

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen van  
Geneesheren-Specialisten

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 5 / SEPTEMBER 2008**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

---

**ZIEKENHUISPERFORMANTIE \***  
**MS 7 PARIJS – 11 – 13 NOVEMBER 2007**

*Prof. Dr. F.R. HELLER*  
*Inwendige geneeskunde*  
*Wetenschappelijk raadgever*  
*C.H. Tubize-Nivelles en Jolimont-Lobbes*  
*Adjunct-secretaris GBS/VBS*

In de gezondheidssector is de jongste jaren het meten van de ziekenhuisperformantie op het vlak van zorgverlening aan patiënten in de Westerse wereld een veelbesproken thema. Hoewel het een problematiek is die in de eerste plaats diegenen aanbelangt die de zorgen verstrekken en vooral diegenen die de zorgen krijgen, zijn het vooral de uitbetalingsorganismen die de initiatieven hebben genomen om te analyseren welke ziekenhuizen het goed doen, welke het minder goed of slecht doen...

## **1. Het *Waarom?***

De ziekenhuisperformantie is zeer nauw verbonden met het probleem van de financiering van de gezondheidszorg in het algemeen en van de ziekenhuizen in het bijzonder. Dit geldt voor de landen van de EU, maar ook en vooral voor de Verenigde Staten. Paradoxaal genoeg zou dit land onderaan staan in een klassement dat de toestand van de gezondheid weergeeft in de 30 EU-landen. De enige uitzondering is de levensverwachting op 65 jaar. Op de 192 landen waarvan de gegevens beschikbaar zijn in 2004 bekleden de Verenigde Staten de 46<sup>ste</sup> plaats voor de levensverwachting en de 42<sup>ste</sup> plaats inzake kindersterfte (49). Nochtans hebben de VS het duurste gezondheidsstelsel ter wereld, met uitgaven die circa 16% van het bruto binnenlands product (BBP) bedragen, wat een stuk hoger is dan Zwitserland (11,5%), Noorwegen (10,6%) en Zuid-Korea (8,2%). In het gezondheidszorgsysteem worden vooral de ziekenhuisstructuren met de vinger gewezen aangezien ze in de meeste Europese landen (55) meer dan de helft van het totale budget voor de gezondheidszorg uitmaken.

De vraag die zich dus opdringt, is of het volume, maar vooral de kwaliteit van de zorgverlening aan de bevolking deze uitgaven voor gezondheidszorg, vooral in ziekenhuizen, verrechtvaardigt. Staat de ziekenhuisperformantie in verhouding tot de uitgaven die ze induceert ?

Gezien de ernst van het probleem hoeft het niet te verwonderen dat de meeste studies over ziekenhuisperformantie in de VS werden uitgevoerd. Het aantal gepubliceerde studies hierover blijft beperkt, maar is in de voorbije 5 jaar in de VS sterk toegenomen. Het leek ons dus interessant om de recente, in hoofdzaak Angelsaksische, literatuur door te nemen om er informatie en conclusies te kunnen uithalen.

---

\* Deze tekst is een Nederlandse vertaling van "La performance hospitalière" door F.R. Heller (Acta Clin Belg 2008; 63(2):67-75).

## **2. Hoe**

Hoe de prestaties van de beoefenaars van de gezondheidszorg, en inzonderheid van de ziekenhuizen, moeten worden beoordeeld, vormt een probleem.

### **2.1. Stand van zaken.**

In de VS werden tal van organisaties opgericht om de algemene kwaliteit van de zorgverlening aan de bevolking te evalueren. In 2007 heeft het US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS) via het AGENCY FOR HEALTH RESEARCH AND QUALITY (AHRQ), het 4de jaarverslag (2006) van het National Healthcare Quality Report (NHQR) ([www.ncqa.org](http://www.ncqa.org)) gepubliceerd. Dit verslag analyseert de kwaliteit van de zorgen aan de hand van parameters waarvan de relevantie wetenschappelijk is bewezen en heeft 221 maatregelen voorgesteld rond vier centrale thema's: efficiëntie, veiligheid, nut en betrokkenheid van de patiënt (28). Op het vlak van de kwaliteit van de ziekenhuiszorgen, heeft de Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO) ([www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)), die meer dan 90% van de Amerikaanse ziekenhuizen groepeerd, in 2002 vier indicatorensets vooropgesteld om de zorgkwaliteit te analyseren verstrekt aan patiënten die in een ziekenhuis worden opgenomen voor een myocardinfarct, hartfalen, pneumonie of zwangerschap. Er worden meerdere doelstellingen nagestreefd: het meten door de ziekenhuizen van hun prestatie, de vergelijking op nationaal en internationaal vlak van de ziekenhuisprestaties, de accreditering van ziekenhuizen en financiële verantwoordelijkheid van patiënten en betalingsinstellingen. (60).

In het Verenigd Koninkrijk bestudeert het National Institute for Clinical Excellence (NICE) de verhouding kosten/doeltreffendheid van tal van geneeskundige interventies (geneesmiddelen, materiaal, procedures) (17,41).

Binnen de EU focust het Health Care Quality Indicators (HCQI) Project, opgestart door de OESO, zijn plan van algemene kwaliteit van de zorgverlening op 5 aspecten (hartziekten, diabetes, mentale gezondheid, veiligheid van de patiënt, eerstelijnszorg en preventie) en heeft het een conceptueel kader uitgewerkt (2,35). Op het niveau van de ziekenhuizen heeft de Europese afdeling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een project opgestart ten einde een instrument te ontwikkelen om de prestatie van de ziekenhuizen te meten met het oog op kwaliteitsverbetering: het Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) (55). Het concept bestaat uit 6 onderdelen: 4 ervan beogen de klinische doeltreffendheid, de efficiëntie, de zorg voor het personeelsbeleid en de verantwoordelijke "governance" (verticale structuren die betrekking hebben op het ziekenhuis) en 2 omvatten de veiligheid en de houding ten overstaan van de patiënt ("transversale" structuren met betrekking tot de patiënt). Een lijst met 51 prestatie-indicatoren werd uitgewerkt: 24 basisindicatoren die bruikbaar zijn in alle Europese landen en 27 indicatoren die in een meer specifieke lokale context kunnen worden aangewend. In 2004-2005 werd een pilootstudie uitgevoerd bij ziekenhuizen uit 6 landen: België (22 ziekenhuizen), Frankrijk (13 ziekenhuizen), Slowakije, Denemarken, Canada en Zuid-Afrika. Vanuit deze optiek heeft in België het Directoraat-generaal (DG) Organisatie Gezondheidsvoorzieningen van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu in 2006 een feedback van de administratieve gegevensbanken georganiseerd ten behoeve van de ziekenhuizen. Deze feedback omvat 11 prestatie-indicatoren (ziekenhuismortaliteit door hartinfarct, niet-iatrogene pneumonie, heupfractuur, percentage keizersneden, percentage laparoscopische cholecystectomie, financiële onafhankelijkheid, uitgebreide cashflow, acid test, informatietechnologie, onderhoud van het instrumentarium, personeelsverloop) die aansluiten bij een van de vier beoogde doelstellingen (klinische prestatie, financiële prestatie, capaciteit en innovatie, oriëntatie van de patiënt).

In de nabije toekomst zou een basis voor appreciatie van de autoperstatie kunnen vormen om de Belgische ziekenhuizen bij te staan bij het optimaliseren van de kwaliteit van de zorgverlening aan gehospitaliseerde patiënten.

### **2.2. Analyse van de prestatie**

Alvorens een prestatie te meten, moeten de aard en de omvang van wat men wil meten worden bepaald. De zorgverlening aan patiënten omvat twee elementen of stappen: het medische handelen t.o.v. de patiënt (the process of care) met het oog op genezing of een verbetering van zijn toestand (the clinical outcome).

2.2.1. Het meest logische zou een raming zijn van het resultaat (de "clinical outcome"). Vraag is echter of dit resultaat moet worden beoordeeld op objectieve (gedeeltelijke of totale genezing van een ziekte?) of subjectieve gronden (tevredenheid van de patiënt uitgedrukt in levenskwaliteit, zelfs bij het oplopen van een medische handicap) of beide. De beoordeling van het resultaat door de patiënt hangt af

van tal van factoren en kan van de ene tot de andere patiënt erg verschillen. Zelfs een objectieve beoordeling van het resultaat van een medische ingreep kan aanleiding geven tot kritiek. Wat wil men meten? De genezingsgraad, de mortaliteit, de resterende handicap, de morbiditeit ten gevolge van de ingreep . . . ? Zelfs gebruik makend van een optimale procedure zouden de resultaten kunnen variëren naargelang het type van patiënten (patiëntenmix). Bovendien wordt de statistische waarde van de resultatenanalyse onzeker indien het aantal metingen beperkt is wat dikwijls het geval is voor ziekenhuizen met een laag patiëntenvolume (25). Ten slotte kan ook het tijdstip van de beoordeling doorslaggevend zijn: tijdens de opname, 30 dagen later, 1 jaar later, . . . De beoordeling van eventuele sequellen en de aard ervan na een heupfractuur of de behandeling van een hartinfarct kan erg verschillen naargelang het gekozen tijdsbestek.

2.2.2. Om de kwaliteit van het medisch handelen (ongeacht het resultaat) te beoordelen, moet de aard van de gevolgde procedure worden geanalyseerd, de kwaliteit van de ziekenhuisomgeving waarin deze werd uitgevoerd en de intrinsieke waarde van het gezondheidspersoneel dat instond voor de procedure.

2.2.2.1. Er mag niets aan te merken vallen op de medische procedure toegepast in het kader van een diagnose of behandeling.

**Hoe wordt de kwaliteit van een procedure bepaald?** De analyse moet gebeuren op basis van wetenschappelijk onbetwistbare gegevens verstrekt door goed onderbouwde studies (evidence-based medicine). In de praktijk kunnen dan aan de hand van deze gegevens guidelines worden uitgewerkt. Vervolgens kan de toepassing ervan in de ziekenhuizen worden geanalyseerd. De implementering van de guidelines lijkt echter vaak langzaam en moeilijk. Zo kon al in 1982 duidelijk het klinisch voordeel worden aangetoond van de toediening van  $\beta$ -blokkers binnen de 7 dagen na het ontslag uit het ziekenhuis van patiënten met hartinfarct (1). In de VS duurde het evenwel tien jaar vooraleer het percentage infarctpatiënten dat overeenkomstig deze aanbeveling werd behandeld toenam van 60% tot de huidige 90%. Zo is, ondanks een duidelijk aangetoond klinisch nut, ook het gebruik van aspirine en calciumantagonisten bij patiënten die een hartinfarct hebben gehad slechts geleidelijk toegenomen in de Verenigde Staten (32). De moeilijkheid of traagheid bij de implementatie van deze aanbevelingen kunnen te wijten zijn aan verschillende factoren.

**Eerste vaststelling:** men moet zich realiseren dat de strikte toepassing van de door 'evidence based medicine' verstrekte gegevens een utopie is en zelfs contraproductief zou kunnen zijn. In de klinische praktijk is de uitvoering van een medische handeling in een ziekenhuis vaak complex en multidimensioneel, omdat er verscheidene factoren in het spel zijn: de patiënt (case-mix), de organisatie van de diensten, het paramedisch personeel enz..

**Tweede vaststelling:** de klinische praktijk staat soms ver van een gerichte ingreep voor een eenvoudige pathologie in een homogene patiëntenpopulaties, zoals bij gerandomiseerde klinische studies (24; 58). In dergelijke studies is een zekere homogeniteit in de patiëntenpopulaties een statistische noodzaak ten einde een betekenisvol effect aan te tonen. Het statistisch "gemiddelde" profiel van deze patiënten stemt echter slechts zelden overeen met dat van de patiënten waarmee men in de klinische praktijk te maken krijgt, waarbij diversiteit veeleer de regel is! Bovendien is het "homogene" karakter van de in de studies onderzochte populaties nooit perfect! Vaak zijn er kleine subgroepen van patiënten die aanzienlijk afwijken van de andere patiënten uit de studie, vooral wat betreft het basisrisico van de in de studie behandelde pathologie. Dit is een bron van problemen. Zelfs indien de afwezigheid van enige stratificatie toelaat om significante verschillen te bekomen dankzij het grote aantal patiënten, kan ze tegelijkertijd sterk afwijkende resultaten verbergen door het bestaan van een minderheidspopulatie met een specifiek (laag of hoog) risico. Dat is vaak aangetoond bij studies die een analyse maken van het effect van geneesmiddelen op hartinfarcten, HIV-infecties of chronische nierinsufficiëntie. Het is dus noodzakelijk dat in de studies de patiënten beter worden gecatalogeerd naargelang het basisrisico, m.a.w. het risico dat de kans bepaalt om de ziekte te ontwikkelen waarvan de behandeling moet worden geëvalueerd (27).

**Derde vaststelling:** de ondoordachte toepassing van de guidelines kan vooral bij bejaarde mensen ook leiden tot aberraties op het vlak van de behandeling,. Gezien ze vaak lijden aan meerdere aandoeningen, mentale en fysieke handicaps en een gewijzigd metabolisme in gevolge de medicatie, zijn deze mensen blootgesteld aan incoherenties in de behandeling: toename van het aantal geneesmiddelen en van de niet-medicamenteuze aanbevelingen, interacties tussen geneesmiddelen, contradicties en contra-indicaties, uit de hand lopende behandelingskosten ... (11).

Om dergelijke problemen te vermijden, moeten de guidelines dus rekening houden met het klinische oordeel en het gezond verstand van de arts en de keuze van de patiënt (39). De huidige complexiteit van de gezondheidssystemen die gekoppeld zijn aan criteria voor de terugbetaling of niet-terugbetaling van medicamenteuze of andere diagnostische en therapeutische middelen (vaak op financiële basis gestoeld),

de ingewikkelde administratieve procedures e.d., maken ondersteuning bij de implementatie van deze guidelines noodzakelijk onder de vorm van financiële stimuli en administratieve en organisatorische vereenvoudiging. Evidence based medicine zou moeten kunnen profiteren van een evidence based management! (51).

**Vierde vaststelling:** de gegrondheid van guidelines is soms aanvechtbaar. In de Verenigde Staten heeft de National Guideline Clearinghouse meer dan 2.000 guidelines uitgevaardigd (53). Er werd heel wat kritiek geuit op hun kwaliteit. Zo hebben de chirurgen gespecialiseerd in ingrepen op de wervelkolom lobbywerk verricht toen de guidelines m.b.t. de behandeling van pijn aan de wervelkolom werden opgesteld. Voor bepaalde guidelines werden banden aan het licht gebracht tussen enerzijds de fabrikanten van geneesmiddelen en medisch materiaal en anderzijds de verzekeraars van de gezondheidstrajecten en de verantwoordelijken voor het opstellen van de guidelines. Van de 685 meldingen geformuleerd door de deelnemers van diverse panels had 35% betrekking op potentiële belangenconflicten met de farmaceutische bedrijven. Bij sommige van deze bedrijven werden banden aangetoond met personen of groeperingen die belast waren met het opstellen van aanbevelingen inzake o.m. het gebruik van erythropoëtine en statines. Een in de VS uitgevoerde enquête over de relaties tussen academische instellingen en industrie toont aan dat 60% van de 688 bevraagde klinische eenheden van het academische type onder een of andere vorm (vertegenwoordigers, raadgevers, sprekers...) banden hadden met de industrie. Dit zou ons even moeten doen stilstaan bij de potentiële invloed van dergelijke banden op de objectiviteit van de “academische” raadgevingen die aan de artsen worden gegeven, ongeacht of ze nog in opleiding of al actief zijn, al dan niet in ziekenhuizen... (14). Daarom gaan er stemmen op dat er richtlijnen zouden moeten worden opgesteld ... om guidelines op te stellen (53)!

**Vijfde vaststelling** ten slotte: de implementatie van de guidelines dreigt te lijden onder de sfeer van verdachtmakingen die ontstaan is door de schadegevallen ten gevolge van diagnostische of therapeutische innovaties die te snel werden verspreid (“new is not necessarily better!”) door experts, opiniemakers, wetenschappelijke verenigingen: zoals medicinale stents, rofecoxib, cerivastatine ... (3, 19).

- **Hoe kan de kwaliteit van de procedure in een ziekenhuis worden geëvalueerd :**

De kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie van de mate waarin de procedures t.o.v. gehospitaliseerde patiënten worden nageleefd hebben het voorwerp uitgemaakt van verschillende studies ten einde te bepalen welke van deze procedures kunnen worden gebruikt om de performantie te beoordelen.

Een vooral in de VS frequente manier om de ziekenhuisperformantie te beoordelen is na te gaan in welke mate de door diverse wetenschappelijke organisaties gedane aanbevelingen m.b.t. hartkwalen, longaandoeningen e.d. worden nageleefd. Er zijn onderzoeken verricht om vast te stellen of er een verband bestaat tussen de klinische uitkomst (“clinical outcome”) van de in ziekenhuizen opgenomen patiënten en de mate waarin de aanbevelingen voor een goede praktijk werden opgevolgd. De resultaten zijn uiteenlopend. Een recent overzicht van de studies die tot december 2005 werden gepubliceerd (n = 48) heeft de relatie onderzocht tussen de naleving van de op basis van evidence based medicine opgestelde aanbevelingen m.b.t. hartkwalen (coronaire hartziekten, hartfalen) en de klinische evolutie van deze pathologieën. Bijna alle studies hebben een dosis-respons-relatie aangetoond tussen de naleving van de therapeutische maatregelen, de performantie en de mortaliteit (36). Maar er wordt niet altijd een duidelijke relatie gevonden. Zo werden in de VS de performantie op het vlak van de behandeling van hartinfarcten, hartfalen en pneumonie geanalyseerd in 3.657 spoedgevallendiensten van het netwerk van de Centres for Medicare and Medicaid Services (CMS). Daaruit bleek dat er een significant verband bestaat tussen de naleving van maatregelen met het oog op performantie en het mortaliteitsrisico in het ziekenhuis op 30 dagen en op 1 jaar. Maar het verband is zwak: in vergelijking met de “weinig performante” ziekenhuizen ligt de sterfte op 30 dagen en op 1 jaar in de “zeer performante” ziekenhuizen amper 0,003 tot maximaal 0,018 lager. Bovendien is het verschil slechts significant voor het hartinfarct en de pneumonie . . . (57)! Voor het specifieke geval van hartdecompensatie werden gegevens verzameld over 48.612 patiënten die in 259 Amerikaanse ziekenhuizen werden opgenomen die deelnamen aan een programma voor het verbeteren van de behandeling van patiënten met hartdecompensatie (OPTIMIZE-HF). De invoering van het programma heeft tot een relevante zorgverbetering geleid. Deze verbetering ging gepaard met een relevante vermindering van de verblijfsduur. De vermindering van de cardiale mortaliteit en van het heropnamepercentage was echter statistisch niet significant! (21) Bovendien was er geen relevante correlatie tussen de naleving van de therapeutische aanbevelingen en de mortaliteit gemeten over 60 tot 90 dagen na het ziekenhuisverblijf (20), ongeacht of de systolische functie al dan niet intact was (22). Dezelfde vaststelling kan worden

gedaan voor de acute coronaire aandoeningen. In 2001 werd onder de naam CRUSADE (Case Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines), een initiatief op touw gezet en aan de Amerikaanse ziekenhuizen aangeboden om de behandeling van de patiënten die werden opgenomen naar aanleiding van een acuut hartinfarct zonder verhoging van het segment ST op de ECG (NSTEMI) te verbeteren. Daar waar dit onderzoek, dat werd uitgevoerd bij 64.775 patiënten in 350 ziekenhuizen die hadden ingestemd om aan het initiatief deel te nemen, een relevante correlatie heeft aangetoond tussen de opvolging van de guidelines en de ziekenhuismortaliteit (44), hebben andere onderzoeken bij hartinfarct geen gelijkaardige resultaten opgeleverd. Dankzij het Amerikaans hartinfarctregister (National Registry of Myocardial Infarction; NRM) is het mogelijk geweest om steunend op de 30 dagen mortaliteitscijfers verzameld door de ziekenhuizen van het CMS-netwerk de klinische uitkomst van 208.328 patiënten die in 962 ziekenhuizen van de NRM werden behandeld te beoordelen in functie van de naleving van de door de Hospital Quality Alliance goedgekeurde therapeutische aanbevelingen (12). Hoewel er een verband kan worden gelegd tussen de naleving van de basisaanbevelingen ("core measures") voor de behandeling van hartinfarcten en een vermindering van de mortaliteit op 30 dagen, kan de variabiliteit van de mortaliteit op 30 dagen slechts voor 6% worden toegeschreven aan de naleving van therapeutische maatregelen! (12) Overigens verminderde de ziekenhuismortaliteit bij 5.557 patiënten van 90 jaar of ouder die voor acute coronaire aandoeningen werden gehospitaliseerd en in het CRUSADE-register werden opgenomen naarmate de aanbevolen therapeutische maatregelen werden nageleefd, maar ging dit wel gepaard met een verhoogde kans op zware bloedingen door het gebruik van aspirine en IIb-IIIa glycoproteïneremmers! (52) Bij de patiënten die met chronische hemodialyse werden behandeld bleek daarentegen een verband te bestaan tussen het bereiken van bepaalde klinische, biologische en technische doelen en een vermindering van de ziekenhuismortaliteit en van de kosten (46).

#### 2.2.2.2. De ziekenhuisomgeving

Het patiëntenaantal van ziekenhuizen wordt dikwijls beschouwd als een teken van kwaliteit. In het algemeen ligt de mortaliteit van de cardiovasculaire en oncologische chirurgie in ziekenhuizen met een hoog patiëntenaantal lager dan in ziekenhuizen met een laag patiëntenaantal (9). Patiënten echter die een heelkundige ingreep hebben ondergaan wegens colonkanker in een ziekenhuis met een laag patiëntenaantal vertonen een hoger sterfterisico op lange termijn. Deze verhoogde mortaliteit is echter niet gekoppeld aan een frequentere recidieve van deze kanker! (37). Bij de coronaire chirurgie is het verband tussen operatieve mortaliteit en het patiëntenaantal van het ziekenhuis zeer zwak als men rekening houdt met de case-mix. Meer specifiek is er geen verschil bij patiënten jonger dan 65 jaar of wanneer het preoperatief risico beperkt is (43). Het is trouwens belangrijk om aan te stippen dat als er een relatie tussen operatieve mortaliteit en patiëntenaantal per ziekenhuis bestaat, dit grotendeels toe te schrijven is aan de relatie tussen operatieve mortaliteit en patiëntenaantal per chirurg (10)! Wat de kunstmatige beademing betreft, is, zelfs na correctie van de case-mix, de mortaliteit van niet heelkundige patiënten in de ziekenhuizen met een hoog patiëntenaantal gedaald. Waarschijnlijk hebben, in dit specifieke geval, de ziekenhuizen met een hoog patiëntenaantal meer gespecialiseerde, georganiseerde en ervaren eenheden en zijn ze technologisch beter uitgerust (26).

Een analyse van 4.856 Amerikaanse ziekenhuizen toont aan dat het organisatorische aspect van het ziekenhuis een rol speelt bij de behandeling van bepaalde acute pathologieën (hartinfarct, hartfalen en pneumonie). De patiënten krijgen betere zorgen in ziekenhuizen met meer verplegend personeel en een betere technologische uitrusting. (31).

De beschikbaarheid van medisch en paramedisch personeel en de ziekenhuisinfrastructuur kan variëren in de tijd en ligt duidelijk lager tijdens weekends. Studies hebben aangetoond dat de kwaliteit van de zorgen die in die periode aan de patiënten worden toegediend lager ligt dan de kwaliteit van de zorgen die op wekdagen worden verstrekt. Dit vertaalt zich in de klinische uitkomst van de patiënten. Vergeleken met patiënten die tijdens de week worden opgenomen, ligt de mortaliteit bij 35.993 volwassen patiënten die in een Madrileens ziekenhuis als spoedgeval werden opgenomen hoger (5). Deze bevinding wordt bevestigd door een analyse van 3.789.917 met spoed opgenomen patiënten in de ziekenhuizen van Ontario (Canada) en in het bijzonder bij bepaalde pathologieën (rupturerend abdominaal aneurysma, acute epiglottitis, longembolie) (6). Er treden ook meer complicaties op bij bevallingen en vasculaire ingrepen bij patiënten die tijdens weekends worden opgenomen (7). De beschikbaarheid van de zorgen is vooral belangrijk voor patiënten die worden gehospitaliseerd wegens een myocardinfarct: onder de 231.164 patiënten die met deze aandoening in de ziekenhuizen van New Jersey werden opgenomen ligt de mortaliteit op 30 dagen hoger als

de opname had plaatsgevonden tijdens het weekend (30; 33), behalve indien er rekening wordt gehouden met de mogelijkheid om invasieve harttechnieken toe te passen tijdens deze periode (30).

Bij de 86.042 patiënten met een acuut coronair syndroom die werden opgenomen in 480 Amerikaanse ziekenhuizen die aan het CRUSADE-project deelnemen, ligt de naleving van de guidelines iets hoger in de academische ziekenhuizen (n = 125) dan in de niet-academische ziekenhuizen (n = 355), maar er bestaat een grote variabiliteit. Bovendien worden de invasieve procedures (coronarografieën, revascularisatie...) frequenter en sneller toegepast in niet-academische ziekenhuizen en zijn, over het geheel genomen, de mortaliteit en de complicaties in de twee types ziekenhuizen vergelijkbaar (40).

### 2.2.2.3. De intrinsieke waarde van het beroepsbeoefenaar.

Het lijkt uiteraard geen twijfel dat de waarde van de arts, door zijn klinische beoordeling en door de ervaring die hij in de loop der jaren heeft opgebouwd dankzij het contact met tal van patiënten (patiëntenaantal per arts) een rol speelt in de kwaliteit van de zorgen. Bij de 16.162 gehospitaliseerde patiënten met een nieuw gestelde diagnose van hartdecompensatie in de ziekenhuizen van de Canadese provincie Alberta is de ziekenhuismortaliteit negatief gecorreleerd met het aantal patiënten dat door de arts werd behandeld (18). De relatie verdwijnt na een jaar. Er is inzake chirurgie op basis van gegevens die door het CMS-netwerk in 1988 en 1999 werden verstrekt een studie verricht op 474.108 patiënten die een van acht geselecteerde vasculaire of heelkundige ingrepen hadden ondergaan. Er bleek een omgekeerd evenredige relatie te bestaan tussen operatieve mortaliteit (in het ziekenhuis of binnen de 30 dagen na de chirurgische procedure) en het aantal opgenomen patiënten per ziekenhuis. Deze relatie hangt echter voor een groot deel samen met het aantal patiënten per chirurg! Dit geldt des te meer voor bepaalde types ingrepen, zoals aortaklepvervangingen en chirurgie van abdominaal aneurysma (10). Bij borstkanker daarentegen toont een recent onderzoek (38) een omgekeerde correlatie aan tussen het aantal patiënten per chirurg en de mortaliteit, die niet wordt veroorzaakt door de oncologische, maar door de niet-oncologische mortaliteit. Verrassend is overigens dat een overzicht van 62 studies waarbij een analyse wordt gemaakt van de klinische ervaring van ziekenhuisartsen en de zorgkwaliteit die ze bieden een omgekeerde relatie toont: hoe meer jaren de arts de geneeskunde heeft beoefend, hoe lager de kwaliteit van de zorgen die hij verstrekt! (16).

### 2.3. Het verzamelen en analyseren van gegevens

Om de performantie van een ziekenhuis te kunnen beoordelen moeten er van het ziekenhuis objectieve gegevens kunnen worden verzameld. Zowel in de VS als in Europa worden administratieve gegevensbanken steeds vaker gebruikt en zelfs verplicht. Een van de problemen is echter hoe men kan weten in welke mate deze gegevens voldoende relevant en volledig zijn om weer te geven wat er verwezenlijkt is, in welke context dit gerealiseerd werd, en voor welk type patiënt: comorbiditeit en ernst van de ziekte, sociaal-economisch profiel...: de case-mix. Een correctie van het profiel van de patiënt door het gebruik van klinisch-biologische parameters e.d. is noodzakelijk (vb. door het gebruik van scores zoals de score van Charlson voor chronische ziekten) (15) om te vergelijken wat vergelijkbaar is! Voor vasculaire (coronaire overbruggingen, ruptuur van aorta aneurysma) of oncologische (colonkanker) ingrepen lijken de bij de ziekenhuizen van de National Health Service (NHS) verzamelde administratieve basisgegevens te volstaan om de ziekenhuismortaliteit van deze ingrepen te voorspellen (4). Een studie die werd uitgevoerd in 188 ziekenhuizen in Pennsylvania suggereert echter dat, naast de zuiver administratieve gegevens, de verwerking van medische en biologische gegevens, die overigens gemakkelijk verkrijgbaar zijn zodra de patiënt opgenomen werd, een aanzienlijk correctere weergave van het mortaliteitsrisico zou kunnen mogelijk maken van de patiënten die zijn opgenomen wegens aandoeningen van medische (hartinfarct, hartdecompensatie, cerebrovasculair accident, digestieve hemorragie, pneumonie) of chirurgische (aorta aneurysma, coronaire by-pass, craniotomie) aard (45). Regelmatig duiken er nieuwe problemen op voor wie conclusies wil trekken uit studies: de aard van de gebruikte statistieken (Bonferroni-correctie), de definitie van de benchmark... De performantie van een ziekenhuis wordt meestal meegedeeld in het kader van een feedback die hen situeert ten opzicht van andere instellingen. Anonimiteit is daarbij in principe verzekerd. Deze feedback moet de ziekenhuizen ertoe aanzetten om zich intern te beraden als hun performantie afwijkt van het gemiddelde of van de mediaan. Het probleem bij deze werkwijze is de neiging om het gemiddelde of de mediaan als referentie te beschouwen, en niet kwaliteit als dusdanig. Dit leidt natuurlijk tot onrust bij de ziekenhuizen en artsen, ondanks de geruststellende berichten van overheidswege.

### 3. Ziekenhuisperformantie: hoe ze (op de beste manier) te promoten?

Er worden twee soorten maatregelen genomen om de ziekenhuisperformantie te verbeteren: het belonen van ziekenhuizen die de aanbevelingen naleven en publiciteit voor ziekenhuizen die goed presteren.

De eerste maatregel (Pay For Performance of P4P) is sterk ingeburgerd in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk (voor huisartsen). Het succes van de maatregel is wisselvallig (42) en voor discussie vatbaar (29, 61).

De publiciteit voor ziekenhuizen is alledaags in de VS, maar nauwelijks gebruikelijk in Europa. Niettemin publiceren journalisten van het Franse magazine Le Point, sinds 1997, elk jaar een erelijst van de Franse ziekenhuizen. Deze erelijst heeft betrekking op 40 medische en chirurgische specialismen. De impact van deze publiciteit is niet gekend. Diverse initiatieven in die zin werden al genomen in de VS, m.n. door het NCQA (National Committee for Quality Assurance), het NQF (National Quality Forum), de Leapfrog Group en de Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) en in het Verenigd Koninkrijk: het PAF (Performance Assessment Framework), de CHI (Commission for Health Improvement), Dr. Foster, . . . enz. Er zijn nog maar erg weinig studies gewijd aan de effecten van deze publiciteit op de bevordering en de verbetering van de kwaliteit van de ziekenhuizen (34). In 1993 heeft de NORC (National Opinion Research Center) van de universiteit van Chicago een systeem ingevoerd om de kwaliteit van ziekenhuizen te meten. Jaarlijks publiceren US News en World Report een verslag onder de titel "America's Best Hospitals". De CMS hebben op hun beurt in 2005 de "Hospital Compare" opgesteld. De mortaliteit op 30 dagen van patiënten die wegens een hartinfarct opgenomen werden in een ziekenhuis uit "America's Best Hospitals", werd vergeleken met die van ziekenhuizen die niet in dit systeem opgenomen waren (56). Hoewel de sterftcijfers lager liggen in de eerste groep dan in de tweede, overlappen de resultaten grotendeels. Overigens zijn er, bij de ziekenhuizen die een gestandaardiseerd sterftcijfer lager dan 1 hebben, driemaal meer niet-opgenomen ziekenhuizen dan opgenomen ziekenhuizen in deze selectie! (56) Ten slotte zijn de scores die de ziekenhuizen verkregen hebben voor "America's Best Hospitals" en voor "Hospital Compare" niet gelijklopend (23). Het dient opgemerkt dat reclame schadelijke effecten kan hebben. Ze kan ziekenhuizen en artsen zover krijgen dat ze de ziekste patiënten gaan weigeren om hun "score" te verbeteren. Bovendien kan ze de kwaliteit van de zorgverlening omlaag halen. De blinde naleving van de guidelines, die vaak als parameter van kwaliteit worden beschouwd, zou kunnen resulteren in iatrogene aandoeningen en incoherenties in de behandeling van patiënten, vooral in de geriatrie (39, 54, 59).

#### **4. Wat brengt de toekomst?**

Wat moeten we, op basis van deze literatuurstudie, onthouden betreffende het meten van ziekenhuisperformantie en van het belang ervan voor de potentiële verbetering van de medische zorgen? Men moet zich ervan bewust zijn dat van de factoren die een invloed kunnen hebben op de levensduur, de gezondheidssystemen in het algemeen (intra- en extramuraal) slechts 10% uitmaken (49). De huidige performatiemeetsystemen in het algemeen, en deze van de ziekenhuizen in het bijzonder, zijn voor kritiek vatbaar op verschillende niveaus . Bovendien bestaat er helemaal geen eensgezindheid over wat men precies moet meten en hoe dat moet worden gerapporteerd (48). Overigens klinkt de vraag steeds luider om de gezondheidssystemen meer op de patiënt te oriënteren. Hoe zou het ook anders kunnen, aangezien het hem/haar eigenlijk betreft . . . (47). Vooral op het vlak van de meting van de ziekenhuisperformantie is dit pertinent : er wordt maar weinig aandacht besteed aan het rechtsgevoel (8) of aan de bekommernissen van de patiënten en de visie die deze kunnen hebben op hun gezondheid en hun opname (13, 25). Een recente studie in een privé-ziekenhuis in Melbourne toont aan dat de patiënten meer worden gesensibiliseerd door de manier waarop het ziekenhuis functioneert om de kwaliteit, de veiligheid van de zorgverlening en het adequate gebruik van zijn structuren te verzekeren dan door de cijfers over performantie . . . (50). Het meten van de kwaliteit en de manier waarop erover wordt gecommuniceerd zijn nog onvolmaakt. Het initiatief ervan ligt nog te dikwijls bij de uitbetalingsorganismen. Meer nog dan een media-instrument, waarbij ze een bedekte manier is om de gezondheidsstructuren en gezondheidsbeoefenaars te onderfinancieren of ... een bron van inkomsten te vormen voor advocaten, moet ze een objectieve wetenschap worden. De veiligheid van patiënten, artsen en ... ziekenhuizen hangt ervan af (48).

#### **REFERENTIES**

1. A randomized trial of propranolol in patients with acute myocardial infarction. I. Mortality results. *JAMA* 1982; **247**: 1707-14.
2. ARAH O.A., WESTERT G.P., HURST J. and al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; **18**: 5-13.
3. AUERBACH A.D., LANDEFELD C.S. and SHOJANIA K.G. The Tension between Needing to Improve Care and Knowing How to Do it. *N Engl J Med* 2007; **357**: 608-613.
4. AYLIN P., BOTTLE A., MAJEED A. Use of administrative data or clinical databases as predictors of risk of death in hospital: comparison of models. *Brit Med J* 2007, **334**: 1044.

5. BARBA R., LOSA J.E., VELASCO M. and al. Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends. *Eur J Intern Med* 2006; **17**: 322-324.
6. BELL C.M. and REDELMEIER D.A. Mortality among patients admitted to hospitals on weekends as compared with weekdays. *N Engl J Med* 2001; **345**: 663—8.
7. BENDAVID E., KAGANOVA Y., NEEDLEMAN J. and al. Complication rates on Weekends and Weekdays in US Hospitals. *Amer J Med* 2007; **120**: 422-428.
8. BIERMAN A.S. Performance measurement and equity. *Brit Med J* 2007; **334**: 1333-4.
9. BIRKMEYER J.D., SIEWERS A.E., FINLAYSON E.V.A. et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; **346**: 1128-37.
10. BIRKMEYER J.D., STUKEL T.A., SIEWERS A.E. et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003; **349**: 2117-27.
11. BOYD C.M., DARER J., BOULT C. and al. Clinical Practices Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for Performance. *JAMA* 2005. **294**: 716-724.
12. BRADLEY E.H., HERRIN J., ELBEL B. et al. Hospital Quality for Acute Myocardial Infarction. Correlation Among Process Measures and Relationship With Short-term Mortality. *JAMA* 2006; **296**: 72-78.
13. BROWN C.R. Where are the patients in the quality of health care ? *International Journal for Quality in Health Care* 2007; **19**: 125-126
14. CAMPBELL E.G., WEISSMAN J.S., EHRINGHAUS S. and al. Institutional Academic-Industry Relationships. *JAMA* 2007; **298**: 1779-1786.
15. CHARLSON ME, POMPEI P., ALES KL et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; **40**: 373-83.
16. CHOUDHRY N.K., FLETCHER R.H. and SOUMERAI S.B. Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality Health Care. *Ann Intern Med* 2005; **142**: 260-273.
17. CLAXTON K., SCULPHER M., DRUMMOND M. A rational framework for decision making by the National Institute For Clinical Excellence (NICE). *Lancet* 2002; **360**: 711-715.
18. CUJEC B., QUAN H., JIN Y. et al. Association between physician specialty and volumes of treated patients and mortality among patients hospitalized for newly diagnosed heart failure. *Am J Med* 2005; **118**: 35-44.
19. EMANUEL E.J. What Cannot Be Said on Television About Health Care. *JAMA* 2007; **297**: 2131-2133.
20. FONAROW G.C., ABRAHAM W.T., ALBERT N.M. et al. Association Between Performance Measures and Clinical Outcomes for Patients Hospitalized With Heart Failure. *JAMA* 2007; **297**: 61-70.
21. FONAROW G.C., ABRAHAM W.T., ALBERT N.M. et al. Influence of A performance-Improvement Initiative on Quality of Care for Patients Hospitalized With Heart Failure. Results of the Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients With Heart Failure (OPTIMIZE-HF). *Arch Intern Med* 2007; **167**: 1493-1502.
22. FONAROW GC, STOUGH WG, ABRAHAM WT et al. Characteristics, treatments, and outcomes of patients with preserved systolic function hospitalized for heart failure: a report from the OPTIMIZE-HF Registry. *J Amer Coll Cardiol* 2007; **50**: 768-77.
23. HALASYAMANI L.K., DAVIS M.M.. Conflicting Measures of Hospital Quality: Ratings from "Hospital Compare" Versus "Best Hospitals". *Journal of Hospital Medicine* 2007; **2**: 128-134.
24. HORN S.D. Performance Measures and Clinical Outcomes. *JAMA* 2006; **296**: 2731-2732.
25. JHA A.K. Measuring Hospital Quality. What Physicians do ? How Patients Fare ? Or Both ? *JAMA* 2006; **296**: 95-97.



26. KAHN J.M., GOSS C.H., HEAGERTY P.J. et al. Hospital Volume and the Outcomes of Mechanical Ventilation. *N Engl J Med* 2006; **355**: 41-50.
27. KENT D.M. and HAYWARD R.A. Limitation of Applying Summary Results of Clinical Trials to Individual Patients. *JAMA* 2007; **298**: 1209-1212.
28. Key Themes and Highlights From the National Healthcare Quality Report. The National Healthcare Quality Report. *Medscape Internal Medicine* 2007, 18/04/2007.
29. KINDIG DA. A Pay-for-Population Health Performance System. *JAMA* 2006; **296**: 2611-2613.
30. KOSTIS W.J., DEMISSIE K., MARCELLA S.W. et al. Weekend versus Weekday Admission and Mortality from Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2007; **356**: 1099-109.
31. LANDON B.E., NORMAND S-L. T., LESSLER A. et al. Quality of Care for the Treatment of Acute Medical Conditions in US Hospitals. *Arch Intern Med* 2006; **166**: 2511-2517.
32. LEE T.H. Eulogy for a Quality Measure. *N Engl J Med* 2007; **357**: 1175-1177.
33. LJUNG R., KÖSTER M. Weekend Admission for Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2007; **357**: 85-87
34. MARSHALL M. N., SHEKELLE P., DAVIES H.T.O. and al. Public Reporting on Quality in The United States and The United Kingdom. *Health Aff* 2003; **22**: 134-148.
35. MATTKE S., EPSTEIN A.M. and LEATHERMAN S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; **18**: 1-4.
36. MEHTA R.H., PETERSON E.D., CALIFF R.M. Performance Measures Have a Major Effect on Cardiovascular Outcomes: A Review. *Am J Med* 2007; **120**: 398-402.
37. MEYERHARDT J.A., CATALANO P.J., SCHRAG D. et al. Association of Hospital Procedure Volume and Outcomes in Patients with Colon Cancer at High Risk for Recurrence. *Ann Intern Med* 2003; **139**: 649-57.
38. NATTINGER AB, LAUD PW, SPARAPANI RA et al. *Arch Intern Med* 2007; **167** / 1958-1963.
39. O'CONNOR P.J. Adding Value to Evidence-Based Clinical Guidelines. *JAMA* 2005. **294**: 741-743.
40. PATEL M.R., CHEN A.Y., ROE M. et al. A Comparison of Acute Coronary Syndrome Care at Academic and Nonacademic Hospitals. *Am J Med* 2007; **120**: 40-46.
41. PEARSON S.D. and RAWLINS M.D. Quality, Innovation, and Value for Money. NICE and the British National Health Service. *JAMA* 2005; **294**: 2618-2622.
42. PETERSEN L.A., WOODARD L.D., BA T.U. et al. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care ? *Ann Intern Med* 2006; **145**: 265-272.
43. PETERSON E.D., COOMBS L.P., DELONG E.R. et al. Procedural Volume as a Marker of Quality for CABG Surgery. *JAMA* 2004; **291**: 195-201.
44. PETERSON E.D., ROE M.T., MULGUND J. et al. Association Between Hospital Process Performance and Outcomes Among Patients With Acute Coronary Syndromes. *JAMA* 2006; **295**: 1912-1920.
45. PINE M., JORDAN H.S., ELIXHAUSER A. and al. Enhancement of Claims Data to Improve Risk Adjustment of Hospital Mortality. *JAMA* 2007; **197**: 71-76.
46. PLANTINGA L.C., FINK N.E., JAAR B.G. et al. Attainment of clinical performance targets and improvement in clinical outcomes and resource use in hemodialysis care: a prospective cohort study. *BMC Health Services Research* 2007; **7**: 5-17.
47. PORTER M.E., TEISBERG E.O. How physicians can change the future of health care ? *JAMA* 2007; **297**: 1103-1111.
48. PRONOVOST P.J., MILLER M., WACHTER R.M. The GAAP in Quality Measurement and Reporting. *JAMA* 2007. **298**: 1800-1802.

49. SCHROEDER S.A. We Can Do Better – Improving the Health of the American People. *N Engl J Med* 2007; **357**: 1221-8.
50. SHEAHAN M., LITTLE R. and LEGGAT S.G.. Performance reporting for consumers: issues for the Australian private hospital sector. *Australia and New Zealand Health Policy*. 2007; **4**: 1-7.
51. SHORTELL S.M., RUNDALL T.G., HSU J. Improving Patient Care by Linking Evidence-Based Medicine and Evidence-Based Management. *JAMA* 2007 ; **298**: 673-676.
52. SKOLNICK A.H., ALEXANDER K.P., CHEN A.Y. et al. Characteristics Management, and Outcomes of 5,557 Patients Age ≥ 90 Years With Acute Coronary Syndromes. Results From the CRUSADE Initiative. *J Am Coll Cardiol* 2007; **49**: 1790-7.
53. STEINBROOK R. Guidance for Guidelines. *N Engl J Med* 2007; **356**: 331-333.
54. STEINMAN M.A. Number of Medical Conditions and Quality Care. *N Engl J Med* 2007; **357**: 1350-1351.
55. VEILLARD J., CHAMPAGNE F., KLAZINGA N. and al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH projet. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; **17**: 487-496.
56. WANG O.J., WANG Y., LICHTMAN J.H. and al. “America’s Best Hospitals” in the treatment of Acute Myocardial Infarction. *Arch Intern Med* 2007; **167**: 1345-1351.
57. WERNER R. M., BRADLOW E.T. Relationship Between Medicare’s Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. *JAMA* 2006; **296**: 2694-2702.
58. WERNER R.M. Medicare’s Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. *JAMA* 2007; **297**: 1430-1431.
59. WERNER R.M., ASCH D.A.. The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. *JAMA* 2005; **293**: 1239-1244.
60. WILLIAMS S.C., WATT A., SCHMALTZ S.P. and al. Assessing the reliability of standardized performance indicators. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; **18**: 246-255.
61. WODCHIS W.P., ROSS J.S., DETSKY A.S.. Is P4P Really FFS ? *JAMA* 2007; **298**: 1797-1799.

## SOCIAAL STATUUT 2008

**30 JUNI 2008. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voor sommige geneesheren te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2008 en tot aanpassing van de basisbedragen van de rust- en overlevingspensioenen, bedoeld in het koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren (B.S. d.d. 8.7.2008)**

**Artikel 1.** De jaarlijkse bijdrage, bedoeld in artikel 2, § 1, a), van het koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren, wordt, voor het jaar 2008, respectievelijk vastgesteld :

1° op 3.595,10 euro, enerzijds, ten gunste van de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 20 december 2007 te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

2° op 1.935,13 euro, anderzijds, ten gunste van de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van voornoemd akkoord in het Belgisch Staatsblad aan de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord de daarin vastgestelde honorariumbedragen respectievelijk wel en niet zullen toepassen, en waarbij de beroepsactiviteit uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het akkoord aan de volgende minima beantwoordt :

- voor de huisartsen :
  - ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste tien uren per week omvatten, verdeeld over tenminste drie dagen;
  - ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drie vierde van de wekelijkse beroepsactiviteit omvatten;
- voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit geheel of gedeeltelijk uitoefenen in een verplegingsinrichting :
  - ofwel tenminste vijftientig uren per week;
  - ofwel tenminste drie vierde van de beroepsactiviteit;
- voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit uitsluitend buiten een verplegingsinrichting uitoefenen :
  - ofwel raadplegingen in de spreekkamer die tenminste twintig uren per week omvatten;
  - ofwel raadplegingen in de spreekkamer die tenminste drie vierde van de beroepsactiviteit omvatten.

**Art. 2.** De basisbedragen van, enerzijds, het rustpensioen bedoeld in artikel 4 en, anderzijds, het overlevingspensioen bedoeld in artikel 5 van hetzelfde besluit, worden vanaf 1 januari 2008, vastgesteld op respectievelijk 4.826,51 euro en 4.022,21 euro per jaar.

**PROJECT VOOR DE KWALITEITSVERBETERING VAN RECTUMKANKERBEHANDELING:  
EEN BELGISCHE PRIMEUR**

Persbericht KCE (03/07/2008)

**Onder begeleiding van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ontwikkelde een multidisciplinaire groep van darmkankerspecialisten (PROCARE) kwaliteitscriteria om de zorg voor rectumkankerpatiënten op te volgen en indien nodig, te verbeteren. Het is een pilootproject voor België en misschien de aanzet tot een gelijkaardige aanpak voor andere soorten kanker.**

Het rectum of de endeldarm is het laatste deel van de dikke darm, gelegen net voor de aars. Jaarlijks wordt er in België bij ongeveer 1900 mensen rectumkanker vastgesteld en sterven er naar schatting 450 patiënten aan de ziekte. Deze vorm van kanker vraagt een zeer specifieke aanpak, vooral dan chirurgisch.

Zowel in België als in andere landen bestaan er grote verschillen tussen de ziekenhuizen m.b.t. de behandeling van rectumkanker en de daaruit volgende resultaten. Een aantal vooraanstaande Belgische kankerspecialisten stelde jaren geleden vast dat er grote nood aan standaardisatie en kwaliteitsbewaking was. Daarom werd PROCARE (PROject on CANcer of the REctum) opgericht, een multidisciplinaire werkgroep met alle specialisaties die betrokken zijn bij de behandeling van rectale kanker.

Eind 2007 ontwikkelde de werkgroep een nationale richtlijn met aanbevelingen voor de diagnose, behandeling en opvolging van rectumkanker. In een volgende stap bepaalde de werkgroep 40 indicatoren waarmee de kwaliteit van rectumkankerbehandeling kan worden gemeten. Het aantal overlevende patiënten na 5 jaar of de sterfte na chirurgie zijn maar enkele voorbeelden van dergelijke indicatoren.

Om aan kwaliteitsbewaking te kunnen doen moeten er natuurlijk de nodige betrouwbare gegevens beschikbaar zijn. Het Kankerregister speelt een centrale rol in de registratie van dergelijke gegevens. Ze vormen de basis om de indicatoren te meten en interpreteren, en uiteindelijk feedback te geven aan de ziekenhuizen. Op basis van die feedback kan de behandeling van rectumkanker gericht verbeterd worden, wat uiteraard in het belang van de patiënt is. De meeste Belgische ziekenhuizen zijn zeer gemotiveerd om mee te werken: ruim de helft verzamelt al meer dan 2 jaar de relevante gegevens en wacht ongeduldig op de feedback. De kwaliteitsbewaking kan dit jaar nog van start gaan.

**De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.81A.**

## MULTISLICE CT-SCANNERS NIET KLAAR VOOR DE DIAGNOSE VAN KRANSSLAGADERVERNAUWING

Persbericht KCE (10/07/2008)

**Om een kransslagadervernaauwing vast te stellen gebruikt men in de Belgische ziekenhuizen steeds meer de multislice CT-scanners (MSCT). Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vergeleek ze met de klassieke onderzoekstechnieken van het hart. Het is niet aangetoond dat MSCT bijdraagt tot het voorkomen van hartaanvallen of het redden van levens. MSCT is vooral geschikt om normale kransslagaders in beeld te brengen, dus om mensen gerust te stellen. Voor het overige is het niet duidelijk dat de techniek nauwkeurig genoeg is om de andere testen te vervangen. Een nadeel is ook dat de patiënt wordt blootgesteld aan een hoge stralingsdosis. Het KCE raadt een terugbetaling aan onder strikte voorwaarden en het uitvoeren van een nationale klinische studie.**

Bij een kransslagadervernaauwing krijgt het hart te weinig of geen bloed en zuurstof. Dat kan leiden tot pijn in de borst (angina pectoris), een hartinfarct of zelfs plotse dood. De behandeling kan veelal gebeuren met medicatie. In bepaalde gevallen moet de kransslagader operatief of met een ballonnetje worden vrijgemaakt. In dat geval is een voorafgaande beeldvorming nodig.

Tot voor kort kon een vernauwing alleen in beeld gebracht worden door een coronarografie. Daarbij wordt een buisje langs de lies in een slagader geschoven en een kleurstof rechtstreeks in de kransslagader ingespoten. De patiënt wordt daarvoor meestal in een kliniek opgenomen. Multislice CT-scanners (of MSCT) kunnen door middel van röntgenstralen en een inspuiting van een contrastvloeistof driedimensionale beelden maken van snel bewegende structuren, zoals het hart en de kransslagaders. Bij MSCT volstaat een eenvoudige inspuiting met kleurstof in een gewone ader. Er is geen hospitalisatie nodig, dus het is goedkoper en aangenamer voor de patiënt. De eerste multislice CT-scanners werden tien jaar geleden ontwikkeld en worden nu al in meer dan 20 Belgische ziekenhuizen gebruikt.

Een groot nadeel van MSCT is de hoge stralingsdosis. Eén onderzoek komt overeen met 500 klassieke röntgenopnames van de borstkas. Hiermee gaat een niet te verwaarlozen kankerrisico gepaard. Het heeft de fabrikanten ertoe aangezet om veiligere toestellen op de markt te brengen, maar dit gaat ten koste van de beeldkwaliteit.

Een ander nadeel is dat, als er dan effectief vernauwingen vastgesteld worden, er toch nog een klassiek invasief onderzoek nodig is, om dan de vernauwingen open te maken.

Het KCE ging na of MSCT de klassieke testen voor de diagnose van hartziekten zou kunnen vervangen. Het blijkt dat de techniek goed kan vaststellen dat een kransslagader normaal is. MSCT is dus vooral geschikt om mensen gerust te stellen. Hiervoor zijn er eenvoudigere en goedkopere alternatieven. Anderzijds worden onschuldige verkalkingen soms ten onrechte als vernauwingen beschouwd, wat de mensen onnodig alarmeert. Gevolg is dat ze nutteloze, bijkomende onderzoeken moeten ondergaan. Het is alleszins niet bewezen dat MSCT hartaanvallen voorkomt of levens redt. Over de kosteneffectiviteit van MSCT ten opzichte van de andere technieken bestaan er onvoldoende gegevens.

De realiteit is dat de technologie al ruim is verspreid en dat een toenemend aantal ziekenhuizen dat er nu nog niet over beschikt de introductie ervan overweegt. De overheid heeft voor MSCT voor 2008 een budget van 1.260 000 euro voorzien. Het KCE raadt aan om de terugbetaling te beperken tot patiënten met bepaalde symptomen. Verder zouden radiologen een specifieke opleiding moeten volgen en mag het onderzoek alleen worden aangevraagd door een cardioloog of een urgentist. De patiënten die een MSCT onderzoek ondergaan zouden moeten worden geregistreerd en het voorwerp moeten zijn van een degelijke nationale klinische studie.

**De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.82A.**

## **PLASTISCHE CHIRURGIE : TERUGBETALINGSCRITEIA ONDUIDELIJK EN BESCHERMING TEGEN WANPRAKTIJKEN NODIG**

Persbericht KCE (14/07/2008)

**Het Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelde vast dat het niet altijd duidelijk is welke plastische ingrepen de ziekteverzekering terugbetaalt. In principe geldt terugbetaling enkel voor reconstructieve ingrepen, maar het probleem is de schemerzone tussen reconstructieve en esthetische heelkunde. Bovendien zijn er weinig kwaliteitsgaranties voor patiënten omdat ook niet-plastische chirurgen deze ingrepen mogen uitvoeren en er geen enkele controle is op de kwaliteit en veiligheid van de privé praktijken en privé klinieken. Daarom pleit het KCE voor duidelijke terugbetalingscriteria, een beperking van de artsen die plastische ingrepen mogen uitvoeren, duidelijke informatie aan de patiënt en registratie en controle van de privé klinieken en praktijken.**

Plastische ingrepen zitten in de lift. Het aantal terugbetaalde ingrepen in België nam de voorbije elf jaar met 40 % toe, terwijl de uitgaven met bijna 110 % stegen, tegenover 60 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. De meeste ingrepen worden op de huid en het onderliggende weefsel uitgevoerd, bijvoorbeeld bij brandwonden of huidtumoren. Ingrenen op oogleden en wenkbrauwen komen op de tweede plaats, gevolgd door neusoperaties. Maar, dit is waarschijnlijk slechts het topje van de ijsberg aangezien het RIZIV geen informatie heeft over plastische ingrepen uitgevoerd in privé klinieken en -praktijken.

### **Duidelijke terugbetalingscriteria nodig**

In principe worden enkel reconstructieve ingrepen terugbetaald, die misvormingen corrigeren die aangeboren zijn of werden veroorzaakt door ongeval, ziekte of operatie. Voor esthetische chirurgie komt de ziekteverzekering in principe niet tussen. Veel ingrepen (de zogenaamde 'borderline ingrepen') balanceren echter op de grens tussen reconstructie en esthetiek. Het gaat om correcties van oren, neus en oogleden die zonder voorwaarde worden terugbetaald, maar ook om borstverkleining en buikcorrecties (abdominoplastie) die worden terugbetaald bij functionele hinder. Het begrip functionele hinder is echter niet duidelijk gedefinieerd. De terugbetaling hangt louter af van de ziekenfondsarts of de chirurg, die geval per geval moeten beslissen. Op die manier ontstaat het risico dat patiënten slachtoffer worden van willekeur. In 2006 betaalde het RIZIV 32.000 borderline ingrepen terug; een verdubbeling in vergelijking met elf jaar geleden.

Het KCE pleit voor de invoering van RIZIV lijsten waarop duidelijk wordt vermeld welke ingrepen nooit, altijd of alleen mits voorafgaande goedkeuring door het ziekenfonds worden terugbetaald. Per ingreep moet duidelijk worden vermeld welke indicaties al dan niet in aanmerking komen voor terugbetaling. Deze nieuwe regels moeten aan alle betrokken partijen kenbaar gemaakt worden, de patiënten inbegrepen. Een nationaal comité moet beslissen over gevallen waarover twijfel bestaat.

### **Maatregelen ter bescherming van de patiënt en verbetering van de kwaliteit**

In België mag elke arts in principe een plastische ingreep uitvoeren, in tegenstelling tot Frankrijk, waar enkel erkende plastische chirurgen alle plastische ingrepen mogen doen terwijl dit voor andere specialisten beperkt wordt en huisartsen helemaal uitgesloten worden. Om de competentie van de chirurg te garanderen raadt het KCE aan om ook in België te bepalen welke artsen plastische ingrepen mogen uitvoeren.

Een andere manier om patiënten te beschermen zou erin bestaan om chirurgen ertoe te verplichten hun patiënten mondeling en schriftelijk in te lichten over de ingreep, vooraf een gedetailleerde kostenraming te bezorgen, de patiënt een bedenktijd van 15 dagen te geven en een bepaald aantal controle consulten na de operatie te voorzien.

Er bestaan in ons land totaal geen gegevens over de plastische ingrepen die uitgevoerd worden in privé praktijken en privé klinieken. We weten niets over het aantal ingrepen, de kwaliteit en eventuele complicaties. Die praktijken en klinieken zouden daarom volgens het KCE best verplicht worden zich te registreren en te voldoen aan minimale kwaliteitsvereisten op gebied van hygiëne, veiligheid, continuïteit van zorgen. Dit impliceert natuurlijk ook controles door de regionale overheden en sancties bij niet naleving.

**De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.83A.**

## LANGDURIG PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN VERBLIJVEN VAAK TE LANG IN EEN ZIEKENHUIS

Persbericht KCE (17/07/2008)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht in samenwerking met het Intermutualistisch agentschap (IMA), en de onderzoekseenheden Censtat (UHasselt) en Lucas (K.U.Leuven) het profiel van patiënten die langdurig in een psychiatrische afdeling (T-bed) van een ziekenhuis verblijven. Ongeveer 4750 patiënten verblijven al langer dan 1 jaar in een T-bed en bijna 1600 van hen zijn er al meer dan 6 jaar. Het KCE vraagt zich af of zij allemaal in die T-bedden thuishoren. De doorverwijzing van patiënten naar een andere soort zorgomgeving heeft ook vaak nadelige financiële gevolgen voor de patiënt. Het KCE pleit voor een meer geïntegreerd organisatie-model waarin de opdrachten van de ziekenhuisdiensten, de psychiatrische verzorgingstehuizen en andere diensten duidelijker worden omschreven. Enkel op die manier kunnen T-bedden optimaal worden benut. Dit rapport is het eerste van een reeks KCE-projecten in de geestelijke gezondheidszorg.

In ons land zijn er ongeveer 13.000 mensen langdurig en ernstig psychiatrisch patiënt: ze verblijven al meer dan 1 jaar in een psychiatrische voorziening (T-bed, psychiatrisch verzorgingstehuis, beschut wonen of dag- of nachthospitalisatie). Bijna 40% (ongeveer 4750 personen) verblijft al meer dan 1 jaar in een ziekenhuis. 1/3 (ongeveer 1600) van hen is al langer dan 6 jaar gehospitaliseerd. Van de 3150 personen die in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) verblijven, verblijft ongeveer 60% er al meer dan 6 jaar.

De meeste langverblijvers zijn mannen. Ongeveer de helft lijdt aan schizofrenie of een psychotische stoornis. 4 op de 10 patiënten vertoont een agressieve, asociale houding.

Er zijn aanwijzingen dat langdurig verblijvende patiënten minder revalidatie en psychotherapie dan de andere patiënten krijgen. Elektroschocks worden bijna uitsluitend toegediend in T-bedden in de provincie Luik. Er lijkt ook een groot verschil te bestaan tussen de ziekenhuizen m.b.t. het voorschrijven van medicatie. Misschien spelen klinische factoren een rol, maar meer onderzoek rond deze vraag dringt zich op.

Patiënten die het ziekenhuis verlaten worden vaker doorverwezen naar PVT's dan dat ze opnieuw worden geïntegreerd in de maatschappij, en daarbij bvb ambulante therapie of thuisbegeleiding krijgen. De kans op re-integratie is het grootst voor jongere mensen of voor patiënten met een verblijf van minder dan 2 jaar. In Vlaanderen lijkt de kans op reïntegratie kleiner dan in andere regio's door het hogere aanbod van T-bedden.

Patiënten met mentale achterstand verdienen bijzondere aandacht. Het aandeel van langverblijvende patiënten met mentale achterstand in T-bedden is regionaal verschillend (Vlaanderen 15%, Wallonië 30%). Mogelijk moeten personen met een mentale achterstand niet blijvend opgenomen worden in T-bedden. Misschien worden ze beter opgevangen in een PVT of voorzieningen voor personen met een mentale handicap, maar hiervoor is een breder onderzoek vereist. Het doorverwijzen van deze groep moet besproken worden op het niveau van de gemeenschappen.

Volgens het KCE is er behoefte aan een duidelijke omschrijving van de opdrachten van de ziekenhuizen en andere residentiële en ambulante diensten. De analyse van de situatie in T-bedden kan niet losgekoppeld worden van andere diensten en voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg. Een onderlinge complementariteit en afstemming zijn van groot belang om de doorstroom van patiënten uit ziekenhuizen te garanderen.

Daaraan gekoppeld moet een maatschappelijk debat worden gevoerd over de kostprijs voor de gemeenschap en de kostprijs voor de patiënt. Een patiënt in een T-bed kost de gemeenschap veel meer dan in een PVT of in een formule van beschut wonen. Volgens schattingen van het KCE kostte een patiënt in een T-bed in 2003 gemiddeld maandelijks 4500 euro aan de gemeenschap. De laagste kostprijs is die voor beschut wonen: gemiddeld kostte dat 5 jaar geleden 1000 euro per maand per patiënt. Daartegenover staat dan weer dat de persoonlijke bijdragen het hoogst zijn in PVT en beschut wonen. Het recente KCE-rapport over de maximumfactuur (nr 80) wees al op de specifieke problematiek van persoonlijke uitgaven in de psychiatrie. De financiële impact op de patiënt kan de beslissing over zijn re-integratie of doorverwijzing negatief beïnvloeden.

**De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.84A.**

**NOMENCLATUUR ARTIKEL 13 (REANIMATIE)  
EN 25, § 3 (MEDISCHE WACHTDIENST IN HET ZIEKENHUIS)  
(in voege op 01.09.2008)**

**10 JULI 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 13 en 25, § 3, 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. 24.7.2008 + erratum B.S. d.d. 13.8.2008)**

**Artikel 1.** In artikel 13, 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 wijzigingen aangebracht :

- 1° in § 1, worden de verstrekking 214233-214244 en de daaropvolgende toepassingsregels geschrapt;
- 2° in § 1bis, in het eerste lid, worden de rangnummers "214233-214244" geschrapt;
- 3° in § 2, 6°, worden de rangnummers "214233-214244" geschrapt.

**Art. 2.** In artikel 25, § 3, van dezelfde bijlage, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- 1° de omschrijving van de verstrekking 590472 wordt vervangen als volgt :

« Honorarium voor geneeskundige bijstand verleend door een arts van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, in het raam van een extramurale medische interventie van de mobiele urgentiegroep met het oog op een medisch begeleid transport naar het ziekenhuis waarvan de erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg deel uitmaakt. »;

- 2° de volgende verstrekkingen worden na de verstrekking 590472 ingevoegd :

« 590435-

Honorarium voor geneeskundige bijstand verleend door een arts van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, in het raam van een extramurale medische interventie van de mobiele urgentiegroep en medisch begeleid transport van een patiënt naar een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis waarvan de erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg deel uitmaakt . . . . . A 75

-590446

Honorarium voor geneeskundige bijstand verleend door een arts van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg voor een medisch begeleid transport van een opgenomen patiënt naar een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis waarvan de erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg deel uitmaakt, met het oog op een dringend uit te voeren diagnosestelling en/of behandeling . . . . . A 150

590413-590424

Installatie van en toezicht op de gecontroleerde beademing onder endotracheale intubatie of tracheotomie en op de hartfunctie met gebruik van een waaktoestel dat op zijn minst bestendig het elektrocardiogram volgt, tijdens het medisch begeleid dringend transport van een patiënt in een ambulance . . . . . A 107 »;

- 3° de twee laatste leden van deze paragraaf worden door de volgende bepalingen vervangen :

« De verstrekkingen 590472, 590435, 590446 en 590413-590424 mogen slechts aangerekend worden als de arts die de permanentie van de "mobiele urgentiegroep" waarneemt aan de kwalificaties voldoet zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 augustus 1998, houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om erkend te worden.

De verstrekkingen 590472 en 590435 mogen slechts aangerekend worden wanneer het dringend medisch begeleid transport plaatsvindt ingevolge een oproep naar het eenvormig oproepsysteem.

De verstrekkingen 590472 en 590435 zijn onderling niet cumuleerbaar.

De verstrekkingen 590472 en 590446 zijn onderling wel cumuleerbaar.

De verstrekkingen 590472, 590435 of 590446 mogen worden gecumuleerd met de verstrekking 590413-590424 maar niet met de verstrekking 109734.

De verstrekkingen 590472, 590435, 590446 en/of 590413-590424 mogen niet worden gecumuleerd met de raadpleging noch met het bezoek.

De verstrekkingen 590472, 590435, 590446 en/of 590413-590424 mogen wel worden gecumuleerd met de technische verstrekkingen uitgevoerd tijdens medisch begeleid transport.

De verstrekking 590413-590424 mag eveneens aangerekend worden door een geneesheer, specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor reumatologie, voor pediatrie, voor anesthesiologie, voor heelkunde, voor neurochirurgie, voor orthopedie, voor plastische heelkunde, voor urologie of voor neurologie. ».

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

---

**NOMENCLATUUR GYNAECOLOGIE-VERLOSKUNDE & MICROBIOLOGIE**  
(in voege op 01.10.2008)

**2 JULI 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, g), 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. 12.8.2008)**

**Artikel 1.** In artikel 14, g), 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 432434-432445 :

« 432773-432784

Intra-cervicaal of intra-uterien inspuiten van spermatozoa na capacitatie . . . . . K 90

Deze verstrekking mag slechts eenmaal per cyclus worden aangerekend door een gynaecoloog die verbonden is aan of aangesloten is bij een ziekenhuis conform het koninklijk besluit van 15 september 2006 tot bepaling van de regels volgens welke een gynaecoloog is verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis in het kader van de verstrekking bedoeld in artikel 34, eerste lid, 26°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. »

**Art. 2.** In artikel 24, § 1, van dezelfde bijlage, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in de rubriek 5/MICROBIOLOGIE, wordt de volgende verstrekking ingevoegd na de verstrekking 550012-550023 :

« 550115-550126

Capacitatie van spermatozoa . . . . . B 12000

(Maximum 1) (Diagnoseregels 80) Klasse 38 »

2° in de rubriek « Diagnoseregels », wordt de volgende diagnoseregels ingevoegd :

« 80

De verstrekking 550115-550126 mag enkel aan de ZIV worden aangerekend ter voorbereiding van de verstrekking 432773-432784 van artikel 14, g), van deze nomenclatuur. »

**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 ORTHOPEDIE EN PERCUTANE BEHANDELINGEN**  
(in voege op 01.08.2008)

**12 JUNI 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, k), l., § 1, B, 2°, en 34, § 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. 27.6.2008)**

**Artikel 1.** In artikel 14, k), l., § 1, B, 2°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 juli 1990, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 281514 - 281525 :

« De verstrekking 281514 - 281525 kan niet aangerekend worden voor een vertebroplastie. »;

2° wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 281551 - 281562 :

« De verstrekking 281551 - 281562 kan niet aangerekend worden voor een vertebroplastie. »

**Art. 2.** In artikel 34, § 1, van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 januari 1991, 25 juli 1994, 12 augustus 1994, 7 juni 1995, 10 juli 1996, 18 februari 1997, 9 oktober 1998, 29 april 1999, 6 november 1999, 30 mei 2001, 27 maart 2003, 22 april 2003 en 17 augustus 2007, worden de volgende wijzigingen aangebracht :



I. in a),

1° wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 589116 - 589120 :

« De verstrekking 589116 - 589120 kan niet aangerekend worden voor een vertebroplastie. »;

2° wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 589131-589142 :

« De verstrekking 589131 - 589142 kan niet aangerekend worden voor een vertebroplastie. »

II. wordt b) aangevuld door de volgende verstrekking en toepassingsregels :

« 589676 - 589680

Percutane ballonkyphoplastie voor de behandeling van indeukingsfracturen van een wervellichaam (per wervellichaam) I 400

De verstrekking 589676 - 589680 kan slechts aangerekend worden naar aanleiding van één van de onderstaande indicaties :

A. Osteoporotische indeukingsfracturen "single level » of "multi-level » en lager dan T5 zonder neurologische compressie en zonder uitvalsverschijnselen waarbij aan al de volgende voorwaarden voldaan wordt :

a) blijvende pijnklachten van meer dan 8 weken en te wijten aan de fractuur en waarbij de medicamenteuze pijntherapie - die gedurende minimaal 8 weken uitgeprobeerd werd - ofwel faalde ofwel aanleiding gaf tot te hinderlijke nevenwerkingen; dit wordt beschreven in een verslag van de arts die de pijntherapie toepaste; de interventie moet wel plaatsgrijpen binnen een periode van 4 maand nadat de eerste objectieve vaststellingen van de indeukingsfractuur werden gedaan tenzij een progressie van de fractuur aangetoond kan worden;

b) het hoogteverlies ligt tussen de 20 en de 60 %;

c) de dorsale muur is behouden;

d) er is botoedeem aanwezig;

e) de fracturen zijn volgens de AO classificatie type A1.1, A1.2, A1.3 of A2.3;

f) bij een man :

- ofwel een T-score, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie van <-2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie;

- ofwel een T-score, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie van < - 1 ter hoogte van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie.

g) bij een vrouw met een door glucocorticoïden-geïnduceerde osteoporose die behandeld wordt met een langdurige (meer dan 3 maanden) orale dagelijkse dosis van minstens 7,5 mg prednison of equivalent die wordt toegediend in het kader van een wetenschappelijk erkende indicatie :

- ofwel moet de patiënte zich in de menopauze bevinden zonder hormonale substitutie;

- ofwel moet de patiënte een T-score vertonen, berekend ten opzichte van een vrouwelijke referentiepopulatie, van <-1.5 gemeten ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) of van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie.

h) bij een vrouw in de menopauze : een T-score, berekend ten opzichte van een vrouwelijke referentiepopulatie van < - 2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) of van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie.

B. Indeukingsfracturen veroorzaakt door het multiple myeloma van Kahler, zonder neurologische compressie en zonder uitvalsverschijnselen, waarbij aan de volgende voorwaarden voldaan wordt :

a) blijvende pijnklachten van meer dan 6 weken en te wijten aan de fractuur en waarbij de medicamenteuze pijntherapie die gedurende minimaal 6 weken uitgeprobeerd werd ofwel faalde ofwel aanleiding gaf tot te hinderlijke nevenwerkingen; dit wordt beschreven in een verslag van de arts die de pijntherapie toepaste;

b) de dorsale muur is behouden;

c) er is botoedeem aanwezig;

d) de fracturen zijn volgens de AO classificatie type A1.1, A1.2, A1.3 of A2.3;

In beide gevallen, A + B, wordt de diagnose gesteld op basis van de volgende onderzoeken :

- en RX face en profiel

- en MRI of indien een contra-indicatie hiervoor een Ct-scan

- en botscintigrafie zonder SPECT

En bij osteoporotische indeukingsfracturen ook een DEXA-scan.

De documenten waaruit blijkt dat voldaan is aan de hogervermelde indicaties, moeten steeds in het dossier aanwezig zijn en moeten naar de adviserend geneesheer verstuurd worden als hij / zij dit vraagt.

De verstrekking 589676 - 589680 wordt voor elke behandelde wervel aan 100 % aangerekend, met dien verstande dat er niet meer dan 2 wervels in één tijd mogen worden aangerekend aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Per periode van twee kalenderjaren kunnen ten hoogste twee verstrekkingen 589676 - 589680 uitgevoerd tijdens één enkele operatiezitting worden aangerekend aan de verplichte verzekering gezondheidszorgen.

Uitzondering op deze toepassingsregel vormen de bijkomende verstrekkingen 589676 - 589680, uitgevoerd tijdens een tweede of volgende operatiezitting, in zoverre er voorafgaand aan de uitvoering ervan goedkeuring wordt bekomen vanwege het College Geneesheren Directeurs.

De verstrekking 589676 - 589680 mag niet aangerekend worden voor een vertebroplastie.

**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 19, § 5 (radiotherapie en radiumtherapie - nucleaire geneeskunde) (in voege op 01.08.2008)

**1 JUNI 2008.** - Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 19, § 5, 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. 16.6.2008)

**Artikel 1.** Paragraaf 5 van artikel 19 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 april 2001, wordt vervangen als volgt :

« § 5. De geneesheren die zijn erkend als specialist voor een ander specialisme dan radiotherapie-oncologie, mogen de verstrekkingen inzake radiotherapie aanrekenen die verwant zijn met hun specialisme.

De geneesheren die zijn erkend als specialist voor een ander specialisme dan nucleaire geneeskunde, mogen de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde aanrekenen die verwant zijn met hun specialisme.

In dit geval dienen deze geneesheren bij oncologische behandeling een multidisciplinair consult (rangnummers 350372-350383, 350394-350405 of 350416-350420) aan te gaan teneinde alle aspecten van de therapie te plannen.

Nochtans mogen de verstrekkingen inzake curietherapie en nucleaire geneeskunde alleen worden verricht door de geneesheren en in de inrichtingen die, overeenkomstig de ter zake geldende wettelijke bepalingen, ertoe gemachtigd zijn radioactieve stoffen onder zich te houden en te gebruiken tot geneeskundige doeleinden.

Behoudens voor de oppervlaktetherapieën bedoeld onder rangnummer 444334-444345 en voor de intraluminale curietherapie bedoeld onder rangnummer 444275-444286 wordt de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de radiotherapeutische verstrekkingen afhankelijk gemaakt van de voorwaarde dat die verstrekkingen worden verricht in een dienst radiotherapie die is erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 5 april 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst radiotherapie moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

In afwijking van de bepaling omschreven in het vorige lid mogen de applicaties met permanente ingekapselde bronnen ter behandeling van een lokaal beperkt tumoraal proces met curietherapie, aangerekend via het rangnummer 444253-444264, worden toegepast in een ziekenhuis dat niet beschikt over een erkende dienst radiotherapie :

1° in zoverre dat het ziekenhuis waar deze applicatie wordt verricht een schriftelijk samenwerkingsakkoord heeft afgesloten met een ziekenhuis dat een erkende dienst radiotherapie heeft. Dit schriftelijk akkoord tussen ziekenhuizen beschrijft waar en door wie de verschillende onderdelen van de behandeling zullen worden uitgevoerd alsook de daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheden. De prestaties verricht door de geneesheer-specialist voor radiotherapie-oncologie en de taak van de erkende

deskundige in de medische stralingsfysica worden hierin beschreven, alsook de wijze van bestelling, gebruik en beheer van radioactieve producten - in overeenstemming met het Ministerieel besluit van 10 april 2002 besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, en in overeenstemming met het Koninklijk besluit van 20 juli 2001 « houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen »;

2° in zoverre dat de planning bedoeld onder rangnummer 444393-444404 mee wordt ontworpen door de aan de erkende dienst radiotherapie verbonden erkende deskundige in de medische stralingsfysica en dat de simulatie bedoeld onder rangnummer 444356-444360 verricht wordt door de geneesheer-specialist voor radiotherapie-oncologie verbonden aan de erkende dienst radiotherapie;

3° in zoverre dat de radiotherapeutische verstrekkingen worden uitgevoerd en geattesteerd door een geneesheer-specialist voor radiotherapie-oncologie die verbonden is aan een erkende dienst radiotherapie. »

**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.

**NIEUWE EN GEWIJZIGDE INTERPRETATIEREGELS  
ARTIKELN 5 EN 6 (Orthodontische behandelingen)  
(B.S. d.d. 30.5.2008)**

1° Interpretatieregel 01 wordt vervangen als volgt (in voege d.d. 01.07.2008) :

VRAAG 1

Bij een orthodontische behandeling wordt soms een beroep gedaan op de diensten van een logopedist, wiens werkzaamheden geschieden onder toezicht van een tandheekundige, bedoeld in artikel 4, § 1 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Deze werkzaamheden vinden plaats buiten de zittingen voor regelmatige behandeling, voorzien onder de nrs. 305616-305620, 305653-305664 en 305712-305723 en de forfaits voor vroege orthodontische behandeling, voorzien onder de nrs 305933-305944 en 305955-305966; de practicus verricht persoonlijk sommige metingen bij de aanvang van een logopediezitting. Mag dat werk worden gelijkgesteld met een raadpleging nr. 301011-301022, 371011-371022, 301092-301103, 371092-371103, 101054, 102012 en 102535 of een halfjaarlijks mondonderzoek 371556-371560, 371571-371582, 301556-301560 en 301571-301582?

ANTWOORD

De forfaits voor regelmatige behandeling betaald voor de orthodontische behandeling onder de nummers 305616-305620, 305653-305664 en 305712-305723, en de forfaits voor vroege orthodontische behandeling 305933-305944 en 305955-305966 dekken alle acten die nodig zijn voor de behandeling. De verstrekkingen nrs. 301011-301022, 371011-371022, 301092-301103, 371092-371103, 101054, 102012, 102535, 371556-371560, 371571-371582, 301556-301560, 301571-301582 mogen in het gestelde geval niet worden geattesteerd en mogen derhalve geen tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering genieten.

2° Interpretatieregel 02 wordt vervangen als volgt (in voege d.d. 01.09.2007) :

VRAAG 2

Mag een orthodontische behandeling waarvoor geen verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend, worden getarifeerd onder de nummers 371011-371022, 301011-301022 \*Raadpleging in de spreekkamer van een tandheekundige houder van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts, een geneesheer-specialist in de stomatologie of een geneesheer-tandarts, of 371092-371103, 301092-301103 \*Raadpleging in de spreekkamer van een tandheekundige, houder van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de orthodontie, of 101054 \*Raadpleging in de spreekkamer van een geneesheer, houder van het diploma van licentiaat in de tandheekunde (TL) of 102012 \*Raadpleging, in zijn spreekkamer, van een ander geneesheer specialist, of 102535 Raadpleging, in zijn spreekkamer, van een ander geaccrediteerde geneesheer-specialist ?

## ANTWOORD

De verstrekkingen nrs. 371011-371022, 301011-301022, 371092-371103, 301092-301103, 101054, 102012 en 102535 mogen niet geattesteerd worden voor een zitting voor orthodontische behandeling, ongeacht of die behandeling al dan niet voor verzekeringstegemoetkoming in aanmerking komt.

3° Interpretatieregel 07 wordt vervangen als volgt (in voege d.d. 01.07.2008) :

### VRAAG 7

Aan welke voorwaarden moet een orthodontisch toestel, zoals bedoeld in de verstrekkingen 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642, 305675-305686 voldoen om als dusdanig te worden aanzien?

### ANTWOORD

Om te worden aanzien als een orthodontisch toestel zoals bedoeld in de verstrekkingen 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642 en 305675-305686 moet het toestel actief bijdragen tot de correctie van de dysmorphose.

4° Interpretatieregel 17 wordt ingevoegd (in voege d.d. 01.07.2008) :

### VRAAG 17

Kan men de verstrekking 317295-317306 attesteren tijdens een vroege orthodontische behandeling opgenomen onder de verstrekkingen 305933-305944 en 305955-305966 ?

### ANTWOORD

De verstrekking 317295-317306 kan geattesteerd worden gedurende een vroege orthodontische behandeling voor zover de verstrekking geen van de doelstellingen beoogt voorzien onder het artikel 6, § 7, alinea 3 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

## **NIEUWE INTERPRETATIEREGEL ARTIKEL 29, § 1 (ontlastingsorthese) (B.S. d.d. 15.7.2008)**

INTERPRETATIEREGEL 24 (in voege d.d. 01.09.2008)

### VRAAG

Wat moet verstaan worden onder ontlastingsorthese ?

### ANTWOORD

Onder een ontlastingsorthese moet worden verstaan : een orthese van bovenste of onderste lidmaat die de interne krachten die op een fractuur inwerken opvangt buiten de breuk en die gebruikt wordt tijdens een groot deel van de dag om vroegtijdige activiteit of belasting mogelijk te maken. Met interne krachten worden o.a. bedoeld krachten door gewicht van romp bij steunname op onderste lidmaat, krachten door actieve spieractiviteit.

Wordt niet bedoeld met een ontlastingsorthese : orthese enkel ter bescherming van een fractuur voor krachten die uitwendig op de fractuur inwerken.

## OPLEIDINGSCYCLUS ALGEMEEN MANAGEMENT VOOR GENEESHEREN-SPECIALISTEN

### EHSAL MANAGEMENT SCHOOL organiseert i.s.m. het VBS de opleidingscyclus ALGEMEEN MANAGEMENT VOOR GENEESHEREN-SPECIALISTEN 2008-2009

#### **Waarom deelnemen aan het programma Algemeen management voor geneesheren-specialisten?**

Ook in de gezondheidszorg neemt de performantiedruk alsmaar toe. Tegelijk treedt de rol van de ziekenhuisgeneesheer als manager steeds meer op de voorgrond. Geneesheren vormen immers een essentiële schakel in het verwezenlijken en garanderen van een patiëntgerichte en kwalitatieve zorgverstrekking, in de noodzakelijke beheersing van de kosten, in de uitbouw van een competitieve en efficiënte organisatie. De geneesheer-specialist draagt steeds meer beleidsverantwoordelijkheid binnen een afdeling of departement. Hij/zij moet echter niet alleen beschikken over de nodige kennis en vaardigheden om deze dienst operationeel te sturen, maar ook inzicht verwerven in zijn/haar cruciale rol in de uitbouw van de ziekenhuisorganisatie. In hun opleiding tot arts komen de hiertoe noodzakelijke bedrijfseconomische basiscompetenties echter niet aan bod.

Dit programma wil geneesheren-specialisten in een beperkte tijd vertrouwd maken met een aantal essentiële kennisdomeinen (voornamelijk strategische, juridische en financiële) om hen in staat te stellen met meer kennis van zaken te participeren in het beleid. Daarnaast wordt in het programma ook aandacht besteed aan de persoonlijke financieel-fiscale context van de arts.

Accreditatie door de werkgroep Ethiek & Economie van het RIZIV werd aangevraagd.

#### **Doelgroep**

De opleiding is bedoeld voor alle geneesheren-specialisten die een basiskennis inzake algemeen management als een verrijking zien. Het richt zich zowel tot ziekenhuisgeneesheren die (als diensthoofd, hoofdgeneesheer, lid van de medische raad) nood hebben aan bedrijfseconomische en juridische kennis voor het uitvoeren van hun beleidsverantwoordelijkheid, als tot geïnteresseerde individuele artsen.

#### **Inhoud en structuur van het programma**

Het programma loopt over 11 sessies, gespreid over een academiejaar à ratio van ongeveer 1 opleidingsdag per maand. De sessies zijn thematisch gegroepeerd in 4 modules, waarop ook apart kan ingeschreven worden.

##### **MODULE I: JURIDISCHE CONTEXT (3 sessies)**

- Wetgevend kader
- Aansprakelijkheid

##### **MODULE II : ALGEMEEN BELEID (2 sessies)**

- Strategische planning en de balanced scorecard
- Kwaliteitsbeleid en patiëntgericht denken

##### **MODULE III: FINANCIËLE INFORMATIE EN BELEID (3 sessies)**

- Boekhoudkundige begrippen (balans, resultatenrekening, kostprijzen)
- Ziekenhuisfinanciering
- Financieel management en interne controle

##### **MODULE IV: PERSOONLIJKE FINANCIËLE PLANNING (3 sessies)**

- Werken met een vennootschap
- Fiscale optimalisatie
- Persoonlijke financiële planning

#### **Docenten**

Volgende docenten werken mee aan het programma:

J.M. Boes, Bedrijfsrevisor Boes & C° bvba • H. Cools, Training Manager Fiscaliteit en Recht, Docent Successie- en vermogenplanning Fortis Bank, Erkend Belastingconsulent, lid IAB • G. De Geest, Stafmedewerker Studiedienst Landsbond van Onafhankelijke ziekenfondsen • N. Demeere, Business Analyst Departement Financial Consulting Deloitte • E. De Smidt, Financieel adviseur, Lid Afdeling Financiering

Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Lector KH Leuven • F. Dewallens, Advocaat-Vennoot Dewallens & partners, Voorzitter van de Vlaamse vereniging voor gezondheidsrecht, EMS-prof • D. D'Hoker, zelfstandig Lean Consultant, zaakvoerder D'Hoker Consulting gvc • R. Diricx, Sales Director Sodexo-Pass, EMS-prof • N. Heijerick, Notarieel Juriste, Docente HUB, EMS-prof • R. Heylen, Anesthesist, Licentiaat rechten, Diensthoofd ZOL, voorzitter BSAR • D. Himpe, Anesthesie-Reanimatie ZNA Antwerpen Middelheim Ziekenhuis • J. Lambrecht, Directeur Studiecentrum voor Ondernemerschap HUB, Hoogleraar HUB • K. Michiels, Algemeen directeur AZ Nikolaas Sint-Niklaas • C. Politis, Geneesheer-Diensthoofd MKA- chirurgie ZOL Genk, Nederlandstalige Adjunct Secretaris-Generaal VBS • K. Stas, Advocaat-Vennoot Dewallens & partners, Plaatsvervangend Vrederechter • T. Tack, Professor Fiscaal recht HUB-FHS • H. Van Impe, Accountant-Bedrijfsrevisor en revisor erkend door de controledienst van ziekenfondsen, Vennoot Van Impe & Associates, Executive professor UAMS • C. Van Liedekerke, Academisch Coördinator HUB, docente HUB, EMS-prof • N. Van Robaey, Docent HUB, Zelfstandig management consultant, EMS-prof • T. Vansweevelt, Advocaat Dewallens & partners, Hoogleraar UA • J. Verlooy, Hoofddocent Neurochirurgie UA, Neurochirurg AZ Sint-Vincentius Antwerpen, Consulent Neurochirurgie Hopital Erasme Brussel, Voorzitter Beroepsvereniging Neurochirurgie • A. Vijverman, Advocaat-Vennoot Dewallens & partners

#### Data

De sessies vinden plaats op vrijdag van 09u00 tot 17u30 op de HUB, Stormstraat 2, 1000 Brussel (vlakbij het Centraal Station). Het programma loopt van vrijdag 26 september 2008 tot vrijdag 17 april 2009, à rato van ongeveer 1 sessie per maand.

#### Inschrijvingsprijs

Het inschrijvingsgeld bedraagt € 3.750 voor het volledige programma.. Indien u betaalt vóór 15 september 2008, geldt de voorintekenprijs van € 3.600.

Voor VBS-leden bedraagt de deelnameprijs echter 2.880 EUR en de voorintekenprijs 2.480 EUR. De voorintekenprijs geldt niet bij betaling via de elektronische ondernemerschapsportefeuille (BEA).

Men kan ook modulair inschrijven: u betaalt dan 1.350 EUR voor modules 1,3 of 4 en 900 EUR voor module 2.

Syllabi zijn in het inschrijvingsgeld begrepen.

#### Programmacoördinator

Heeft u nog vragen?

Neem dan contact op met Nathalie Pots op het nummer 02/210.12.43 of per e-mail via [nathalie.pots@hubrussel.be](mailto:nathalie.pots@hubrussel.be). Meer info vindt u ook op de website van EHSAL Management School [www.hubrussel.be/ems](http://www.hubrussel.be/ems)

#### Infodagen

EMS organiseert infodagen op zaterdag 6 september 2008 van 9u30 tot 12u30 en op donderdag 11 september 2008 van 17u tot 20u.

### WETENSCHAPPELIJKE PRIJZEN

- **InBev-Baillet Latour Health Prize - 2009**

Value : 200.000 €

The 2009 Prize will have as theme : "Cardiovascular Disease" and is awarded to a scientist active in biomedical research and/or its practical applications for human health.

Submission deadline date : September 15th, 2008.

*The regulations of this Prize and the application form are available on  
[www.fwo.be](http://www.fwo.be) or [www.inbev-baillet-latour.be](http://www.inbev-baillet-latour.be)*

- **Fonds Prof. Dr. G. Verdonk voor diëtetiek of geriatrie – Periode 2005-2008**

Prijs: 2.500 euro

De driejaarlijkse rente van het Fonds is bestemd voor een oorspronkelijke verhandeling gedrukt of in handschrift, in het Nederlands, Frans of Engels, handelend over diëtetiek of geriatrie.

De kandidaturen moeten worden ingediend op het secretariaat van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België uiterlijk op 15 december 2008.

*Reglement beschikbaar op de website:  
[www.zorg-en-gezondheid.be/academie\\_geneeskunde.aspx](http://www.zorg-en-gezondheid.be/academie_geneeskunde.aspx)*

**WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING**

**Herfstsymposium 2008**  
**« Brandwonden, huidandoeningen, chronische wonden en nosocomiale infecties »**  
**Donderdag 25 september 2008**  
**Militair Hospitaal Koningin Astrid, Brandwondencentrum, Neder-Over-Heembeek**

Accreditering voor artsen en verpleegkundigen werd aangevraagd. Inschrijving mogelijk tot 7 september.

**Voor verdere informatie :**  
Serge Jennes, Med Maj Tel. : 02/264 48 02 – Fax : 02/262 14 80 – E-mail : [serge.jennes@mil.be](mailto:serge.jennes@mil.be)

---

**Symposium**  
**"De Week voor de Patiëntveiligheid"**  
**6 en 7 november 2008 in Brussel**

Het programma hiervan is nog in voorbereiding en zal binnenkort op de website [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be) te raadplegen zijn.

Organisator : FOD Volksgezondheid

---

**PHILHARMONIC DOCTORS ORCHESTRA**  
**MAGIC FLUTE IN FALL 2010**

The medical doctor, conductor and concert pianist Wolfgang Ellenberger from Buchen/Germany is founding the PDO Philharmonic Doctors Orchestra and together with Callista Janzing and Otmar Desch, they plan to perform an entire opera - The Magic Flute of Mozart - in fall 2010 after four working phases.

The PDO is open to docs (medical doctors, dentists, veterinarians, pharmacists, psychotherapists and spiritual healers) from all countries (world-wide), the registration runs over a web form at [www.PDO.name](http://www.PDO.name) and the first working phase is planned in spring 2009 in the middle of Germany.

As usual in these circles the event is for beneficial purposes - the members cover their own travel and expenses and play without a fee, so that the eventual profit can be given for charity. It is known that participants of such projects become "addicted" and never miss a project any more .....

For more information contact Wolfgang Ellenberger, president of the beneficial association DoctorsTalents.com e.V. :  
Email : [Wolfgang@Ellenberger.name](mailto:Wolfgang@Ellenberger.name)  
Cell phone : +49 (1520) 176 71 55  
Fax : +49 (1212) 5-135-05-622  
[www.Ellenberger.name](http://www.Ellenberger.name)  
[www.DoctorsTalents.com](http://www.DoctorsTalents.com)

---

**INTERNATIONAL COURT OF JUSTICE, THE HAGUE, NETHERLANDS**  
**VACANCY ANNOUNCEMENT**

Post title: Senior Medical Officer (part-time, ± 25 per cent)  
Duty Station: International Court of Justice, The Hague, Netherlands  
Vacancy Announcement Number: 2008-ICJ- REG-01  
**Deadline for applications: 15 September 2008**

*For more information see website [www.icj.cij.org](http://www.icj.cij.org), "Employment"*

## 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
- 08010 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 08012\* **BRUSSEL** : Privé medisch centrum zoekt **NEUROLOOG** en **NKO**. Tel. : 02/267.97.78. Contact : Mevr. LOPEZ.
- 08080 **FRANCE** : Agde Cap d'Agde Hérault France, suite départ à la retraite de son associé, **PEDIATRE** cherche successeur. Pas de frais d'entrée. Tél. : 00.33.4.67.26.61.13. E-mail : michel.barthes1@club-internet.fr
- 08081 **KORTRIJK** : Het Kortrijkse fusieziekenhuis AZ Groeninge is een groot ziekenhuis in Vlaanderen (1100 bedden). Zo'n 2500 medewerkers en 220 artsen uit de regio werken sedert de fusie samen aan de uitbouw van een multidisciplinaire zorg waarbij de patiënt centraal staat. De dienst neus-, keel- en oorzaken van het AZ Groeninge heeft een vacature voor een : **NEUS-, KEEL- EN OORARTS (M/V) - VOLTIJDS**. Van de kandidaat wordt volgend profiel verwacht : • erkend zijn als geneesheer-specialist in de neus-, keel- en oorzaken • bijzondere interesse hebben in de oncologische en plastische gelaat- en halsheeskunde • perfect tweetalig zijn (N/F). Wij bieden : • een associatieovereenkomst met de bestaande NKO-dienst in AZ Groeninge • de mogelijkheid om de subspecialisatie verder uit te bouwen.  
Schriftelijke sollicitatie, samen met een volledig curriculum vitae, wordt verwacht vóór 31/12/2008 en dient gericht te worden aan : • de voorzitter raad van beheer AZ Groeninge, mevr. MD. DE JAEGERE, p/a campus Onze-Lieve-Vrouw, Reepkaai 4 te 8500 Kortrijk • de algemeen directeur, dhr. J. DELEU, p/a campus Onze-Lieve-Vrouw, Reepkaai 4 te 8500 Kortrijk • de hoofdgeneesheer, dr. J. TAVEIRNE, p/a campus Sint-Niklaas, Houtmarkt 33 te 8500 Kortrijk. Verdere informatie kan bekomen worden bij dr. Ph. CLARYSSE, geneesheer-diensthoud neus-, keel-, en oorzaken, p/a campus Onze-Lieve-Vrouw, Reepkaai 4 te 8500 Kortrijk - tel. 056/23 43 53 - e-mail: philippe.clarysse@azgroeninge.be
- 08082 **FRANCE** : **URGENT** : cause changement de région du conjoint, médecin **ENDOCRINOLOGUE/ DIABÉTOLOGUE CÈDE GRACIEUSEMENT PATIENTÈLE**, tenue 29 ans, dans une S.C.M. médicale et paramédicale, située à proximité immédiate de Lille, Euralille et gare T.G.V. Activité : thyroïdologie, avec accès échographe, diabétologie, activité de pompe ambulatoire d'insuline, prise en charge de l'obésité. Accès cliniques : diabète et obésité. Contact : 00.33.6.72.90.43.71 mail : fsecourtin@free.fr
- 08088 **LUIK** : nieuw onafhankelijk medisch centrum, opening medio 2010, omgeving van Luik, bereikbaar via de snelweg, parking, centraal beheer, zoekt **GENEESHEREN-SPECIALISTEN IN ALLE DISCIPLINES**. Compleet technisch platform met uitrusting voor radiologie, kerngeneeskunde, laboratorium, operatiezaal, zwembad... Meer inlichtingen: 0486/03.86.01 - 0497/55.49.05 - mail : siroc.sprl@gmail.com

## Inhoudstafel

• Ziekenhuisperformantie (MS 7 Parijs – 11 – 13 november 2007) .....	1
• Sociaal statuut 2008.....	10
• Project voor de kwaliteitsverbetering van rectumkankerbehandeling : een Belgische primeur (Persbericht KCE – 03/07/2008) .....	11
• Multislice CT-scanners niet klaar voor de diagnose van kransslagadervernauwing (Persbericht KCE – 10/07/2008) .....	12
• Plastische chirurgie : terugbetalingscriteria onduidelijk en bescherming tegen wanpraktijken nodig (Persbericht KCE – 14/07/2008) .....	13
• Langdurig psychiatrische patiënten verblijven vaak te lang in een ziekenhuis (Persbericht KCE – 17/07/2008) .....	14
• Nomenclatuur artikelen 13 (reanimatie) en 25, § 3 (medische wachtdienst in het ziekenhuis) .....	15
• Nomenclatuur gynaecologie-verloskunde & microbiologie .....	16
• Nomenclatuur orthopedie en percutane behandelingen .....	16
• Nomenclatuur artikel 19, § 5 (radiotherapie en radiumtherapie - nucleaire geneeskunde) .....	18
• Nieuwe en gewijzigde interpretatieregels artikelen 5 en 6 (Orthodontische behandelingen) (B.S. d.d. 30.5.2008).....	19
• Nieuwe interpretatieregule artikel 29, § 1 (ontlastingsorthese) (B.S. d.d. 15.7.2008).....	20
• Opleidingscyclus Algemeen management voor geneesheren-specialisten.....	21
• Wetenschappelijke prijzen .....	22
• Wetenschappelijke vergadering .....	23
• Philharmonic Doctors Orchestra – Magic Flute in fall 2010 .....	23
• International Court of Justice, The Hague, Netherlands – vacancy announcement.....	23
• Aankondigingen .....	24