgens een criterium dat buiten het wettelijk kader van de centrale inning ligt. Op dit ogenblik is de centrale innig van de honoraria uitsluitend voorzien voor de vestrekkingen m.b.t. opgenomen patiënten. Als de wet het heeft over « de centrale inning van de medische honoraria », dan betreft het uitsluitend deze van de gehospitaliseerden. **De uitbreiding van de centrale inning tot de ambulante prestaties van de medische-technische diensten is slechts mogelijk mits een specifiek uitvoeringsKB van artikel 134 van de wet (wat nu geenszins het geval is), en vergt bovendien specifieke KB-bepalingen waarin de modaliteiten van die uitgebreide centrale inning worden gedefinieerd.**

Wel is bijzonder belangrijk dat het nieuwe KB ook de mededeling van gegevens voorziet betreffende de honoraria die niet onder de verplichte centrale inning vallen, nl. deze m.b.t. de ambulante activiteiten van de medisch-technische diensten en van de raadplegingen, zonder daarvoor de centrale inning op te leggen, **met name het globaal percentage van deze honoraria "dat aan het ziekenhuis toekomt"**. Als men de VVI redenering zou volgen moet dit percentage dus ook niet medegedeeld worden, noch aan de beheerder, noch aan de medische raad.

Verder willen wij bijzonder de nadruk leggen op de belangrijke betekenis van het voorlaatste gedachtenstreepje van art 1,4° van het KB, volgens hetwelk onder de mede te delen gegevens ook het aandeel « dat de ziekenhuizen toekomt » op het geheel van de « ziekenhuisdiensten » en...de « hulpziekenhuisdiensten (totaal van de kostenplaatsen 100 tot 199) » betrokken wordt. Men bedoelt hier het deel van de honoraria waarop de beheerder zou kunnen aanspraak maken (op basis van overeenkomsten in het kader van art 140, §1,4° en §4 van de ziekenhuiswet), voor die diensten die **specifiek als verpleegdag-gebonden** worden beschouwd, zoals het mortuarium, het operatiekwartier, de anesthesie, de centrale sterilisatie of het medisch archief. De zogenaamde « hulpkostenplaatsen » zijn te verdelen kostenplaatsen die uitsluitend over de verpleegafdelingen worden verdeeld. Immers de kosten van deze kostenplaatsen worden gedefinieerd als zijnde gedekt door de verpleegdagprijs (art. 7 van het M.B. 6.08.1986).

Luidens **§1, 4° en §4 van artikel 140** van de ziekenhuiswet, zijn tussenkomsten vanwege de medische honoraria m.b.t. deze kostenplaatsen uitsluitend voorzien m.b.t. maatregelen met het oog op het instandhouden of bevorderen van de medische activiteit in het ziekenhuis. Wegens de formulering « het percentage... dat aan de ziekenhuizen toekomt » willen wij er bij de medische raden op aandringen om bij dit soort financiële afspraken formeel en schriftelijk de **specifieke bestemming en de tijdslimiet** te bepalen tijdens dewelke deze bijdragen worden toegestaan.

Verder voorziet artikel 4 van het KB dat de medische raad de vertrouwelijkheid van de gegevens die hem worden overgemaakt dient te respecteren, en dat hij ze in geen geval buiten de medische raad mag "verspreiden" (Franse tekst: "diffuser"). Het VVI blijkt dit begrip meteen te willen omzetten in een absoluut verbod tot mededeling. Uiteraard zijn deze gegevens confidentieel, en wel voor iedereen die er, hetzij in het kader van de normale interne werking van de medische raad, hetzij als deskundige, door de medische raad van in kennis wordt gesteld. Dit betekent dat best op zeer formele wijze een vertrouwelijkheids-engagement wordt aangegaan vanwege de betrokken persoon, zowel ten aanzien van het ziekenhuis als ten aanzien van de medische raad.

Tenslotte voorziet het KB de toepassing van deze nieuwe bepalingen op de gegevens van het dienstjaar 2000, alhoewel het retroactief in werking treedt op 1 januari 2001. Het is dan ook een raadsel hoe het dan moet met een eventueel saneringsplan van het jaar 2000 in een openbaar ziekenhuis, dat had moeten medegedeeld worden vóór de goedkeuring door de beheersorganen. Misschien wordt die goedkeuring niet langer rechtsgeldig geacht...?

---

## ARTIKEL 128BIS VAN DE WET OP DE ZIEKENHUIZEN

**18 DECEMBER 2001. - Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 128bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (B.S. d.d. 28.12.2001)**

[...]

**Artikel 1.** Voor de ziekenhuizen, waar de inning van de medische honoraria centraal gebeurt, dient de ziekenhuisbeheerder volgende inlichtingen aan de Medische Raad van het ziekenhuis mede te delen :

1° de inlichtingen zoals beoogd in het koninklijk besluit van 27 november 1973 houdende reglementering van de economische en financiële inlichtingen te verstrekken aan de ondernemingsraden;

2° a) de nominatieve lijst van personeel tewerkgesteld gedurende het ganse jaar of een gedeelte van het jaar, opgemaakt per type en categorie van personeel en bij ieder naam vermeldend :

- de bezette functie;

- de kostenplaats waar de functie wordt uitgeoefend;
- de arbeidstijd uitgedrukt in voltijds equivalenten;
- b) de gemiddelde jaarlijkse weddeanciënniteit per type en per personeelscategorie;

3° het totaal van de personeelskosten, het totaal van de andere kosten en het totaal van de opbrengsten per kostenplaats, vermeld in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, bedoeld in bijlage 1 van hetzelfde besluit;

De andere kosten en producten dienen gedetailleerd te worden naargelang de aard vermeld in de klassen 6 en 7 van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen;

4° het percentage van de erelonen dat aan de ziekenhuizen toekomt mits vermelding van het (de) betalingssyst(e)m(en) van de zieken-huisgeneesheren voor elk van volgende groepen van diensten :

- het geheel van de laboratoria (totaal van de kostenplaatsen 510 tot 549);
- het geheel van de medische beeldvorming (totaal van de kostenplaatsen 500 tot 509);
- het geheel van de andere medisch-technische diensten (totaal van de kostenplaatsen 555 tot 828);
- het geheel van de ziekenhuisdiensten (totaal van de kostenplaatsen 200 tot 499), inbegrepen de daghospitalisatie (totaal van de kostenplaatsen 550 tot 554) en de hulpziekenhuisdiensten (totaal van de kostenplaatsen 100 tot 199);
- het geheel van de raadplegingen (totaal van de kostenplaatsen 840 tot 899);

5° de in artikel 98 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, bedoelde documenten inzake het voorstel van verpleegdagprijs;

6° de beslissing genomen door de bevoegde overheid betreffende de erkenning;

7° per personeelscategorie, het percentage van de afwezigheden wegens jaarlijks verlof, ziekte, zwangerschapsverlof, arbeidsongeval of beroepsziekte, ten opzichte van het aantal te presteren uren;

8° de gegevens betreffende elke herstructureringsoperatie in het ziekenhuis, onder andere de sluiting en/of reconversie van bedden met vermelding van de daaruitvolgende gevolgen, inzonderheid voor het behoud van het personeelsbestand;

9° de feed-back betreffende de minimale klinische gegevens, de minimale verpleegkundige gegevens en de minimale psychiatrische gegevens;

10° het budget van het dienstjaar van het volgende jaar.

Bovendien dient de beheerder, voor de openbare ziekenhuizen volgende inlichtingen over te dragen aan de Medische Raad :

11° het statuut van het personeel (statutair, contractueel) uitgedrukt in percentage van het totaal aantal personen;

12° het saneringsplan, indien het geval zich voordoet.

**Art. 2.** § 1. De gegevens zoals bedoeld in artikel 1, 1° tot 9° en 11°, worden één keer per jaar binnen de drie maanden die volgen op de afsluiting van het beschouwde boekjaar medegedeeld aan de Medische Raad.

§ 2. De gegevens zoals bedoeld in artikel 1, 10° worden één keer per jaar overgemaakt aan de Medische Raad voor het einde van het dienstjaar voorafgaand aan dit waarop het budget slaat.

§ 3. De gegevens zoals bedoeld in artikel 1, 12° worden aan de Medische Raad overgemaakt vóór de goedkeuring door de beheersorganen.

**Art. 3.** Buiten de overdracht van de gegevens zoals bedoeld in artikel 2 dient de beheerder de nodige commentaar en uitleg over de gegevens zoals bedoeld in artikel 1 te geven.

Deze mededeling gebeurt via het Overlegcomité geneesheren - beheerders, indien dit bestaat in het ziekenhuis. In het tegengestelde geval gebeurt ze op initiatief van de Medische Raad, die de beheerder uitnodigt op de vergadering waar dit punt op de dagorde staat.

**Art. 4.** De Medische Raad dient de vertrouwelijkheid van de gegevens die hem werden overgemaakt te respecteren. Hij mag ze in geen geval buiten de Medische Raad verspreiden.

**Art. 5.** De bepalingen van dit besluit worden voor de eerste maal toegepast op de gegevens van het dienstjaar 2000.

**Art. 6.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2001.

**Art. 7.** Onze Minister van Volksgezondheid en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 december 2001.

## TARIEVENREGELING ZIEKENHUIZEN

In het kader van het wetsontwerp houdende maatregelen inzake gezondheidszorg dat inmiddels op 23 november jl. in de Kamercommissie werd goedgekeurd, zijn nieuwe bepalingen voorzien wat betreft de tarieven, ereloonsupplementen en maximumtarieven die in het ziekenhuis kunnen worden toegepast. De nieuwe wettelijke regeling vergt enige nadere toelichting, temeer daar ze ook een actualisering opdringt van de bestaande regelingen onder de vorm van duidelijke schriftelijke afspraken tussen artsen en beheerder via de algemene regeling van de rechtsverhoudingen (ARRV).

Een viertal artikelen hebben betrekking op de supplementen die aan een opgenomen patiënt kunnen gevraagd worden:

- art 90 van de ziekenhuiswet bepaalt de supplementen die kunnen gevraagd worden door het ziekenhuis;
- art.91 handelt over de modaliteiten van mededeling;
- art 138 handelt over de ereloonsupplementen en de toepassingsmodaliteiten terzake;
- art 114 van het wetsontwerp treft de overgangsregeling.

(N.B. : Op dit ogenblik (25.1.2002) zijn deze bepalingen nog niet van kracht.)

### 1. De supplementen van het ziekenhuis (het nieuwe art. 90 van de ziekenhuis-wet)

Bovenop het budget van financiële middelen van het ziekenhuis kan een supplement aangerekend worden voor het verblijf in een individuele kamer of tweeper-soonskamer, met inbegrip van de daghospitalisatie, ten laste van de patiënt die zulke kamer heeft geëist, op voorwaarde dat tenminste de helft van het aantal bedden in het ziekenhuis beschikbaar kan worden gesteld voor het onderbrengen van patiënten die zonder supplementen wensen te worden opgenomen.

Dat aantal beschikbare bedden moet voldoende bedden omvatten voor opname van kinderen met begeleidende ouder.

Bij Koninklijk besluit wordt mogelijks een maximumbedrag van verblijfsupplement voor één- of tweepersoonskamers vastgesteld. Bovendien kan geen verblijfsupplement aangerekend worden

-in geval van medische noodwendigheid van opname op éénpersoonskamer (gezondheidstoestand van de patiënt, technische voorwaarden van onderzoek, behandeling of toezicht);

-in geval van noodwendigheden van de dienst of opname op éénpersoonskamer wegens onbeschikbaarheid van onbezette bedden op twee- of meerpersoonskamers; (idem voor opname op tweepersoonskamer wegens onbeschikbare bedden op meerpersoonskamers).

-opname op een eenheid voor intensieve zorg of voor spoedgevallenzorg buiten de wil van de patiënt en voor de duur van het verblijf op die eenheid.

### 2. De voorwaarde inzake mededeling

Men gaat uit van een impliciete mededelingsplicht en instemming vanwege de patiënt. Dit blijkt ten andere eveneens uit art 50,§3, laatste lid van de gecoördineerde GVU-wet van 14.07.1994, waarin we volgende bepaling lezen: " ...worden de zorgverleners geacht tot de akkoorden te zijn

*toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de gerechtigden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden ."*

In het nieuwe wetsontwerp is voorzien dat bij koninklijk besluit nadere regelen kunnen worden bepaald inzake:

- de aard van de bedragen ten laste van de patiënt die hem vooraf moeten medegedeeld worden, zowel wat de supplementen van art 90 (ziekenhuis) als deze van art.138 (medici) betreft.
- de modaliteiten van de mededeling van het bedrag van het supplement;
- de voorlegging ter ondertekening aan de patiënt van een document waarop die bedragen vermeld staan.

Wat de supplementen van art 138 in dagziekenhuis betreft, zijn voormelde bepalingen enkel toepasselijk voor die verstrekkingen die door bij KB omschreven zijn.

Verder wordt nog voorzien dat bij KB bepaald wordt hoe de bedragen ter kennis worden gebracht van het publiek.

### **3. De honorariumsupplementen (art 138 van de gewijzigde ziekenhuiswet)**

#### **3.1. Indien er een akkoord in voege is:**

**3.1.1.**De verbonden geneesheren moeten de verbintenistarieven naleven voor de patiënten (verblijvenden of dagziekenhuis) opgenomen in twee- of meerpersoonskamers. Worden met deze laatste gelijkgesteld: deze gevallen waarvoor geen verblijfsupplement (cfr punt 1 hierboven, nl. art 90) mag aangerekend worden.

**3.1.2.**De ziekenhuisartsen die niet verbonden zijn delen dit mede aan de beheerder die daarvan kennis geeft aan de medische raad en aan de ziekenfondsen.

Deze geneesheren kunnen m.b.t. de patiënten bedoeld sub 3.1.1. afwijken van de verbintenistarieven voor zover terzake in de algemene regeling maximumtarieven zijn vastgesteld, en deze door de betrokken geneesheren worden nageleefd. Die bepalingen zijn eveneens toepasselijk op de verstrekkingen in daghospitalisatie zoals omschreven bij KB.

Dit onderdeel van de ARRV kan slechts toegepast worden indien het werd medegedeeld aan:

- de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen
- via het RIZIV aan de verzekeringsinstellingen.

Bijzonder belangrijk is het feit dat de wet het recht tot afwijkende tarieven waarborgt aan de niet-verbonden geneesheren. Wel moeten zij hieromtrent een afspraak tot stand brengen met de beheerder, en heeft de wet in feite het initiatiefrecht verdeeld tussen enerzijds de geneesheren (voor wat het bedingen van supplementen betreft) en de beheerder (voor wat de waarborg aan de sub 3.1.1.bedoelde patiënten betreft; zie verder 3.1.3).

**3.1.3.** De beheerder en de Medische Raad waarborgen dat de patiënten bedoeld sub 3.1.1. aan verbintenistarieven kunnen verzorgd worden. De beheerder neemt daartoe, na overleg met de Medische Raad, de nodige initiatieven en geeft ervan kennis aan deze laatste. Eventueel kunnen bij KB toepassingsmodaliteiten bepaald worden.

**3.2. Indien er geen akkoord artsen-ziekenfondsen is,** wordt dezelfde regeling als deze sub 3.1.2. toepasselijk op alle geneesheren.

**3.3. NB:** In de gevallen bedoeld bij 3.1. kunnen bij KB eventueel categorieën van patiënten bepaald worden t.a.v. dewelke de niet-verbonden geneesheren (3.1.2.) geen honoraria afwijkend van de verbintenistarieven mogen aanrekenen. Als er geen akkoord is, vormen de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, de maximumtarieven die door geneesheren kunnen worden aangerekend voor deze patiënten.

**3.4.** Zolang de maximumtarieven bedoeld onder 3.1.2. niet zijn vastgesteld, mogen enkel deze supplementen aangerekend worden welke op de datum van inwerkingtreding van de wet zijn medegedeeld aan de patiënten met toepassing van het KB van 3 oktober 1991 (KB tot bepaling van nadere regelen inzake de mededeling aan de patiënten van de supplementen die ten opzichte van de verbintenistarieven worden aangerekend alsmede ieder ander supplement ; dit is m.a.w. de huidige regeling inzake mededeling).

#### **4. Ambulante patiënten**

Voor ambulante patiënten is geen specifieke wettelijke regeling voorzien tenzij deze van de GVVU-wet betreffende de akkoorden zelf. De niet-verbonden geneesheer bepaalt in principe dus vrij zijn erelonen. Uiteraard kan dit het voorwerp uitmaken van afspraken tussen de beheerder en de geneesheren in de ARR.V.

#### **5. Specifieke gevallen: de forfaitaire honoraria per verpleegdag voor klinische biologie en radiologie bij opgenomen patiënten.**

Artikel 57,§6 van de GVVU-wet zegt : "*Voor de verstrekkingen die door het of de in §1 bedoelde forfait of forfaits worden vergoed mogen geen bedragen ten laste van de rechthebbenden worden gelegd.*"

Volgens een vroegere interpretatie van de RIZIV-administratie werd uit deze bepaling ten onrechte afgeleid dat hier niet alleen een eventueel persoonlijk aandeel bij de forfaits voor opgenomen patiënten wordt uitgesloten maar tevens mogelijke supplementen. Dit zou echter veronderstellen dat hier absolute maximumtarieven worden bepaald.

Die visie is zeer betwistbaar omdat art. 57,§5, 2<sup>e</sup> lid een onderscheid maakt tussen het begrip "forfaitaire honoraria" enerzijds en "forfaits" anderzijds, waarbij "forfaitaire honoraria" in feite op de conventietarieven berusten, wat met het begrip "forfait" niet het geval zou zijn. Daarom zegt voormelde bepaling: "*Tenzij de verstrekkingen van klinische biologie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten gedeeltelijk wordt vergoed op basis van een forfaitair honorarium of van forfaitaire honoraria, dienen, voor de verstrekkingen vergoed door het forfait geen getuigschriften zoals bedoeld in art. 53 te worden afgeleverd.*" Het forfait bedoeld in art 57,§6 is duidelijk geen honorarium. Dit wordt nog verduidelijkt in het kader van de concrete uitvoering.

Immers het uitvoeringsbesluit van 3 juli 1996 stelt in zijn art. 154 dat de verstrekkingen van klinische biologie voor opgenomen patiënten voor drie vierden vergoed worden op basis van forfaitaire honoraria. De tekst zegt: "*komen in de plaats van 75% van de honoraria zoals die voor de betreffende verstrekkingen zijn vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van artikel 50 van de gecoördineerde wet*" (nvdr: het artikel van de GVVU-wet over de akkoorden). In duidelijke taal zegt dit: de forfaitaire honoraria komen in de plaats van 75% van de honorariumtarieven die t.o.v. de rechthebbenden nageleefd worden door de geneesheren die zijn toegetreden tot de akkoorden. Het betreft dus maximumtarieven toepasselijk op de verbonden geneesheren, weliswaar verschillend van het ene ziekenhuis tot het andere, t.g.v. de toepassing van het KB van 19.06.1997 (B.S. 26.07.1997) dat de forfaitaire honoraria klinische biologie per verpleegdag regelt, doch het zijn in geen geval absolute maximumtarieven.

Er is echter geen reden om te veronderstellen dat de niet-verbonden geneesheren geen supplementen zouden mogen aanrekenen. Het is ons inziens perfect legaal dat, ingeval de overheid via een tijdelijke recuperatiemaatregel zoals bedoeld in art. 59 van de GVVU-wet, t.g.v. een budgetoverschrijding, de forfaitaire honoraria vermindert met bvb. 33,34% zoals op 01.08.2001 jongstleden, de niet-verbonden geneesheren een supplement kunnen aanrekenen op de eenheidstarieven per prestatie (de 25%).

Voor de medische beeldvorming bij opgenomen patiënten is dat principe nog duidelijker gesteld vermits het uitvoeringsbesluit van 26 april 1999 waarbij dit systeem van (eveneens) forfaitaire

honoraria werd ingevoerd, niets anders inhoudt dan de bekrachtiging van een akkoord gesloten in de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

Alhoewel wij van oordeel zijn dat het strikt juridisch gezien niet correct is dat supplementen op de forfaitaire honoraria voor opgenomen patiënten zouden verboden zijn, werd het aanrekenen daarvan de facto onmogelijk gemaakt. In het kader van de vaststelling van de modellen van ziekenhuisfactuur, enkele jaren geleden, is er omtrent dit probleem reeds aardig wat discussie geweest op het RIZIV. Onder de rubriek forfaitaire honoraria klinische biologie werd er geen specifiek vakje op de verpleegnota voorzien voor dit soort supplementen, en op de magnetische drager al evenmin. NB: voor ambulante patiënten zijn supplementen mogelijk zowel op het forfaitair deel van het honorarium als voor het resterend deel per prestatie.

## 6. De facturatie van bedragen ten laste van de opgenomen patiënt

Naast de verpleegnota is er ook het "Uittreksel Verpleegnota" bestemd voor de rechthebbende. Op dit document werd

- geen enkele vermelding voorzien betreffende eventuele supplementen i.v.m. de forfaitaire honoraria per verpleegdag;

- onder de rubriek 3.1. (Forfaitaire honoraria per opname) enkel een supplementvakje voorzien voor het consultance honorarium van de radioloog;

- onder 3.2.2. een rubriek voorzien "honoraria waarvoor een bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt"; deze worden vermeld volgens specialisme en per verstrekker; het betreft enerzijds de persoonlijke tussenkomst van de patiënt, en anderzijds de categorie "supplement". De definitie van dit laatste begrip luidt: "*een bedrag dat aan de patiënt bovenop de wettelijk vastgestelde persoonlijke tussenkomst wordt aangerekend voor geneesmiddelen, medisch materiaal, medische of paramedische verstrekkingen of andere verstrekkingen en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering*";

- onder 3.2.3. een rubriek voorzien "honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volledig ten laste van de patiënt". Dit is o.m. het geval van de verstrekkingen die uit de nomenclatuur worden geschrapt. Deze bedragen worden niet als een supplement beschouwd, doch als een (sic) "ander bedrag", wat in de toelichting gedefinieerd wordt als "*het bedrag van verstrekkingen waarvoor geen tussenkomst is voorzien door het ziekenfonds, noch een persoonlijke tussenkomst*".

Daarnaast bestaat eveneens de mogelijkheid dat sommige verstrekkingen in de nomenclatuur behouden blijven, doch met een nul-waarde. In dat geval kan door een niet geconventioneerd arts uiteraard een supplement aangerekend worden. Het KB nr 78 zegt immers dat de geneesheer recht heeft op een honorarium voor zijn prestaties.

Tenslotte nog dit: de honorariumtarieven van de conventie dekken de verstrekkingen zoals ze in de omschrijving en de toepassingsregels in de nomenclatuur zijn voorzien, evenals de kosten in verband met deze verstrekkingen. Daarin zijn dus niet begrepen: de eventuele kosten die niet voor de nomenclatuur vereist zijn, noch de kosten die in verband staan met verstrekkingen die behoren tot een van de andere rubrieken die opgesomd worden in artikel 34 van de GUV-wet (bvb. medische disposables).

In sommige hoofdstukken van de nomenclatuur worden hierover nadere bepalingen gegeven. De meest gekende zijn bvb. de bepalingen van art 12,§ (Anesthesie), art 13,§ (Reanimatie). Minder gekend zijn daarentegen de bepalingen van art 17, §5,b) en c) (medische beeldvorming): "De honoraria omvatten de honoraria voor het nemen van de clichés en het opstellen van het protocol. Ze omvatten de kosten in verband met die onderzoeken".

## **BOEKHOUDKUNDIGE VERPLICHTINGEN CENTRALE INNING DOOR DE MEDISCHE RAAD**

Een KB tot uitvoering van artikel 137 van de ziekenhuiswet (KB 18.12.2001 – B.S. 28.12.2001) legt de verplichte boekhouding volgens de methode van de dubbele boekhouding op aan de centrale inningsdiensten van de medische raden, evenals het minim algemeen rekeningsstelsel (KB 12 september 1983). Het KB voegt in feite een aantal rekeningen toe, die het spiegelbeeld vormen van deze die reeds voorzien waren in de overeenstemmende klassen van het eenvormig rekeningsstelsel van de ziekenhuizen.

Het KB treedt in werking op 1 januari 2002 en is van toepassing vanaf het dienstjaar 2002.

## **HERZIENING PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD IN AANTOCHT.**

In het kader van de planningscommissie van het medisch aanbod wordt gewerkt aan een herformulering van de quota. Oorspronkelijk waren de globale jaarlijkse contingentcijfers 700 (2004), 650 (2005), 600 (vanaf 2006). Volgens voorstellen van het Ministerie zouden ze behouden blijven op 700 voor de jaren 2004 t.e.m. 2008 (een "afronding" werd dat genoemd; kwatongen noemden de discussies een "kerstpromotie"). Voor de jaren 2009-2010 zou dan de "afronding" dan worden verdergezet tot 750. Kenschetsend is dat de bij KB van 29.08.1997 vastgestelde cijfers geenszins werden gerespecteerd door de Franstalige faculteiten, die een feitelijke systematische overstijging hanteerden van ongeveer 15%.

Naast de verdeling tussen huisartsen en specialisten, en de spreiding over de verschillende disciplines, stelt zich het probleem van de verdeling over de verschillende faculteiten. Een denkoefening waarbij de problemen van de sector en de budgettaire impassen van de gezondheidszorg blijkbaar de plaats moeten ruimen voor de "selectierechten" van de universiteiten. En de enige zinnige oplossing, nl. een nationale selectie, stuit nog altijd op een harde weerstand, ook al moet dat leiden tot het voorstellen van haast irrationele mechanismen.

We stuurden onze bedenkingen naar het Ministerie in volgende brief dd. 4 januari jl.:

*"Betreft: ontwerp van KB betreffende de planning van het medisch aanbod.*

*1. Wij kunnen ons vanzelfsprekend niet eens verklaren met de vooropgestelde verhoging van de aantallen kandidaten die toegang krijgen tot de opleiding voor een titel van huisarts of van specialist, voor de jaren 2005 en 2006, gezien er geen fundamentele argumenten bestaan voor de zgn. "afronding", welke vanzelfsprekend naar "boven" gebeurt. Wij waren overigens onthutst te vernemen dat de Franstalige universiteiten systematisch de overschrijding van de hen opgelegde quota "organiseren", m.a.w. de wettelijke bepalingen gewoonweg niet naleven.*

*Deze zgn. "afronding" betekent een systematische verhoging van +12%. Er is geen enkele objectieve reden voorhanden om dergelijk optrekken van de quota te verantwoorden. Men neemt o.m. niet in aanmerking dat de overheid, in het kader van een restrictief begrotingsbeleid, een gans programma van zware activiteitsbeperkingen heeft voorzien, duidelijk en planmatig gericht op vermindering van activiteits- en prestatievolumes. Deze maatregelen resulteren met mathematische zekerheid in verminderde werkgelegenheid en het verdwijnen van toekomstige vacatures in de (vooral specialistische) gezondheidszorg. Het lijkt dus ten zeerste aangewezen de voorheen bepaalde quotacijfers niet op te trekken.*

*2. Daarbij aansluitend kunnen wij ons evenmin eens verklaren met de verdeling van de quota over geneesheren-specialisten en huisartsen. Immers de zgn. "afronding" met +12% wordt haast integraal verrekend in het quotum dat zou worden vastgesteld voor de specialisatie-opleidingen. Men stelt zelfs vast dat het vooropgestelde cijfer van 470 (voor 2004 t.e.m. 2008) maximum op te leiden specialisten beduidend overeenstemt met de gemiddelde jaarlijkse aangroei van het aantal*



*specialisten in de loop van het voorbije decennium, zodat in werkelijkheid niet eens van een "numerus clausus" kan gesproken worden. Men heeft in feite gewoon de quota vastgesteld in functie van de behoeften aan kandidaat-specialisten (goedkope werkkrachten) van de opleidingsstructuren, en geenszins rekening gehouden met de reële activiteitsbehoeften van de gezondheidszorg.*

*3. Onder artikel 4,§1 wordt een onjuiste formulering opgenomen van de bepalingen van het KB van 16 maart 1999. Artikel 3 van dit laatste voorziet immers de bepaling: "...een attest dat aantoonst dat de kandidaat door een faculteit geneeskunde aanvaard is voor de discipline waarin hij wil opgeleid worden". Art. 4 van het datzelfde KB zegt dat hij een tweede attest nodig heeft "dat aantoonst dat de kandidaat met vrucht een specifieke universitaire opleiding heeft gevolgd...". Het betreft hier trouwens specifieke opleidingscriteria.*

*De vooropgestelde bepaling stemt niet overeen met de bepalingen van het KB van 16 maart 1999. De voorgestelde formulering zou tot gevolg hebben dat de specifieke universitaire opleiding uitsluitend toegankelijk zou zijn voor arbitrair geselecteerde kandidaten. De bepalingen van het KB nr 78 regelen de toegang tot de beroepstitels, doch niet tot de studies en de opleiding als dusdanig. Deze bepaling tast dus een grondwettelijk recht aan.*

*Onder §2 wordt blijkbaar een diploma van "kandidaat-huisarts" en van "kandidaat-specialist" ingevoerd. Op welke wettelijke basis?*

*Bovendien wordt hier een compleet onzinnige maatregel voorzien waardoor alle kandidaten in hun opleiding geblokkeerd worden zodra één enkele faculteit het totale toegelaten attesten-quotum overschrijdt. Immers de specialisatie kan maar aangevat worden wanneer het stageplan is voorgelegd aan de erkenningscommissie.*

*Onder §2, 4° gaat men nog stap verder, die al evenmin zinvol is, nl. door de voordien als maxima vastgestelde quota plots in te bereiken minima om te zetten. In feite gaat men er dus van uit dat de "wens" van een kandidaat om in een bepaalde discipline opgeleid te worden, kan omgezet worden in een "must" opgelegd door de faculteit. Zo iets kan toch niet (is trouwens al evenzeer ongrondwettelijk)! Men kan hoogstens selectiecriteria bepalen en dan de kandidaten aanvaarden die aan die criteria voldoen, zolang het maximumquotum niet bereikt is. Doch men kan noch de vrije wil van de kandidaten omzetten in een gedwongen vakkeuze, noch het vereiste kwaliteitsniveau van de selectie afstemmen op het maximumquotum.*

*In deze tekst wordt de werkelijke vertaling gegeven van het feitelijke opzet, nl. dat de quota uiteindelijk bepaald worden in functie van de budgettaire- en werkingsnoden binnen de universitaire- en netwerkziekenhuizen.*

*De formulering van §2,5° is niet erg duidelijk. Men zou er goed aan te doen de juiste inhoud van de bepaling te preciseren.*

*§2,6°: Het feit dat "overleg" tussen de faculteiten of "loting" noodzakelijk zullen zijn, levert het beste bewijs dat de enige rationele oplossing van de selectie bestaat in een centrale evaluatie, resulterend in een classificatie die dan een eenvoudige keuze van de best geplaatsten toelaat."*

*Hopende dat U met deze bemerkingen zult willen rekening houden, groet ik U beleefd,  
met collegiale hoogachting,*

*Prof. Dr. J. GRUWEZ"*

## **WACHTGENEESHEER OP INTENSIEVE ZORGEN WIE, WAT, HOE?**

Sinds gewezen minister Marcel Colla heeft gepoogd de medische wachtdienst binnen de algemene ziekenhuizen in regeltjes te gieten volgt de ene aanpassing van ministerieel besluit op de andere, telkenmale gevolgd door negatieve commentaar vanwege verschillende belangengroepen.

De wachtdienst van de ziekenhuisarts heeft de interesse gewekt van politici, organisaties van ziekenhuisbeheerders, het RIZIV en natuurlijk de artsenverenigingen.

Dat bij een snel evoluerende geneeskunde ook de medische permanenties een aanpassing vereisen zal niemand ontkennen.

Nieuwe behandelingstechnieken en krachtige medicaties dienen vaak binnen de eerste uren na de diagnose of het insult gestart.

Het gebruik van dure infrastructuur en zware medische apparatuur kan niet beperkt blijven tot normale kantooruren.

De Belgische burger verwacht onmiddellijke bijstand bij een medisch probleem met inzet van alle beschikbare middelen.

De algemene ziekenhuizen worden een toevlucht voor allerlei medische en niet medische problemen buiten de "normale" werkuren.

Bij de discussie over de wachtdiensten wordt door niet-geneesheren bijna uitsluitend aan de spoedgevallenwacht gedacht. De drijfveer voor een goede permanentie is dat een trauma slachtoffer of een persoon met een "acute" aandoening onmiddellijk moet kunnen geholpen worden door goed opgeleide artsen in een spoedgevallenafdeling. Nochtans lijkt het ons evident dat de zorg voor de patiënten opgenomen in het eigen ziekenhuis en op de Intensieve Zorgen afdeling in het bijzonder, zeker niet ondergeschikt mag worden aan de zorg voor mogelijke patiënten die van buiten het ziekenhuis komen.

Wie is die wachtgeneesheer voor de Intensieve Zorgen? De wet eist een intensivist of een erkend geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie, in de inwendige geneeskunde (of deelspecialiteiten), in de heelkunde (of deelspecialiteiten) vast verbonden aan het ziekenhuis en met ervaring in de Intensieve Zorgen geneeskunde. Eventueel kan beroep gedaan worden op een geneesheer-specialist in opleiding vanaf het derde opleidingsjaar mits voldoende omkadering.

De taak van de wachtgeneesheer Intensieve Zorgen is niet beperkt. Naast de verantwoordelijkheid voor de patiënten op de intensieve zorgen kan hij eveneens opgeroepen worden voor medische problemen binnen het ganse ziekenhuis. Tevens dient hij de permanentie te kunnen verzekeren op de spoedgevallen tijdens de afwezigheid van de wacht urgentiegeneeskunde (uitruk met de MUG).

Steeds minder collega's specialisten beschikken over de aangepaste vorming om een zo omvangrijke ziekenhuispermanentie in te vullen. Binnen het ziekenhuis ontstaat een onevenwicht tussen meer en/of zwaardere inslapende wachten en minder artsen geschikt om de taken in te vullen.

Het beperkt budget, de trend naar supra-specialisatie, de feminisatie van het beroep, de stijging van de gemiddelde leeftijd van het artsencorps en een maatschappij waar vrije tijd steeds belangrijker wordt, zal het onevenwicht alleen maar scherper stellen.

Ieder algemeen ziekenhuis in België met een erkende Intensieve Zorgen dienst probeert de medische permanentie te verzekeren conform de opgelegde wettelijke verplichtingen. De geneesheer-specialisten anesthesie, inwendige geneeskunde of chirurgie worden hierdoor supplementair belast. De nachtdienst of week-end dienst komt immers bij de normale medische activiteit van het basisdiscipline. Weinig geneesheer-specialisten kunnen zich veroorloven de eigen specialistische praktijk en daaraan verbonden honoraria ondergeschikt te maken aan de medische wachtdienst voor het ziekenhuis.

De Belgische Beroepsvereniging van Geneesheer-specialisten in de Intensieve Zorgen is bezorgd over de kwaliteit van de wachtdienst op de Intensieve Zorgen afdeling enerzijds en wenst anderzijds een garantie dat de ziekenhuisartsen voldoende gemotiveerd blijven voor de taken die hen worden opgelegd.

De organisatie van de wachtdiensten op de Intensieve Zorgen is meestal het resultaat van samenwerkingsovereenkomsten tussen verschillende basisspecialiteiten aanwezig binnen het ziekenhuis. Deze vaak moeizaam bekomen afspraken zijn gebaseerd op een beschikbaarheid van gekwalificeerde artsen, een aanvaardbare werkbelasting en een min of meer aantrekkelijke financiële vergoeding.

De vraag van de ziekenhuisbeheerder om te voldoen aan de (steeds wisselende) minimale wettelijke criteria dreigt de elementen "kwaliteit", "werkbelasting" en "financiële vergoeding" te overheersen.

Het standpunt van de Beroepsvereniging Intensieve Zorgen omschrijft zich als volgt:

De medische wachtdienst op de Intensieve Zorgen dient uitgevoerd door geneesheer-specialisten die in hun basisopleiding een vorming Intensieve Zorgen geneeskunde hebben gekregen.

Om de fysieke en familiale belasting aanvaardbaar te houden en de uitoefening van de eigen basisspecialiteit niet in het gedrang te brengen dient het aantal wachtdiensten beperkt tot maximaal 1 per week.

Dit betekent dat binnen de basisopleiding van chirurgen, internisten en anesthesisten voorzien dient te worden in een stage Intensieve Zorgen van minimaal 6 maanden.

De wachtgeneesheren dienen vertrouwd te zijn met de organisatie binnen het ziekenhuis en de wachtrekking van de verschillende basisspecialiteiten (thuiswachten). Bijgevolg komen alleen vast aan het ziekenhuis verbonden artsen in aanmerking voor de wachtdienst Intensieve Zorgen.

Het toekennen van compensatieverlof na een nachtdienst is afhankelijk van de zwaarte van de wacht, de mogelijkheden van de basisspecialiteit en de financiële vergoeding. Voor een erkend geneesheer-specialist kan een recuperatiedag na een nachtdienst een mogelijkheid zijn doch geen verplichting.

De permanentiehonoraria die via de hoofdgeneesheer worden geïnd dienen integraal ter beschikking te komen van de wachtgeneesheren. Het Koninklijke Besluit van 4 december 2000 (publicatie Staatsblad 16 januari 2001) spreekt duidelijk van een forfaitair honorarium voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in het ziekenhuis. Dit honorarium dient om de verschillende artsen te vergoeden die de permanenties verzekeren volgens de in voege zijnde wettelijke verplichtingen...

De inslapende wachtgeneesheren maken het immers mogelijk dat het ziekenhuis kan beschikken over een erkende dienst Intensieve Zorgen en/of een erkende dienst Gespecialiseerde Spoedgevallenzorg. Een erkende dienst Intensieve Zorgen en/of Gespecialiseerde Spoedgevallenzorg heeft op zijn beurt aanleiding tot een hogere ligdagprijs voor het ganze ziekenhuis.

De permanente aanwezigheid van de geneesheer-specialist geeft dus aanleiding tot meer inkomsten voor de beheerder van het ziekenhuis. Vermits de baten van de wachtdienst ten voordele komen van het ziekenhuis dienen ook eventuele kosten ten laste te komen van het ziekenhuis en worden zij boekhoudkundig ingeschreven in de rubriek hulpkostenplaats.

Het is dus logisch dat het wachthonorarium integraal naar de wachtgeneesheren gaat, zonder aftrek van kosten zoals maaltijden, logement, investering in apparatuur.

Het forfaitair permanentiehonorarium is voorzien per opname van een patiënt op een acute dienst chirurgie, interne, pediatrie verloskunde,...

Eerste opvang spoedgevallen	A 15	508 Bfr
Erkende functie gespecialiseerde spoedgevallen	A 28	948 Bfr
Erkende functie intensieve zorgen	A 28	948 Bfr
Erkende functie gespecialiseerde spoedgevallen + erkende functie intensieve zorgen	A 40	1355 Bfr

Het is te betreuren dat de combinatie van 2 medische permanenties, spoedgevallen en intensieve zorgen, minder vergoed wordt dan de wachtdienst voor 1 erkende functie afzonderlijk. Veel discussies binnen het ziekenhuis zouden kunnen vermeden worden door het toewijzen van een A 28 per opname zowel voor de gespecialiseerde spoedgevallen als voor de intensieve zorgen, ongeacht of beide functies samen voorkomen.

Jammer genoeg zal voor een aantal kleinere ziekenhuizen het aantal opnames in een acute dienst niet volstaan om de wettelijk verplichte wachtgeneesheren een aanvaardbare vergoeding te verzekeren.

Een advies uit 1985 van de Orde der Geneesheren Nationale Raad stelt "dat de financiering van de medische wachtdienst in een ziekenhuisinstelling door de artsen moet worden gewaarborgd...". "Het bedrag van de financiële bijdrage van zij die niet persoonlijk aan de wachtdienst deelnemen, wordt vastgesteld door de medische raad...".

Hoewel de Orde der Geneesheren een solidariteit verwacht tussen geneesheren om aan een voldoende wachtvergoeding te komen, streven wij in de eerste plaats naar een correcte financiering van de wachtdienst voor ELK ziekenhuis via het RIZIV. De Orde vindt dat de Medische Raad bepaalt wat een billijke vergoeding voor de wachtgeneesheer is. Deze billijke vergoeding is afhankelijk van een aantal factoren zoals: werkbelasting, al dan niet nemen van compensatieverlof, opleiding van de wachtgeneesheer, mogelijkheid tot genereren van eigen honoraria, enz.

Zonder te willen interfereren met de eigenheid van elk ziekenhuis dient gestreefd naar een minimale vergoeding van een geneesheer-specialist van 1.000,- Bfr. per uur voor een weekdag en 1.500,-Bfr. per uur voor een weekend dag. Het feit dat er op dit ogenblik problemen zijn tot het aantrekken van artsen met brevet voor de spoedgevallenwacht mag geen reden zijn om de eigen ziekenhuisspecialist met wacht voor de Intensieve Zorgen minder te vergoeden dan een algemeen geneeskundige op de spoedgevallenafdeling.

We dienen ons te realiseren dat de medische permanentie in belang zal toenemen. Ze zal daarenboven steeds omvangrijker worden. De kwaliteit en efficiëntie van de medische wachtdienst zal meer en meer een weerspiegeling zijn van de kwaliteit en efficiëntie van het ganse ziekenhuis! Een groot deel van de ziekenhuisartsen zal zich blijvend moeten inzetten om die medische permanentie te verzekeren op een kwalitatief hoog niveau. Het is van primordiaal belang dat de Medische Raad erop toeziet dat de groep ziekenhuisartsen die de wachtdiensten moeten verzekeren groot genoeg blijft, dat een aanvaardbare financiële vergoeding gegarandeerd blijft en dat de nodige infrastructuur ter beschikking staat. De toekomstige anesthesist, chirurg of internist dient tijdens zijn opleiding voldoende geschoold en begeleid om in de volgende jaren zijn deel van de ziekenhuiswachten te kunnen uitvoeren.

Jammer genoeg staan we nog ver van een goede en adequate wachtregeling voor elk ziekenhuis met erkende intensieve zorgen. De inslapende medische wachtdienst is te belangrijk voor patiënt en arts om door anderen buiten het ziekenhuis te laten regelen.

**Het bestuur van de Belgische Beroepsvereniging van Geneesheer-specialisten in de Intensieve Zorgen.**

---

## **CARDIALE ZORGPROGRAMMA'S A EN GEWIJZIGDE NORMEN VAN ZIEKENHUISFUSIES**

### **Brief aan Mevrouw Magda AELVOET, Minister van Volksgezondheid (21.1.2002)**

Mevrouw de Minister,

Betreft: cardiale zorgprogramma's A en gewijzigde normen van ziekenhuisfusies (KB 07.11.00 –BS 08.02.01)

Luidens het gewijzigde besluit over de erkenningsnormen van de ziekenhuisfusies, zou voortaan ook de cardiale basiszorg binnen een ziekenhuisfusie niet langer op verscheidene vestigingsplaatsen mogen verzekerd worden.

Wij menen dat zulks onvermijdelijk ernstige gevolgen zal hebben voor deze patiënten voor wie het voortbestaan van een kwalitatief hoogstaande proximateitszorg noodzakelijk is. Dit blijkt ten andere duidelijk uit de bepaling van de doelgroep van het zorgprogramma.

Bovendien stellen wij vast dat deze maatregel een zeer concrete defusionerende werking heeft op verscheidene plaatsen, en dus het averechts effect veroorzaakt van wat ervan verhoopt werd.

Wij verzoeken U daarom met aandrang een uitzondering op de regel overeenkomstig art 3, 6° van het KB van 31 mei 1989, voor de A-zorgprogramma's te willen voorzien, zoals die trouwens voorzien is voor de diensten medische beeldvorming.

Hopende op een gunstig gevolg aan dit verzoek en U bij voorbaat dankend voor uw aandacht, groeten wij U

met de meeste hoogachting,

Dr M. MOENS  
Secretaris-generaal

Prof. Dr. J. GRUWEZ  
Voorzitter

## HET NIEUWE B6 BESLUIT

**10 NOVEMBER 2001. - Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (B.S. d.d. 13.12.2001)**

[...]

**Artikel 1.** Voor de toepassing van dit besluit dient te worden verstaan onder :

1° de wet op de ziekenhuizen : de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987;

2° de sectoriële akkoorden : de sectoriële akkoorden tussen de werkgevers, de representatieve organen van de werknemers van de ziekenhuizen en de regering, gesloten ingevolge de basisteksten van 4 juli 1991, 22 november 1991, 1 maart 2000 en 22 juni 2000.

**Art. 2. § 1.** De kosten die het gevolg zijn van de bijkomende voordelen voorzien in de sectoriële akkoorden van 4 juli en 22 november 1991, die toegekend worden aan het personeel waarvan de financiering, geheel of gedeeltelijk, ten laste van de honoraria valt, en die verband houden met geneeskundige verstrekkingen als bedoeld in artikel 95, 2°, van de wet op de ziekenhuizen, met uitzondering van deze welke betrekking hebben op de activiteiten voor niet gehospitaliseerde patiënten, worden gedekt door het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, mits voldaan is aan de voorwaarden en regels bepaald in §§ 1 en 2.

§ 2. De in § 1 bedoelde kosten worden voor de helft gedekt door het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen op voorwaarde dat :

1° de in § 1 bedoelde voordelen volledig worden toegekend aan al het ziekenhuispersoneel. Bij ontstentenis van ondertekening of toetreding tot de sectoriële akkoorden dient de beheerder van het ziekenhuis aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, een attest te doen geworden dat mee ondertekend is door de Ondernemingsraad of, in voorkomend geval, door de vakbondsafvaardiging wat de privé-sector betreft, of door het hoger overlegcomité of het bevoegde overlegcomité of het basisoverlegcomité, wat de openbare sector betreft, waarin wordt bevestigd dat aan deze voorwaarde is of zal worden voldaan;

2° de ziekenhuisbeheerder aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, alle gegevens mededeelt betreffende de tewerkstelling en de personeelskosten in de medische en medisch-technische diensten;

3° alle honoraria met betrekking tot de medisch-technische diensten en door Ons aangeduide zorgprogramma's, zowel wat betreft de gehospitaliseerde patiënten als de niet-gehospitaliseerde patiënten, met uitzondering van de honoraria van de geneesheren bedoeld in artikel 143, § 2, van de wet op de ziekenhuizen, centraal worden geïnd, hetzij door de beheerder, hetzij door de medische raad;

4° aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu de omvang van de centraal geïnde geneesherenhonoraria wordt medegedeeld, inbegrepen de erop betrekking hebbende supplementen, voor het geheel van de medisch-technische diensten en de door Ons aangeduide zorgprogramma's en, in voorkomend geval, voor het geheel van de consultatiediensten, telkenmale uitgesplitst naargelang deze betrekking hebben op gehospitaliseerde en niet gehospitaliseerde patiënten;

5° aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu enerzijds een anoniem overzicht wordt overgemaakt van de wijze waarop aan hoofdstuk II van titel IV van de wet op de ziekenhuizen uitvoering is gegeven en anderzijds een nota waarin de aanwending van de geneesherenhonoraria voor het geheel van de medisch-technische diensten en de door Ons aangeduide zorgprogramma's wordt medegedeeld;

De in het vorige lid bedoelde aanwending dient te worden uitgesplitst naar de hiernavermelde rubrieken :

- a) personeelskosten,
- b) vergoeding van geneesheren,
- c) aankoop van goederen en diensten,
- d) afschrijvingen,
- e) omslag der gemeenschappelijke kosten,
- f) financiële lasten,
- g) saldo;

6° de Medische Raad wordt ingelicht over de uitvoering van elk van de voornoemde punten.

§ 3. De in § 1 bedoelde kosten worden volledig gedekt door het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen wanneer aan de volgende bijkomende voorwaarden is voldaan :

1° in het ziekenhuis, in de erkende groepering of associatie, zoals bedoeld in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen en die de medisch-technische dienst of het zorgprogramma uitbaat, 70 % van de ziekenhuisgeneesheren, in de hiernavermelde medische disciplines zijn gedurende minstens acht halve dagen per week uitsluitend in het betrokken ziekenhuis, de betrokken groepering of de betrokken associatie werkzaam :

- a) heilkunde,
- b) inwendige geneeskunde,
- c) biologie,
- d) radiologie,
- e) anesthesiologie,

2° er bestaat een schriftelijk akkoord afgesloten en effectief uitgevoerd tussen de ziekenhuisbeheerder en de Medische Raad over de centrale inning van alle geneesherenhonoraria door het ziekenhuis, met uitzondering van de honoraria bedoeld in artikel 143, § 2, van de wet op de ziekenhuizen.

**Art. 3.** § 1. De in artikel 2 bedoelde kosten die betrekking hebben op de activiteiten voor niet gehospitaliseerde patiënten, worden voor de helft gedekt door het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, indien benevens de in artikel 2, § 2, vermelde vereisten, aan de volgende bijkomende voorwaarden voldaan is :

1° in het geheel van de consultatiediensten, de medisch-technische diensten of de zorgprogramma's van het betrokken ziekenhuis, van de erkende groepering of associatie, zoals bedoeld in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, is 70 % van de ziekenhuisgeneesheren gedurende minstens acht halve dagen per week in het betrokken ziekenhuis of in de betrokken groepering of associatie werkzaam;

2° aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu wordt een nota overgemaakt waarin de aanwending van de geneesherenhonoraria voor het geheel der consultatiediensten wordt medegedeeld.

De in het vorige lid bedoelde aanwending dient te worden uitgesplitst naar de hiernavermelde rubrieken :

- a) personeelskosten,
- b) vergoeding van geneesheren,
- c) aankoop van goederen en diensten,
- d) afschrijvingen,
- e) omslag der gemeenschappelijke kosten,
- f) financiële lasten,
- g) saldo;

3° alle geneesherenhonoraria van de consultatiediensten, zowel wat betreft de gehospitaliseerde als de niet gehospitaliseerde patiënten wiens personeel door het ziekenhuis wordt betaald, worden centraal geïnd, hetzij door de beheerder, hetzij door de medische raad, met uitzondering van de honoraria der geneesheren bedoeld in artikel 143, § 2, van de wet op de ziekenhuizen;

§ 2. De in § 1 bedoelde kosten worden volledig gedekt door het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen wanneer aan de volgende bijkomende voorwaarden wordt voldaan :

1° alle geneesherenhonoraria worden centraal door het ziekenhuis geïnd;

2° voor tenminste 70 % van de ziekenhuisgeneesheren, die uitsluitend en voltijds in het betrokken ziekenhuis werkzaam zijn, kan artikel 140, § 3, van de wet op de ziekenhuizen niet worden toegepast.

**Art. 4.** De kosten voortvloeiend uit de bijkomende voordelen voorzien in de sectoriële akkoorden van 1 maart en 22 juni 2000, die toegekend worden aan het ziekenhuispersoneel waarvan de financiering geheel of gedeeltelijk rechtstreeks ten laste van de honoraria is en die veroorzaakt worden door de verstrekkingen zoals bedoeld onder artikel 95, 2°, van de wet op de ziekenhuizen, worden volledig gedekt door het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

**Art. 5.** De Minister die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft kan de modaliteiten bepalen omtrent de wijze waarop aan de bepalingen van dit besluit wordt voldaan.

**Art. 6.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2001.

**Art. 7.** Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Volksgezondheid zijn belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 november 2001.

## **INTERPRETATIeregELS BETREFFENDE DE NOMENCLATUUR VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN – INAMI**

(B.S. d.d. 1.1.2002)

Op voorstel van de Technische tandheelkundige raad van 11 januari 2001, 8 maart 2001 en 10 mei 2001 en tot uitvoering van artikel 22, 4°bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 3 september 2001 de hiernagende interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van de artikelen 5 en 6 van de nomenclatuur :

### **INTERPRETATIeregELS**

#### **RAADPLEGINGEN**

##### **VRAAG 1**

Mag verzekeringstegemoetkoming worden toegekend voor verstrekking nr. 301011 \* Raadpleging in de spreekkamer van een licentiaat in de tandheelkunde of van een tandarts die houder is van een bekwaamheidsgetuigschrift N 5, wanneer ze samen met een behandeling voorkomt op het getuigschrift voor verstrekte hulp?

##### **ANTWOORD**

Krachtens de bepalingen van artikel 6, § 1, van de nomenclatuur, dekt het honorarium voor de in artikel 5 bedoelde tandverzorging alle verstrekkingen welke zijn verricht tussen de data van aanvang en einde van de behandeling die op het getuigschrift voor verstrekte hulp zijn vermeld.

Indien de rechthebbende ertoe genoopt is de tandheelkundige te raadplegen voor een aandoening die geen verband houdt met de behandeling welke aan de gang is en buiten het opgemaakte behandelingsprogramma valt, mag de raadpleging op hetzelfde getuigschrift worden vermeld en mag verzekeringstegemoetkoming worden toegekend.

Indien daarentegen de rechthebbende de tandheelkundige raadpleegt om een reden die deel uitmaakt van de behandeling, mag de verzekeringstegemoetkoming voor die raadpleging niet worden toegekend.

### **HEELKUNDIGE EXTRACTIES**

##### **VRAAG 1**

Een O.R.L. verricht geregeld tandextracties bij patiënten die hem worden gestuurd door tandartsen.

Mag er verzekeringstegemoetkoming worden verleend voor die extracties ?

##### **ANTWOORD**

De tandextracties opgenomen onder de nrs. 303170 - 303181 en 303214 - 303225 verricht onder lokale of algemene anesthesie door een geneesheer-specialist mogen slechts voor verzekeringstegemoetkoming in aanmerking komen als die geneesheer houder is van het diploma van licentiaat in de tandheelkunde of van het diploma van doctor in de genees-, heel-; en verloskunde, uitgereikt onder het stelsel van de wetten van voor die van 21 mei 1929.

##### **VRAAG 2**

Hoe moet de extractie van een tandwordtel worden geattesteerd ?

## ANTWOORD

De extractie van een tandwortel wordt gelijkgesteld met een eenvoudige tandextractie en mag derhalve niet worden geattesteerd; ofwel kan ze bestaan uit een extractie met botresectie en dan mag ze worden geattesteerd, voor zover zij beantwoordt aan de gestelde criteria van de heelkundige extractie. Ze mag in geen geval worden gelijkgesteld met een extractie van geïmpacteerde tanden (317236 - 317240).

### CONSERVERENDE VERZORGING

#### VRAAG 1

Wat omvatten de verstrekkingen "behandeling en vulling van één of meerdere wortelkanalen" van éénzelfde tand ?

#### ANTWOORD

De verstrekkingen "behandeling en vulling van één of meerdere wortelkanalen van éénzelfde tand" beperken zich tot de preparatie en de vulling van één of meerdere wortelkanalen van éénzelfde tand en een controleradiografie die aantoont dat de verstrekking volgens de vereisten werd uitgevoerd.

### TANDPROTHESEN

#### VRAAG 1

Welke verstrekking kan worden geattesteerd wanneer een tand opnieuw wordt geplaatst of vervangen ?

#### ANTWOORD

Wanneer een tand die uit een tandprothese is losgekomen of die gebroken is, opnieuw wordt geplaatst of vervangen, kan de verstrekking "herstelling van een prothese" worden geattesteerd. De verstrekking "herstelling van een prothese" beoogt elke herstelling van een prothese, ongeacht of het gaat om het herstellen van de plaat, het herstellen of vervangen van een klem, het opnieuw plaatsen van een losgekomen tand, het vernieuwen van een gebroken tand, enz.

De verstrekking "bijplaatsen van een tand op een bestaande prothese" beoogt de gevallen waarin op een bestaande tandprothese een bijkomende tand wordt geplaatst.

#### VRAAG 2

Moeten de voorwaarden inzake toekenning van een tandprothese in aanmerking worden genomen in geval van bijplaatsen van (een) tand(en), herstellen van een prothese of vervangen van haar basis ? Speelt het feit dat voor de bestaande prothese al dan niet een verzekeringstegemoetkoming werd verleend een rol ?

#### ANTWOORD

De verzekeringstegemoetkoming voor het bijplaatsen van (een) tand(en), herstellen van een prothese of het vervangen van haar basis is afhankelijk van de voorwaarde vereist dat aan alle voorwaarden van artikel 6, § 5, A I van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voor partiële prothesen van 1 tot 11 tanden of aan artikel 6, § 5, B, lid 3 van de hogervernoemde nomenclatuur voor de partiële prothesen van 12 en 13 en de volledige prothese voldaan is.

Het feit dat voor de prothese, waarop het bijplaatsen van (een) tand(en), de herstelling of het vervangen van haar basis gebeurt geen verzekeringstegemoetkoming werd verleend, heeft geen invloed op de verzekeringstegemoetkoming van de hogervernoemde verstrekkingen.

#### VRAAG 3

Hoe moet de verstrekkingen "bijvoegen van tanden, herstellen van een prothese en vervangen van de basis" op het getuigschrift voor verstrekte hulp worden ingevuld ?

#### ANTWOORD

De nomenclatuurnummers van de uitgevoerde verstrekkingen moeten op het getuigschrift voor verstrekte hulp worden vermeld gevolgd door de vermelding van het nomenclatuurnummer van de prothese zoals ze was voor deze verstrekkingen.

#### VRAAG 4

Mag een toevoeging van kunsthars in situ aan de basis van een tandprothese worden geattesteerd onder de nrs. 308313 - 308324, 307156 - 307160 en 306950 - 306961 ? (Omschrijving van de verstrekkingen - "Honorarium voor het vervangen van de basis is gelijk aan 30 pct. van het honorarium vastgesteld voor de prothese").



## ANTWOORD

Neen, de toevoeging van kunsthars in situ aan de basis van een tandprothese mag niet worden geattesteerd onder de nrs. 308313- 308324, 307156 - 307160 en 306950 - 306961.

Deze verstrekking mag geattesteerd worden, naargelang het geval, onder de nrs. 308291 - 308302, 306994 - 307005 en 307171 - 307182 ("Herstellen van prothese : maximum per prothese en per kalenderjaar L 61,5").

## VRAAG 5

Een verzekerde wenst een vroeger vervaardigde partiële prothese aan te vullen. Op welke basis moet het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming worden berekend ?

## ANTWOORD

Als het gaat om een bijplaatsing van tanden op een partiële prothese van 1 tot 11 tanden moet de rechthebbende voldoen aan de voorwaarden zoals bepaald in artikel 6, § 5, A, I.

De verzekeringstegemoetkoming bedraagt L 85 voor de toevoeging van een eerste tand en L 24,5 voor de toevoeging van iedere volgende tand.

De totale verzekeringstegemoetkoming voor de prothese en het bijplaatsen van tanden is echter per kaak en voor een periode van zeven jaar te rekenen vanaf datum van de plaatsing van de oorspronkelijke prothese beperkt tot :

- L 526 als de rechthebbende ten minste 50 jaar en ten hoogste 59 jaar oud is;

- L 600 als de rechthebbende ten minste 60 jaar oud is;

- L 600 als de rechthebbende beantwoordt aan de voorwaarden welke een afwijking op de leeftijdsgrens toelaten.

De nomenclatuur voorziet geen verzekeringstegemoetkoming voor het bijplaatsen van (een) tand(en) op een partiële prothese van 12 tot 13 tanden.

## ORTHODONTISCHE BEHANDELINGEN

### VRAAG 1

Bij een orthodontische behandeling wordt soms een beroep gedaan op de diensten van een logopedist, wiens werkzaamheden geschieden onder toezicht van een licentiaat in de tandheelkunde en die plaats hebben buiten de maandelijkse zitting waarin onder nr. 305616 - 305620 is voorzien; de licentiaat verricht persoonlijk sommige metingen bij de aanvang van een logopediezitting.

Mag dat werk worden gelijkgesteld met een raadpleging (nr. 301011) ?

## ANTWOORD

De vaste maandbedragen betaald voor de orthodontische behandeling onder de nummers 305616 - 305620 en 305653 - 305664 dekken alle zittingen die nodig zijn voor de orthodontische behandeling.

De verstrekking nr. 301011 mag in het gestelde geval niet worden geattesteerd en mag derhalve geen verzekeringstegemoetkoming genieten.

### VRAAG 2

Mag een orthodontische behandeling waarvoor geen verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend, worden getarifeerd onder de nummers 301011 \* Raadpleging in de spreekkamer van een licentiaat in de tandheelkunde of van een tandarts die houder is van een bekwaamheidsgetuigschrift, 101054 \* Raadpleging in de spreekkamer van een geneesheer, houder van het diploma van licentiaat in de tandheelkunde (TL) of 102012 \*Raadpleging, in zijn spreekkamer, van een ander geneesheer-specialist ?

## ANTWOORD

De verstrekkingen nrs. 301011, 101054 en 102012 mogen niet geattesteerd worden voor een zitting voor orthodontische behandeling, ongeacht of die behandeling al dan niet voor verzekeringstegemoetkoming in aanmerking komt.

### VRAAG 3

Mag voor verstrekking nr. 305830 - 305841 \* Orthodontisch advies of orthodontisch onderzoek, met verslag een verzekeringstegemoetkoming worden verleend wanneer een orthodontische behandeling wordt uitgevoerd bij een kind, ouder dan 14 jaar.

## ANTWOORD

Voor de verstrekking nr; 305830 - 305841 mag na de 14de verjaardag verzekeringstegemoetkoming worden verleend wanneer deze in rekening wordt gebracht tijdens het verloop van een orthodontische behandeling, voor dewelke toelating voor verzekeringstegemoetkoming werd verleend.

## VRAAG 4

Wat moet men verstaan onder de termen "geobjectiveerde congenitale groeistoornissen" die zijn opgenomen in artikel 6, § 8, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen ?

## ANTWOORD

De afwijkingen van de leeftijdsgrens voor uitzonderlijke gevallen van geobjectiveerde congenitale groeistoornissen, betreffen aandoeningen die op geen enkele wijze op het ogenblik van de diagnose en dus voor het 14de jaar met zekerheid kunnen laten vaststellen of een orthodontische behandeling nodig zal zijn.

Hierin verschilt de veralgemeende congenitale groeistoornis dus van de congenitale lokale stomatologische ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld lip- en gehemeltespleet) waar zich de facto een orthodontische behandeling opdringt welke derhalve steeds voor het 14de jaar moet worden aangevraagd.

Het aspect veralgemeende groeistoornis en het niet voorzienbaar karakter van deze uitzonderingssituatie maken dus het onderscheid uit ten opzichte van andere laattijdige aanvragen voor orthodontische behandeling.

Het omstandig verslag waarin uitdrukkelijk het motief wordt uiteengezet, moet worden opgemaakt door de geneesheer-specialist die de groeistoornis behandelt en niet door de behandelende tandarts, noch door de algemeen geneeskundige noch door de geneesheer-stomatoloog die geen van allen de patiënt behandelde voor veralgemeende groeistoornissen.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing 10 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad en vervangen de interpretatieregels opgenomen in de rubriek 302 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De Leidend ambtenaar,  
Fr. PRAET.

De Voorzitter,  
D. SAUER.

## BOEKBESPREKING

### **"Hersengestoorde kinderen – Deel II : Multifactoriële evaluatie en revalidatie"**

J.A. Claeys, Revalidatiearts neuromotorische stoornissen

In "Hersengestoorde Kinderen : Deel I : Vroegdiagnose en Behandeling" (Garant 1993) behandelde Dr J.A. Claeys de vroegste ontwikkeling van foetus naar kleuter met de gekende risico's i.v.m. een beschadiging van het centraal zenuwstelsel, de technieken voor een vroege diagnose en de basis voor de eerste begeleiding. Een onmisbaar handboek en naslagwerk voor alle begeleiders van kinderen met een handicap van welke discipline ook.

Het nieuwe boek : "Evaluatie en Revalidatie van Hersengestoorde kinderen" (*Garant Uitgevers Leuven – Apeldoorn*) is de noodzakelijke aanvulling van het eerste boek. Het begint met de geschiedenis en uitgroei van de revalidatie als een rijpingsproces in het denken en handelen van wetenschappers en practici uit alle disciplines – zowel medische als psychologische – op zoek naar de beoordeling van een totaal mensbeeld. Hieruit groeit het begrip handicap en een classificeren van de verschillende soorten handicaps met als gevolg de noodzaak te individualiseren. We kunnen enkel spreken over mensen met een welbepaalde handicap en niet over gehandicapten. Bij kinderen steunt de revalidatie op de grondige kennis van de groei van het centraal zenuwstelsel en van de neurofysiologie, van houding en beweging, behandeld in Deel I.

Na deze inleiding volgt een systematische beschrijving van het onderzoek van een "centraal motorisch gestoord kind" (C.M.G.) en het opsporen van de verschillende samenstellende factoren van de handicap : de multifactoriële benadering.

Door Observatie kunnen bepaalde organisatiestoornissen herkend of vermoed worden. De evaluatie van de Passieve Beweging verduidelijkt de kenmerken van spanningen, spierzwakte en spierverskortingen o.m. door te beschrijven hoe men verstijvingen meet. Het hoofdstuk Actieve Beweging legt het verband tussen dwanghoudingen, verstijvingen, spierzwakten en afwijkende bewegingspatronen. Het onderzoek van de Houdings-spanning steunt zowel op neurofysiologische basisinformatie als op praktisch onderzoek.

Al de reeds gevonden factoren spelen een zeer belangrijke rol in het analyseren van de afwijkende houding in stand. De orthopedische inzichten moeten bekeken worden door een neurofysiologische bril. Hieruit volgt de beoordeling van de gang. Belichtte het eerste boek ademhaling, communicatie en waarneming bij het C.M.G. kind, dan gaat in dit deel de auteur bijzonder in op de handvaardigheid van de spatialisatie : basis voor de ergotherapeuten en leerkrachten. Tenslotte volgt een bespreking van de "Totale Revalidatie" van het kind met een handicap tot zijn optimale integratie via het gewoon of het bijzonder onderwijs, eventueel gesteund door geïntegreerde begeleiding. Schoolkeuze is voor het kind met een handicap niet de uitsluitende bevoegdheid van C.L.B.'s, psychologen en scholen ; ook de revalidatiearts heeft hier een belangrijke inbreng.

Het boek sluit met een overzicht van dossiers. De auteur wil hierdoor de zeer uiteenlopende evolutie, de steeds wisselende revalidatiediagnosen tijdens het groeiproces verduidelijken. Het zet ons aan om eerlijk te bekennen dat het voorspiegelen van successen, mits volgen van een bepaalde methode, de ouders een verkeerd beeld geeft over de handicap. De mogelijkheden van revalidatie blijven beperkt en gebonden aan de aanwezige factoren. Men bewijst ouders en kinderen een slechte dienst door de gevolgen van de handicap te willen verdoezelen. Iedereen moet leren leven met de mogelijkheden die hij meegekregen heeft en moet die optimaal leren gebruiken.

Dit boek hoort thuis in elk *revalidatiecentrum*, in elk *C.L.B.*, in elk *dagcentrum* of *tehuis voor kinderen met een handicap*. *Bibliotheken van revalidatieartsen*, van *scholen* en van *opleidingscentra voor leerkrachten, paramedici of medische beroepen* en *C.L.B.'s* kunnen best dit werk aan hun lezers aanbevelen. Een dergelijk wetenschappelijk werk heeft – gezien ons klein taalgebied – alleen maar kansen mits de steun en de aanbevelingen vanuit *ministeries, administraties* en alle *verenigingen, die iets te maken hebben met kinderen met een handicap*.

Dr T.R. Put,  
Neurochirurg  
Revalidatiearts

---

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

### ***European Course on Laparoscopic Surgery – 2002 Live demonstrations April 23-26, 2002 & November 19-22, 2002***

**Organisation** : Pr G.B. Cadière, Dr J. Bruyns, Dr J. Himpens, Dpt of Digestive Surgery, University Hospital Saint-Pierre, Brussels : E-mail : [coelio@resulb.ulb.ac.be](mailto:coelio@resulb.ulb.ac.be)

**Website** : <http://www.lap-surgery.com> or [www.straeb-asmb.com](http://www.straeb-asmb.com)

**Information** : Straeb-Asmb, Av. Mozart, 53 – B-1190 Brussels

Tel. : +32.2.648.07.60, Fax : +32.2.647.86.94

E-mail : [straeb.asmb@proximedia.be](mailto:straeb.asmb@proximedia.be) or [asmb@belgacom.net](mailto:asmb@belgacom.net)

---

### **BREAST CANCER**

#### ***Current Evidence and Translational Research Opportunities for Improving Patient Outcomes 3<sup>rd</sup> International BCIRG Conference June 20 to 22, 2002 – Los Angeles (California)***

**Part One** will provide a review of existing evidence on new approaches and agents. Each session will conclude with a panel discussion.

**Part Two** will focus on translational research opportunities. New biologically oriented models of development and issues in translational research will be discussed. Each major biological target will be discussed with a review of the biology and the translational clinical work to date.

#### **For more information :**

BCIRG Conference Secretariat, Buksa Conference Management and Program Development, Edmonton, Canada – Telephone : 00.1.780.436.0983 Ext. 221 – Fax : 00.1.780.437.5984 – e-mail : [bcirg@buksa.com](mailto:bcirg@buksa.com) – website : [www.buksa.com/bcirgconference](http://www.buksa.com/bcirgconference)

---

**International Conference**  
**BETWEEN TECHNOLOGY AND HUMANITY**  
**The Impact of New Technologies on Health Care Ethics**  
**October 18-19, 2002 – Brussels**

**Program :**

Friday, October 18, 2002

Session I : Technology and Care – Session II : Prenatal Diagnosis – Session III : Genetic Tests –  
Session IV : Digital Imaging in Psychiatry

Saturday, October 19, 2002

Session V : Tube Feeding in Elderly Care – Session VI : Palliative Sedation – Session VII : Conclusion

**Conference Secretary Address + Information :**

International Conference, Caritas Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussels – Tel. : 02/507.01.11,  
Fax : 02/512.01.18, E-mail : post@caritas.be

---

**AANKONDIGINGEN**

01092 **FRANKRIJK : TE HUUR :** (Provence – Parc Luberon) bungalow max. 4 personen (paasvakantie tot eind augustus) – gelijkvloers in privé domein – omheinde tuin van 1 ha – panoramisch zicht – woonkamer + uitgeruste Amer. keuken – 2 kamers – badkamer – grote terrassen + barb. + privé zwembad (uitzonderlijke streek). Foto's op aanvraag. Honden niet toegelaten (tel/fax 071/592.592 of 0498 23.04.23)

02004 **TE KOOP** wegens plots overlijden : **OFTALMOLOGISCH MATERIAAL** in zeer goede staat : Humphrey automatische perimater, Goldmann perimater, pneumatische tonometer CT-60, auto-refractometer RM A 3000 B, echo-A scan sonomed, spleetlamp Haag-Streit, Javal, automatische phorofter, brillemeter Nidek LM 820 A, sterilisator / klein chirurgisch materiaal. Mogelijkheid tot overnemen volledig **PATIENTENBESTAND**. Te bevragen : 015/55.33.27 bij Dr Dejaegher Luc te Bonheiden.

02006 **FRANCE :** Région Lyonnaise, groupe de 3 **RADIOLOGUES** sect. II cherche associé pour succession. Cabinet 400 m<sup>2</sup> activité polyvalente + séno dg et interventionnelle (table dédiée). Accès scanner et IRM. Revenus motivants. Appeler le Dr TOURASSE au 00.33.4.78.44.66.80 ou au 00.33.4.72.38.06.78 (soir).

---

**Inhoudstafel**

• <b>Verplichte mededeling door de ziekenhuisbeheerder aan de Medische Raad van financiële en statistische gegevens .....</b>	<b>1</b>
• <b>Artikel 128bis van de wet op de ziekenhuizen .....</b>	<b>2</b>
• <b>Tarievenregeling ziekenhuizen .....</b>	<b>4</b>
• <b>Boekhoudkundige verplichtingen centrale inning door de medische raad.....</b>	<b>8</b>
• <b>Herziening planning van het medisch aanbod in aantocht .....</b>	<b>8</b>
• <b>Wachtgeneesheer op Intensieve Zorgen : wie, wat, hoe? .....</b>	<b>10</b>
• <b>Cardiale zorgprogramma's A en gewijzigde normen van ziekenhuisfusies .....</b>	<b>12</b>
• <b>Het nieuwe B6 besluit.....</b>	<b>13</b>
• <b>Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen – INAMI (B.S. d.d. 1.1.2002) .....</b>	<b>15</b>
• <b>Boekbespreking "Hersengestoorde kinderen Deel II : Multifactoriële evaluatie en revalidatie" J.A. Claeys, Revalidatiearts neuromotorische stoornissen ..</b>	<b>18</b>
• <b>Wetenschappelijke vergaderingen .....</b>	<b>19</b>
• <b>Aankondigingen.....</b>	<b>20</b>