
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : F. Vandamme
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 5 / JULI 2013

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

HET EINDE VAN HET OVERLEGMODEL ARTSEN-ZIEKENFONDSEN EN DE INDUSTRIALISERING VAN DE GENEESKUNDE

Volgens de Economic Survey of Belgium 2012 van de OESO zijn er twee grote hinderpalen voor de efficiëntie van het Belgische model: het systeem van onderhandelingen en de overdreven ziekenhuisreglementering. Daarnaast stelt de studie dat we van een dekkingssysteem voor werknemers zijn geëvolueerd naar een universele en publieke dekking. Het huidige stelsel is op korte termijn onbetaalbaar. Daarom moet er worden bespaard of het systeem aangepast.

De sporen die de OESO suggereert, zijn capitatie voor de huisartsgeneeskunde en forfaitaire financiering per pathologie (DRG of APR-DRG) voor de ziekenhuizen.

Capitatie is een financieringswijze waarbij elke patiënt is ingeschreven bij een wijkgezondheidscentrum of huisarts. De patiënt is cliënt bij één enkele huisarts of wijkgezondheidscentrum. Hij verbindt zich ertoe alleen de arts of artsen te raadplegen die hem op basis van zijn inschrijving werden toegewezen. De keuzevrijheid ligt bij de inschrijving. De toegankelijkheid van de zorg is de facto beperkt, gecontroleerd en bekostigd door een aan de artsen toegekend forfait.

Het forfait per pathologie past in de economische logica van een geïndustrialiseerd ziekenhuis, waar de financiering via een werkingsbudget verloopt, en niet gebaseerd is op een dekking van de werkelijk gemaakte kosten van het ziekenhuis. Als het ziekenhuis winst wil maken op de forfaits, zal het commerciële technieken moeten toepassen en een efficiënte zorgverstrekking moeten garanderen.

In een dergelijk systeem zijn toegankelijkheid en kwaliteit van zorg ondergeschikt aan het zoeken naar winstmogelijkheden om de groei en het voortbestaan van het ziekenhuis veilig te stellen.

De toegankelijkheid is een grote troef van ons huidige systeem. Morgen zullen we er, in ons nieuwe systeem, belang bij hebben om patiënten te selecteren en over te laten brengen naar andere, veelal universitaire, ziekenhuizen. We hebben het dan over de complexe gevallen, waarvan wordt verwacht dat ze langer in het ziekenhuis zullen moeten blijven en meer middelen zullen consumeren dan in het forfait is voorzien.

De kwaliteit is in gevaar. Aangezien er winst zal moeten worden gemaakt op de forfaits, zal men de verblijfsduren en aangewende middelen willen beperken. Het voordeel daarvan is de besparing die zal kunnen ingeschreven worden in het globale gezondheidszorgbudget. Het nadeel is de kwaliteit van de zorg, die onvermijdelijk klappen zal krijgen.

Maar er is meer. Hoe moeten de artsen vergoed worden in het nieuwe all-insysteem? Volgens de OESO zetten de nomenclatuur en de tariefonderhandelingen tussen artsen en ziekenfondsen een rem op de doeltreffendheid van ons systeem. Weg dus met de nomenclatuur, aangezien er per ziektebeeld en niet meer per verstrekking (nomenclatuur van de verstrekkingen) wordt gewerkt.

Een tarief voor de artsen op basis van de DRG ligt dan voor de hand. Dat zou een aan de artsen gegarandeerd tarief zijn, dat al dan niet samenhangt met een volume van pathologieën. Aangezien we het werkrooster van de artsen in het ziekenhuis kennen, kunnen we dat tarief haast gelijkstellen met een salaris. Een andere mogelijkheid is dat het tarief volledig wordt geliberaliseerd. De ziekenhuisbeheerder komt in dat geval een tarief overeen met de arts. In dat verband wijzen we er echter op dat er voor het ziekenhuispersoneel CAO's gelden. De enige twee bronnen waaruit de ziekenhuisbeheerder kan putten om winst te maken, zijn de artsen en de reeds geforfaitariseerde ziekenhuisapotheek. Het spreekt voor zich dat de arts in dat scenario de boodschap zal krijgen om niet meer te presteren dan nodig, en zal worden aangespoord om het gebruik van de door het ziekenhuisbudget te financieren middelen te beperken. Daarom, zo zegt de OESO, zijn er kwaliteitsindicatoren nodig en moeten er systemen worden opgezet die de toegang tot de zorg en de kwaliteit waarborgen.

Als er moet bespaard worden, heeft men dan al een raming gemaakt van de administratieve kosten voor de registratie en analyse van de indicatoren, en de invoering van corrigerende systemen? Alle landen met een all-insysteem hebben een toename van de administratieve kosten vastgesteld. Men kan zich een geliberaliseerd systeem voorstellen waarin verzekeraars contracten afsluiten met ziekenhuizen, waar de artsenvergoedingen al dan niet bij inbegrepen zijn. Ook daar nemen de administratieve kosten toe, maar men vergeet één ding: verzekeringsinstellingen zijn geen liefdadigheidsorganisaties. Zij willen winst maken, en die winst hangt af van het aantal aangeslotenen. Dat is de tragedie van het Amerikaanse systeem, waarin marketinguitgaven en verzekeringskosten goed zijn voor ongeveer een derde van het Amerikaanse gezondheidszorgbudget.

Hoe moeten we dit aanpakken? De nomenclatuur behouden, maar hervormen? Een van de pistes bestaat erin het aandeel van 40 à 50 % van de ziekenhuisfinanciering dat van de medische honoraria komt, eruit te halen. Dat zou de arts een zuiver honorarium opleveren. Maar laten we pragmatisch zijn. Als de artsen de ziekenhuizen niet meer financieren via hun honoraria, loert het gevaar om de hoek dat de beheerders eigenmachtig over de investeringen zullen beslissen en dus de uitoefening van de geneeskunde in hun ziekenhuizen zullen bepalen door investeringskeuzes te maken over medische apparatuur.

De slotsom van dit hele verhaal is dat de geneeskunde die steunt op een vertrouwelijke arts-patiëntrelatie wordt opgeofferd voor de zoektocht naar winst en de selectie van patiënten. Dat heet dan de industrialisering van de zorg. Het meest verontrustende aan deze situatie is echter het gebrek aan kennis van de patiënten over dit verlies aan kwaliteit en toegankelijkheid. Wanneer zal het publiek correct worden geïnformeerd? Het zal niet langer de simpele verhalen blijven slikken waarin de artsen als overconsumeerders van nutteloze acts worden afgeschilderd. Er zal bespaard worden, dat staat vast, maar ten koste van de universele toegang tot de zorg en de kwaliteit. Per slot van rekening is het onze gezondheid die bedreigd wordt.

**EEN VERHAAL VAN TRANSPARANTIE NIETS DAN TRANSPARANTIE
OF HOE DE EUROPESE RICHTLIJN BETREFFENDE DE TOEPASSING
VAN DE RECHTEN VAN PATIËNTEN BIJ GRENDOVERSCHRIJDENDE
GEZONDHEIDSZORG MISBRUIKEN**

Artikel 4 van de Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en van de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg legt de lidstaten verplichting op om toe te zien dat de zorgaanbieders de individuele patiënt voorafgaand aan de verstrekking alle relevante informatie verstrekken ten einde hem toe te laten om met kennis van zaken een beslissing te nemen. Deze informatie houdt ondermeer in dat duidelijke facturen moet opgesteld worden en informatie moet bevatten over de prijzen. Deze Europese richtlijn verplicht de zorgverstrekkers echter niet om aan patiënten uit een andere lidstaat uitgebreider informatie te verstrekken dan deze die verstrekt wordt aan de patiënten van de lidstaat zelf. In het kader van de wet op de patiëntenrechten wordt in België reeds een informatieplicht opgelegd aan de zorgverstrekkers. Het is legitiem dat de wetgever optreedt om sommige modaliteiten van deze informatieplicht ook met betrekking tot de financiële implicaties ten opzicht van de patiënt nader te specificeren. Het is echter niet legitiem dat deze

informatieplicht verplichtend uitgebreid wordt tot de verzekeringsinstellingen via het attest van verstrekte zorgen dat in essentie tot doel heeft om de terugbetaling van de gezondheidszorgen te verzekeren. Het ge(mis)bruik van het attest voor verstrekte zorgen voor andere doeleinden dat de terugbetaling van de verstrekte zorgen moet verworpen worden.

Een voorontwerp van wet houdende diverse bepalingen inzake de gezondheidszorg toegankelijkheid werd voorgelegd aan het Verzekeringscomité in de nota CGV nr. 2013/212.¹ Bij lezing van het voorontwerp van wet is het duidelijk dat de pen van de auteur(s) in zeer grote mate werd geïnspireerd door de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen die de voorbije maanden verschillende keren hun ongenoegen hebben laten blijken over het feit dat zij niet systematisch ingelicht worden omtrent het effectief door de patiënt betaalde honorarium, weze het omdat de patiënt zelf het fiscale strookje gehecht aan het attest van verstrekte zorgen had afgescheurd, weze het omdat de reglementering voor de verstrekkingen uitgevoerd door een zorgverstrekker die zijn activiteit uitvoert via een vennootschap geen fiscale strookje voorziet. Door sommige verzekeringsinstellingen werden bij de patiënten dan ook een nogal agressieve enquête uitgevoerd om het "effectief" betaalde bedrag te kennen waarbij de teneur van de vraagstelling liet uitschijnen dat door patiënt geraadpleegde zorgverstrekkers het niet zou nauw nam met zijn fiscale verplichtingen.

Indien het voorontwerp van wet ongewijzigd wordt goedgekeurd door het Parlement wordt de vertrouwensrelatie arts-patiënt te grabbel gegooid. In die zin dat via het getuigschrift van verstrekte zorgen aan de verzekeringsinstellingen gegevens moeten worden opgenomen zelfs van prestaties en behandelingen die geen aanleiding geven tot een terugbetaling door de ziekteverzekering. Het attest van verstrekte zorgen heeft enkel tot doel om aan de verzekeringsinstellingen toe te laten de terugbetaling van de verstrekte zorgen te kunnen organiseren.

Het voorontwerp van wet induceert bovendien een discriminatie naargelang de arts al dan niet is toegetreden tot het akkoord. Bijna 80 % van de artsen-specialisten zijn toegetreden tot het akkoord 2013/2014 niettegenstaande de besparingen die de voorbije jaren in de gezondheidszorgen werden gerealiseerd. 20 % van de specialisten hebben ervoor gekozen om niet toe te treden tot het akkoord en om de vrijheid te behouden om binnen de wettelijke beperkingen vrije honoraria te kunnen vragen zoals het alle burgers die een vrij beroep uitoefenen. Dit percentage is blijkbaar nog een doorn in het oog van onze beleidsvoerders. Er wordt een principiële verbod tot het vragen van voorschotten aan de patiënt ingelast tenzij het akkoord artsen-ziekenfondsen daar een specifieke regeling over bevat en dan alleen maar geldig voor geconventioneerde artsen. Aan de niet-geconventioneerde artsen die buiten een ziekenhuis werken wordt het recht ontzegd om aan de patiënten een voorschot te vragen ongeacht of de geplande ingreep al dan niet aanleiding geeft tot een terugbetaling door de ziekteverzekering. Op deze manier heeft de niet-geconventioneerde arts minder rechten dan de geconventioneerde artsen. Nochtans moeten zowel de geconventioneerde als de niet-geconventioneerde artsen hun personeels- en infrastructuurkosten betalen wanneer een patiënt bij een geplande afspraak niet komt opdagen.

Het VBS zal u tijdig op de hoogte houden van de verdere ontwikkelingen in dit dossier.

**LONGFUNCTIEONDERZOEKEN:
BRIEF VAN DE BEROEPSVERENIGING VOOR BELGISCHE LONGARTSEN
AAN ARTSENKRANT**

AK 7 juni 2013 rapporteert omtrent het jaarverslag DGEC en Dr. Hepp. Zonder twijfel heeft een controle op de correcte toepassing van de nomenclatuur zin; en zonder twijfel is een grotere winst te verwachten uit een preventief karakter dan uit teruggevorderde financiën zélf.

Omtrent de longfunctie zijn toch enkele kanttekeningen zinvol, want de beschuldiging aan de longartsen gaat toch wat te ver, en heeft soms iets van een hetze.

¹ [U kunt kennis nemen van dit voorontwerp van wet via de link hieronder.](#)

De perceptie dat er teveel longfunctieonderzoeken gebeuren diende blijkbaar door een studie van het Kenniscentrum KCE gestaafd te worden; in de periode 1995 tot 2004 steeg het aantal longfunctietesten met 18%; in haar tekst sprak het KCE van toename met één vijfde, maar in haar persbericht en aanbeveling was er sprake van 'bijna verdubbeling', een wellicht voorafgeschreven conclusie... Ondertussen blijkt dat in 2010 en 2011 het aantal longfunctietests exact hetzelfde is als in 2001; de kost steeg alleen mee met de indexering, +10%, terwijl ze voor heelkunde, radiologie, algemene verstrekkingen, administratieve kosten mutualiteiten met 50% steeg... Een voortreffelijk traject dat erkentelijkheid verdient in plaats van voortgezette verdachtmaking; als alle prestatie zo stabiel bleven...

Dat longfunctie overmatig toeneemt is dus niet correct, en evenmin de veronderstelling dat maximaal 3 longfunctietesten volstaan; die these staat ook niet alsdusdanig te lezen in het KCE rapport... Geen Nationale of Internationale richtlijn gaat van die veronderstelling uit. Elke test meet een ander fysiologische grootheid van longfunctie, en de testen vullen elkaar aan. Mee als gevolg van overleg met de DGEC en Dr. Hepp -na het aanschrijven van de pneumologen in 2009- werd ondertussen de Belgian Pulmonary Function Study BPFS afgerond, die naging welke het additioneel effect is van bijkomende tests bovenop anamnese en spirometrie bij 1000 consecutieve patiënten die zich voor het eerst bij de pneumoloog aanboden; in die BPFS die ondertussen ter publicatie is ingestuurd wordt statistisch én klinisch significant aangetoond dat élk van de 3 bijkomende tests de differentieel diagnose verder vernauwt en de diagnostische accuraatheid doet toenemen. Bij zoverre dat 4 tests vaak de standaard moeten zijn bij diagnostiek.

In follow-up is het *systematisch* aanwenden van 4 tests niet accuraat: het KCE en de DGEC hebben daar terecht op gewezen... Maar hoe verbreid is die 'gewoonte'?

In 2004 (KCE rapport) waren 48 % van de zittingen samengesteld uit 4 testen; in 2010 was dat volgens de Riziv-administratie gedaald naar 38%; de meerderheid van de zittingen zijn dus 3 testen of minder. Een grote Mutualiteit toonde in 2010 aan dat bij een eerste contact bij de longarts 37% van de patiënten longfunctieonderzoek krijgt; 6% krijgt in het vervolg nog eens een combinatie van 3 of meer testen... De meerderheid van testen is volgens die gegevens evident uitgevoerd bij nieuwe diagnostische patiënten...

Terwijl de conclusie van het KCE 'dat in 10 jaar tijd het aantal longfunctietests bijna verdubbeld is' als voorbeeld kan gelden van frauduleuze conclusie – niet alleen academici laten zich tot wetenschappelijke fraude verleiden- had het KCE nog een 2^e conclusie van twijfelachtige wetenschappelijkheid geformuleerd: 'vaak worden 4 testen verricht om pecuniaire redenen'; die hypothese werd opgediend tussen gegevens die daar géén bewijs voor leverden, louter gebruik makend van "een wetenschappelijk aureool". De evolutie van het aantal zittingen met 4-testen bewijst ondertussen het tegendeel.

	Aantal testen In miljoen	kost in milj Euro	kost tov 2001
2001	1.66	48.6	
2008	1.75	56.2	+15%
2009	1.69	56	+15
2010	1.59	53	+9%

=!verminderde terugbetaling weerstand

De kost van heelkunde, radiologie, algemene verstrekkingen, administratie mutualiteiten stijgt van 2001 naar 2010 met 50%

Ondertussen is in de officiële overlegorganen TGR en Medicomut ruim toegegeven dat het longfunctietraject voortreffelijk is, dat er geen veralgemeend misbruik bestaat, en is het voorstel aanvaard dat de longartsen zelf formuleerden – de DGEC en het KCE op dat punt tegemoetkomend- om een beperkt gebruik van testen in follow-up bij astma en copd te consolideren dmv toepassingsregels... Maar misschien is de doorstroom van gegevens van de TGR naar de DGEC niet zo goed...

Op de websites van de verenigingen kan de argumentatie die op de TGR (Technisch Geneeskundige Raad) werd aangehaald gelezen worden, net als de evolutie van de longfunctieteksten en het begeleidend kader...

Prof. Dr. Marc Decramer
 Prof. Dr. Renaud Louis
 Dr. Jan Lamont
 Prof. Dr. Vincent Ninane
 Dr. Dirk Van Renterghem

Namens de Belgische Vereniging Pneumologie (<http://www.bvp-sbp.org/>) en de Beroepsvereniging voor Belgische Longartsen (http://www.vbs-gbs.be/verenigingen/v_pp/index.asp)

Symposium
Belgische Beroepsvereniging voor ORL, Hoofd- en Halschirurgie
"ORL PRO 2013"
21.09.2013

8.00-8.30	Onthaal	
8.30-9.00	Analyse van de professionele situatie in ORL	Dr. T. Robillard – Dr. P. Lemkens
9.00-9.30	Het magistrale voorschrift vandaag	Ap. R. Nottet, Medisch Farmaceutische Kwaliteitszorg (MFK)
9.30-10.00	Welke vergoedbare geneesmiddelen schrijven NKO-artsen voor? Wat met voorschrift op stofnaam?	Dr. M. Van de Castelee, Directie Farmaceutisch Beleid RIZIV
10.00-10.15	Koffiepauze	
10.15-10.45	Het elektronisch ziekenhuisvoorschrift	Ap. J.-D. Hecq, Hoofdapotheeker UCL Mont-Godinne
10.45-11.15	eHealth: stand van zaken en toekomstperspectieven	Dhr. F. Robben, Administrateur-Generaal Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) en eHealth-platform
11.15-11.45	Interactieve vragen en antwoorden	
11.45-12.00	Take Home Message	Dr. T. Robillard – Dr. F. Indestege
12.00-...	Sluiting	

<u>Plaats</u> Best Western Hotel E40 Brussel-Oostende 1702 Groot-Bijgaarden	<u>Inlichtingen en inschrijvingen</u> VBS Raf Denayer Kroonlaan 20 – 1050 Brussel Tel.: 02/649.21.47 – Fax: 02/649.26.90 e-mail: raf@vbs-gbs.org
---	---



RIZIV-nr.: **Adres:**

Naam: **Postcode:**

Voornaam: **Gemeente:**

Specialisme: **E-mail:**

Ik zal deelnemen aan het symposium van 21.09.2013 en stort het bedrag van:

- | | |
|--------------------|---------------------------------|
| Leden | <input type="checkbox"/> € 20 |
| Niet-leden | <input type="checkbox"/> € 80 |
| Assistenten VA-NKO | <input type="checkbox"/> Gratis |

op rekening IBAN: BE95 0000 0607 8058 (BIC: BPOT BE B1) van de Beroepsvereniging ORL met vermelding van de naam van de deelnemer, RIZIV-nummer en "Symposium ORL"

Handtekening:

Symposium
Beroepsvereniging der Belgische chirurgen – UEMS Section of Surgery
The European Symposium
THE FUTURE OF SURGERY IN EUROPE
20.09.2013

09.30	Registration	
10.00	Introduction	Prof. Dr. V. Papalois Dr. J. Weerts - Prof. Dr. J. Gruwez
10.15	The Medical Specialist in future health-care	Dr. M. Moens
10.30	The Future of Hospitals in Integrated Care	Dr. J. Van Emelen
10.45	Is there a role for Professional Organisations?	Prof. Dr. R. Krajewski
11.00	Discussion	
11.15	Coffee break	
11.35	Key note lecture: eHealth, HTA and European Reference Networks	Dr. T. Piha
11.55	The future of financing of hospital healthcare, the tendency in Europe	Prof. Dr. M. Pirson - Dr M. Czarka
12.10	Demography! How to cope with a possible disaster in the future?	Prof. Dr. H.P. Bruch
12.25	Discussion	
12.40	Lunch	
13.40	Prospects for Robotic Surgery	Prof. Dr. A. Mottrie
13.55	The Evolution of Gastro-Intestinal Surgery	Prof. Dr. A. Dhoore
14.10	Discussion	
14.25	Technical Skill Centers	Prof. Dr. A. Bergenfelz
14.40	The future of the surgical profession in Europe: our greatest challenge-our finest hour	Prof. Dr. V. Papalois
14.55-15.10	Discussion + Farewell drink	

Accreditation:

An application in ethics and economics has been made for Belgian doctors

<p>Location Sheraton Brussels Hotel Place Rogierplein 3 / 1210 Brussels</p>	<p>Contact VBS-GBS / Raf Denayer ☎ 02/649.21.47 – 📠 02/649.26.90 e-mail: raf@vbs-gbs.org // http://www.vbs-gbs.org</p>
--	--

✂ -----

RIZIV/INAMI nr.: (Only for Belgian participants).....

Name: **First name:**

Address:

Postal code: **Town:**

E-mail:

**I will attend the symposium on 20.09.2013 and deposit the amount of 25 euro on account
 IBAN BE11 3850 2147 4348 (BIC: BBRU BE BB) of the Belgian Professional Surgical Association
 stating my name and 'European Symposium'**

Signature:

WET VAN 23 MEI 2013 TOT REGELING VAN DE VEREISTE KWALIFICATIES OM INGREPEN VAN NIET-HEELKUNDIGE ESTHETISCHE GENEESKUNDE EN ESTHETISCHE HEELKUNDE UIT TE VOEREN (B.S. d.d. 02.07.2013)

HOOFDSTUK 1. - Algemene bepaling

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2. - Definities

Art. 2. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

1° niet-heelkundige esthetische geneeskunde : elke niet-heelkundige technische medische ingreep door middel van om het even welk instrument, chemische stof of hulpmiddel met om het even welke energievorm doorheen de huid of de slijmvliezen waarbij, zonder enig therapeutisch of reconstructief doel, vooral beoogd wordt het lichaamsuiterlijk van een patiënt om esthetische redenen te veranderen. De hulpmiddelen die om het even welke energievorm gebruiken omvatten de hulpmiddelen die een laser van klasse 4 en hoger of fel pulserend licht gebruiken;

2° esthetische heelkunde : elke heelkundige ingreep waarbij, zonder enig therapeutisch of reconstructief doel, vooral beoogd wordt het lichaamsuiterlijk van een patiënt om esthetische redenen te veranderen;

3° liposuctie : heelkundige ingreep waarbij vetophoppingen worden weggezogen;

4° lipofilling : heelkundige ingreep waarbij vet wordt ingespoten;

5° dermabrasie : heelkundige ingreep waarbij de opperhuid of de bovenlagen van de lederhuid wordt afgeschuurd.

HOOFDSTUK 3. - Toepassingsgebied

Art. 3. Alleen de in deze wet bedoelde beroepsbeoefenaars zijn bevoegd om esthetische heelkunde of niet-heelkundige esthetische geneeskunde uit te voeren, en alleen binnen de in deze wet vastgelegde bevoegdverklaring.

HOOFDSTUK 4. - Geneeskunde en patiëntenrechten

Art. 4. In artikel 1bis, 3°, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, ingevoegd bij de wet van 19 december 2008, worden de woorden : « of om de patiënt bij het sterven te begeleiden » vervangen door de woorden « , om het uiterlijk van een patiënt om voornamelijk esthetische redenen te veranderen of om de patiënt bij het sterven te begeleiden ».

Art. 5. Artikel 2, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit, gewijzigd bij de wet van 13 december 2006, wordt aangevuld met twee leden, luidende :

« Eveneens een onwettige uitoefening van de geneeskunde is het gewoonlijk verrichten door een persoon die niet aan alle in het eerste lid bedoelde voorwaarden beantwoordt, ten aanzien van een mens, van elke medische technische ingreep doorheen de huid of de slijmvliezen en waarbij, zonder enig therapeutisch of reconstructief doel, vooral beoogd wordt het uiterlijk van de patiënt om esthetische redenen te veranderen.

De Koning kan, overeenkomstig artikel 46ter, de in het vierde lid bedoelde ingrepen nader omschrijven. »

Art. 6. In hetzelfde koninklijk besluit wordt een artikel 46ter ingevoegd, luidende :

« Art. 46ter. De Koning kan, na advies van de Raad voor Medische Esthetiek, de in artikel 2, 1° en 2°, van de wet van ... tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetisch geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren bedoelde niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige of esthetisch-heelkundige ingrepen nader omschrijven. »

Art. 7. Artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 september 2006, wordt aangevuld met de woorden « geneesheer specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde ».

Art. 8. In artikel 2, 2°, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt worden de woorden « of om de patiënt bij het sterven te begeleiden » vervangen door de woorden « , om het uiterlijk van een patiënt om voornamelijk esthetische redenen te veranderen of om de patiënt bij het sterven te begeleiden ».

HOOFDSTUK 5. - Bevoegdheden

Art. 9. Alleen de in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, hierna genoemd « het koninklijk besluit van 25 november 1991 », bedoelde houders van een bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde

of van geneesheer specialist in de heelkunde zijn bevoegd om het geheel van de niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige en esthetisch-heelkundige ingrepen uit te voeren.

Art. 10. § 1. De houders van de in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 bedoelde bijzondere beroepstitel van geneesheer specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde zijn bevoegd om het geheel van de niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingrepen uit te voeren, met uitzondering van intramammaire inspuitingen.

§ 2. De houders van de in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 bedoelde bijzondere beroepstitel van geneesheer specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde zijn eveneens bevoegd om de volgende esthetisch-heelkundige ingrepen uit te voeren :

1° haartransplantatie;

2° lipofilling van alle lichaamsdelen met uitzondering van de borststreek, met een maximum van 10 milliliter ingespoten vloeistof per ingreep;

§ 3. De Koning kan, na advies van de Raad voor Medische Esthetiek, de in paragraaf 2 bedoelde ingrepen nader omschrijven.

Art. 11. § 1. De houders van de in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 bedoelde bijzondere beroepstitel van geneesheer specialist in de dermato-venereologie zijn bevoegd om alle niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingrepen uit te voeren, met uitzondering van intramammaire inspuitingen.

§ 2. De houders van de in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 bedoelde bijzondere beroepstitel van geneesheer specialist in de dermato-venereologie zijn eveneens bevoegd om de volgende esthetisch-heelkundige ingrepen uit te voeren :

1° haartransplantatie;

2° dermabrasie;

3° liposuctie, met per ingreep een maximum van één liter weggezogen materie, infiltratievloeistof inbegrepen;

4° lipofilling van alle lichaamsdelen, met uitzondering van de borststreek.

§ 3. De Koning kan, na advies van de Raad voor Medische Esthetiek, de in paragraaf 2 bedoelde ingrepen nader omschrijven.

Art. 12. De houders van de in het koninklijk besluit van 25 november 1991 bedoelde bijzondere beroepstitels van geneesheer specialist, hieronder opgesomd, zijn bevoegd om alle esthetisch-heelkundige of niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingrepen uit te voeren, eenieder binnen de perken van het anatomisch kader van zijn specialisme, zoals hierna vastgelegd :

1° geneesheer specialist in de oftalmologie : de orbitopalpebrale regio;

2° geneesheer specialist in de stomatologie; de lippen en de orale regio;

3° geneesheer specialist in de otorhinolaryngologie : de oorschelp en nasale regio;

4° geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde : borstklier, buikwandregio en vrouwelijke geslachtsorganen;

5° geneesheer-specialist in de urologie : mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen;

6° geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie : gezicht en nek.

Art. 13. De geneesheren die houder zijn van de beroepstitel van huisarts als bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 en die een opleiding volgen die leidt tot de beroepstitel van geneesheer-specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde als bedoeld in artikel 1 van hetzelfde koninklijk besluit, mogen de huisartsgeneeskunde voort uitoefenen tijdens hun opleiding, alsook gedurende de twee jaren na het verkrijgen van voornoemde beroepstitel van geneesheer-specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde.

Art. 14. De houders van een van de in artikel 3 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 bedoelde bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de houders van een wettelijk diploma van licentiaat in de tandheelkunde zijn bevoegd om alle esthetisch-heelkundige of niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingrepen in de intra-orale regio uit te voeren.

Art. 15. De schoonheidsspecialisten die over de door de Koning bepaalde beroepsbekwaamheden beschikken zijn bevoegd om de epilatietechnieken met een laser van klasse 4 of met fel pulserend licht aan te wenden, indien zij een door de Koning bepaalde opleiding hebben gevolgd.

Door die opleiding beschikken de bedoelde schoonheidsspecialisten over de minimale praktische en theoretische kennis inzake de gevaren die met het gebruik van lasers van klasse 4 en van fel pulserend licht gepaard gaan, en inzake de gebruiksvoorzorgen van die technieken.

De Koning kan bovendien, voor de aanwending van een in het eerste lid bedoelde techniek, de voorafgaande raadpleging opleggen van een in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de gezondheidszorgberoepen bedoelde gezondheidszorgberoepsbeoefenaar.

Art. 16. Onverminderd de toepassing van het ministerieel besluit van 30 april 1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemesters en stagediensten, zijn de geneesheren in opleiding voor een van de in de artikelen 9 tot 12 bedoelde bijzondere beroepstitels bevoegd om dezelfde ingrepen uit te voeren als de houders van de bijzondere beroepstitel van dat specialisme onder de toezichtsvoorwaarden waarin de wetgeving betreffende de opleiding van geneesheren in opleiding voor een bijzondere beroepstitel voorziet.

Art. 17. Niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige of esthetisch-heelkundige ingrepen mogen bij een minderjarige alleen worden uitgevoerd mits schriftelijk akkoord van de wettelijke vertegenwoordiger of vertegenwoordigers van de minderjarige.

Over elke niet-heelkundige esthetisch- geneeskundige of esthetisch-heelkundige ingreep die bij een minderjarige wordt uitgevoerd, vindt er vooraf overleg plaats tussen de minderjarige, zijn wettelijke vertegenwoordiger of vertegenwoordigers en een geneesheer specialist in de psychiatrie of een psycholoog. Van dat overleg wordt een schriftelijk verslag opgemaakt dat deel uitmaakt van het medisch dossier van de minderjarige patiënt.

HOOFDSTUK 6. - *Informatie en instemming*

Art. 18. § 1. Voorafgaand aan elke esthetisch-heelkundige of niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingreep verstrekt de verantwoordelijke beoefenaar de patiënt en, in voorkomend geval, zijn wettelijke vertegenwoordiger of vertegenwoordigers de volgende inlichtingen :

1° de technieken en de omstandigheden waaronder de ingreep zal worden uitgevoerd;

2° de zwaarste potentiële risico's en de eventuele zwaarste gevolgen en verwickelingen;

3° het soort ingeplante materiaal of ingespoten product, met inbegrip van zijn benaming en eigenschappen (volume, afmetingen, hoeveelheid);

4° de gegevens van de producent en, in voorkomend geval, van de invoerder van het ingeplante materiaal of ingespoten product;

5° de identiteit en de beroepstitel van de beoefenaar of beoefenaars die de geplande ingreep zullen uitvoeren;

6° een gedetailleerde raming van de kosten indien het bedrag van de met de geplande ingreep verbonden kosten op meer dan 1.000 euro wordt geraamd. Dat bedrag wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd volgens de volgende indexformule : basisbedrag x nieuwe gezondheidsindex/ basisgezondheidsindex. De basisgezondheidsindex is die welke op 31 december 2012 van kracht is. De nieuwe index is die welke achtereenvolgens op 31 december van elk jaar zal gelden.

§ 2. Voor elke esthetisch-heelkundige ingreep verstrekt de verantwoordelijke beoefenaar de in paragraaf 1 bedoelde inlichtingen aan de patiënt tijdens een voorafgaande raadpleging.

§ 3. Van de in paragraaf 1 bedoelde inlichtingen wordt een schriftelijk verslag opgemaakt dat wordt gedateerd en door de patiënt of, in voorkomend geval, zijn wettelijke vertegenwoordiger of vertegenwoordigers en de betrokken beoefenaars wordt ondertekend. Dit verslag maakt deel uit van het medisch dossier van de patiënt.

Wanneer in verband met de gebruikte techniek en het gebruikte product verscheidene identieke handelingen worden gesteld die deel uitmaken van een zelfde behandeling, dan volstaat het de in paragraaf 1 bedoelde inlichtingen op te nemen in een enig schriftelijk verslag, als bedoeld in het vorige lid.

§ 4. De tekst van dit artikel wordt in het in paragraaf 3 bedoelde verslag weergegeven.

§ 5. De in paragraaf 1 bedoelde inlichtingen worden aan de patiënt en, in voorkomend geval, aan zijn wettelijke vertegenwoordiger of vertegenwoordigers meegedeeld, onverminderd andere inlichtingen die krachtens andere bepalingen moeten worden meegedeeld of ongeacht nadere regels volgens welke deze inlichtingen moeten worden meegedeeld of bewaard.

Art. 19. De ondertekening van het in artikel 18, § 3, eerste lid, bedoelde verslag door de partijen doet de in artikel 20 bedoelde termijn ingaan.

Art. 20. Voor elke esthetisch-heelkundige ingreep loopt tussen de ondertekening van het in artikel 18, § 3, eerste lid, bedoelde verslag en de geplande ingreep een termijn van minstens vijftien dagen.

In die periode mag de beoefenaar voor die ingreep geen enkele tegenprestatie of financieel engagement vragen of ontvangen, behalve de erelonen voor de raadplegingen die aan de ingreep voorafgaan.

HOOFDSTUK 7. - *Strafbepalingen*

Art. 21. Onverminderd de toepassing van de door het Strafwetboek bepaalde straffen alsook, in voorkomend geval, de toepassing van tuchtstraffen, wordt gestraft met gevangenisstraf van een maand tot

een jaar en met geldboete van tweehonderd vijftig euro tot tienduizend euro of met een van die straffen alleen, de geneesheer of de tandarts die de artikelen 9 tot 16 overtreedt door gewoonlijk een esthetisch-heelkundige of niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingreep uit te voeren zonder daarvoor overeenkomstig deze wet bevoegd te zijn.

Art. 22. Onverminderd de toepassing van de door het Strafwetboek bepaalde straffen alsook, in voorkomend geval, de toepassing van tuchtstraffen, wordt de in deze wet bedoelde beoefenaar die artikel 17, 18 of 20 overtreedt, bestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met geldboete van tweehonderdvijftig euro tot vijfduizend euro of met een van die straffen alleen.

HOOFDSTUK 8. - *Raad voor Medische Esthetiek*

Art. 23. Er wordt een Raad voor Medische Esthetiek opgericht.

De Koning bepaalt de samenstelling en de werking van die Raad. De Raad bestaat uit houders van het diploma geneeskunde en is voor de helft samengesteld uit houders van de in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 bedoelde bijzondere beroepstitel van geneesheer specialist in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde. De Raad bestaat ook uit houders van de bijzondere beroepstitel van geneesheer specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde en houders van de bijzondere beroepstitel van geneesheer specialist in de dermato-venereologie.

HOOFDSTUK 9. - *Overgangsmatregelen*

Art. 24. § 1. Een periode van minstens drie jaar waarin de niet-heelkundige esthetische geneeskunde voltijds of voor een gelijkwaardige duur deeltijds werd beoefend, kan worden aanvaard als zijnde geldig voor heel of een deel van de opleiding tot de bijzondere beroepstitel geneesheer specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde. De aanvraag moet binnen een termijn van twee jaar na de inwerkingtreding van artikel 10 worden ingediend.

§ 2. Houders van een master in de geneeskunde of gelijkwaardig die kunnen aantonen dat zij op de dag van de inwerkingtreding van dit artikel over een rechtmatige praktijkervaring inzake niet-heelkundige esthetische geneeskunde van meer dan vijf jaar beschikken, zijn bevoegd om de niet-heelkundige esthetische geneeskunde uit te oefenen.

De aanvraag tot bevoegdverklaring moet binnen een termijn van een jaar na de inwerkingtreding van dit artikel worden ingediend.

Tijdens die termijn blijven de houders van een master in de geneeskunde of gelijkwaardig die kunnen aantonen dat zij op de dag van de inwerkingtreding van dit artikel over een regelmatige praktijkervaring inzake niet-heelkundige esthetische geneeskunde van meer dan vijf jaar beschikken, bevoegd om de niet-heelkundige esthetische geneeskunde uit te oefenen.

§ 3. Houders van een master in de geneeskunde of gelijkwaardig die, op de dag van de inwerkingtreding van dit artikel, kunnen aantonen dat zij over een regelmatige praktijkervaring inzake liposuctie van meer dan vijf jaar beschikken, zijn bevoegd om die ingreep uit te voeren met een maximum, per ingreep, van één liter weggezogen materie, infiltratievloeistof inbegrepen. De aanvraag tot bevoegdverklaring moet binnen een termijn van een jaar na de inwerkingtreding van dit artikel worden ingediend. Tijdens die termijn blijven de houders van een master in de geneeskunde of gelijkwaardig die kunnen aantonen dat zij op de dag van de inwerkingtreding van dit artikel over een regelmatige praktijkervaring inzake liposuctie van meer dan vijf jaar beschikken, bevoegd om die ingreep uit te voeren met een maximum, per ingreep, van één liter weggezogen materie, infiltratievloeistof inbegrepen.

§ 4. De in de paragrafen 1, 2 en 3 bedoelde aanvragen worden behandeld volgens de procedure die van toepassing is op de erkenningsaanvragen voor de bijzondere beroepstitel van geneesheer specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde.

§ 5. Zolang de in artikel 15, § 1, bedoelde opleiding niet door de Koning is vastgesteld, zonder dat deze periode de duur van een jaar na de inwerkingtreding van dit artikel mag overschrijden, wordt de opleidingsvereiste vervangen door een verklaring op eer van de betrokken schoonheidsspecialist waarbij deze verklaart dat hij over de nodige bekwaamheden beschikt om de epilatietechnieken met laser van klasse 4 of met behulp van fel pulserend licht te gebruiken.

§ 6. Zolang artikel 10 niet in werking is getreden, zijn de houders van een master in de geneeskunde of gelijkwaardig bevoegd om alle niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingrepen en de in artikel 10, § 2, bedoelde esthetisch-heelkundige ingrepen uit te voeren.

HOOFDSTUK 10. - *Inwerkingtreding*

Art. 25. Artikel 10 treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum en uiterlijk op 1 september 2014.

NIEUWE INTERPRETATIEREGEL: ARTIKEL 13 (Reanimatie)

INTERPRETATIEREGEL 03 (in voege d.d. 01.12.2012) (B.S. d.d. 10.06.2013 – p. 36321)

VRAAG

Onder welke rangnummer moet een dialyse voor acute nierinsufficiëntie die uitgevoerd wordt in eenheid voor de behandeling van zware brandwonden (dienstcode 290) aangerekend worden ?

ANTWOORD

Extrarenale zuivering, verricht wegens acute nierinsufficiëntie uitgevoerd in een eenheid voor de behandeling van zware brandwonden (dienstcode 290) moet aangerekend worden met het rangnummer 470466.

**NIEUWE INTERPRETATIEREGELS
ARTIKEL 17quater - Echografieën**

INTERPRETATIEREGEL 02 (in voege d.d. 01.02.2011) (B.S. d.d. 10.06.2013 – p. 36320)

VRAAG

Door welke artsen kunnen de verstrekkingen van artikel 17quater, § 1, die niet vermeld zijn in de lijsten van artikel 17quater, § 3, worden aangerekend ?

ANTWOORD

De verstrekkingen die niet zijn toegewezen aan bepaalde specialismen vallen onder het algemeen opschrift van artikel 17quater, § 1 : Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaliging van geneesheer-specialist (B), met uitzondering van de geneesheer-specialist in röntgendiagnose (R) vereist is.

Deze verstrekkingen mogen dus door elke geneesheer-specialist aangerekend worden, met uitzondering van de geneesheer-specialist in röntgendiagnose.

INTERPRETATIEREGEL 03 (in voege d.d. 01.04.2003) (B.S. d.d. 10.06.2013 – p. 36321)

VRAAG

Hoe te bepalen of de geneesheren al dan niet « gewoonlijk op een georganiseerde wijze samenwerken » ?

ANTWOORD

In het kader van de cardiale echografie moeten de termen « gewoonlijk op een georganiseerde wijze samenwerken » in die zin worden begrepen dat geneesheer-specialisten, die werkzaam zijn in hetzelfde ziekenhuis en/of in eenzelfde privé groepspraktijk, worden beschouwd als « gewoonlijk op een georganiseerde wijze » samen te werken.

**NIEUWE INTERPRETATIEREGEL
ARTIKEL 20, § 1, f) (Neuropsychiatrie)**

INTERPRETATIEREGEL 05 (in voege d.d. 25.06.2013) (B.S. d.d. 25.06.2013 – p. 40483)

VRAAG

Kan de verstrekking 477131-477142 * Elektro-encefalografisch onderzoek met verslag K 58,5 meer dan éénmaal per jaar vergoed worden wanneer ze voor een opgenomen patiënt in een dienst NIC wordt uitgevoerd ?

ANTWOORD

De verstrekking 477131-477142 * Elektro-encefalografisch onderzoek met verslag K 58,5 kan meer dan éénmaal per jaar vergoed worden wanneer ze voor een opgenomen patiënt in een dienst NIC wordt uitgevoerd.

**NIEUWE INTERPRETATIEREGEL
ARTIKEL 29, § 1 (Orthopedisten)**

INTERPRETATIEREGEL 32 (in voege d.d. 01.02.1993) (B.S. d.d. 14.06.2013 – p. 38323)

VRAAG

Wat verstaan we onder 'bilateraal letsel' voor de verstrekking 643775 ?

Welke verstrekking dient geattesteerd te worden voor orthopedische schoenen die tot verschillende posten behoren vermeld in de verstrekking 643753 ?

ANTWOORD

Onder 'bilateraal letsel' wordt verstaan dat de patiënt aan beide voeten een letsel heeft dat onder dezelfde post valt.

Wanneer de patiënt links en rechts een verschillende post heeft die voorkomt in verstrekking 643753 wordt dit niet aanzien als een bilateraal letsel en mag tweemaal de verstrekking 643753 geattesteerd worden. Hetzelfde geldt voor de verstrekking 643716 en 643731.

**NIEUWE INTERPRETATIEREGEL
ARTIKEL 35, § 1 (implantaten)**

INTERPRETATIEREGEL 22 (in voege d.d. 01.04.2013) (B.S. d.d. 31.05.2013 – p. 35051)

VRAAG

Wanneer mag de verstrekking « 737774-737785 Periprothetische plaat specifiek ontworpen voor plaatsing met cerclage-kabel(s), met uitzondering van de trochanterplaten » aangerekend worden ?

ANTWOORD

De verstrekking « 737774-737785 Periprothetische plaat specifiek ontworpen voor plaatsing met cerclage-kabel(s), met uitzondering van de trochanterplaten » mag enkel aangerekend worden als een prothetische steel aanwezig is.

AANKONDIGINGEN

- 13066 **OTTIGNIES:** V.Z.W. Clinique Saint-Pierre in 1340 Ottignies (Waals-Brabant) neemt in dienst: **ARTS-SPECIALIST IN ALGEMENE, VISCERALE EN DIGESTIEVE CHIRURGIE (M/V)**. Voorwaarden: contract van onbepaalde duur, werkrooster: voltijds contract (8/10^{den}), indiensttreding: 1 oktober 2013. Inlichtingen bij Dokter Jean-Paul HAXHE, Diensthoofd Viscerale, Abdominale en Algemene, Thoracale en Vasculaire, Urologische Chirurgie (jp.haxhe@clinique-saint-pierre.be). Kandidaturen (cv en motivatiebrief) zijn te sturen naar Dokter Ph. PIERRE, Algemeen Coördinator en Medisch Directeur en/of naar Dokter J.-P. HAXHE, Diensthoofd Viscerale Chirurgie, Clinique Saint-Pierre, Avenue Reine Fabiola, 9 in 1340 OTTIGNIES.
- 13067 **TE KOOP** (wegens stopzetting internistische praktijk): • EKG toestel met toebehoren SCHILLER AT104PC + ergometerfiets SCHILLER ERG911 + longfunctie Schiller SP 260 PC Spirometry. In perfecte staat (2008). Nieuwprijs 16.000€. Prijs overeen te komen. • Defibrillator type PRIMEDIC DEF1 -B • Onderzoekstafel + rolstoeltje + tabouret + 4 patiënten stoelen • Infrarood coagulatie toestel MBB-AT Ottobrunn-München • Wachtzaalmeubilair: 3 zitbanken (8 pl) in mooi zwart metaal + 3 kuipzetels in simili-leder (zwart) + lage tafel met marmeren blad + 2 wandfolderhouders (zwart metaal). Info: bert@polikliniek-medimol.be of tel. 014/31.30.68.
- 13069 **BRUSSEL:** Het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF) werft aan: **DIENSTHOOFD (M/V) VOOR DE DIENST MEDISCHE BEELDVORMING (11/11)** (ref.: RH/A23/13). Voorwaarden: erkend zijn als geneesheer/specialist in de röntgendiagnostiek met een bekwaamheid en/of ervaring van meer dan 10 jaar op het vlak van de pediatrie medische beeldvorming, enz. Sluitedatum van de oproep tot de kandidaten: **31 augustus 2013**. Voor meer info: Departement human resources - beheer van de artsen, tel.: 02/477.26.81 – e-mail: stephanie.degieter@huderf.be
- 13078 **BRUSSEL:** Het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF) werft aan: **1 GENEESHEER RESIDENT (M/V) VOOR DE DIENST ANESTHESIOLOGIE (11/11)** (ref.: RH/A26/13). Voorwaarden: erkend zijn in hoedanigheid van geneesheer-specialist in de neonatologie, enz. Sluitedatum van de oproep tot de kandidaten: **31 juli 2013**. Voor meer info: Departement human resources - beheer van de artsen, tel.: 02/477.26.81 – e-mail: stephanie.degieter@huderf.be

Inhoudstafel

• Het einde van het overlegmodel artsen-ziekenfondsen en de industrialisering van de geneeskunde.....	1
• Een verhaal van transparantie niets dan transparantie of hoe de Europese richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg misbruiken	2
• Longfunctieonderzoeken: brief van de Beroepsvereniging voor Belgische Longartsen aan Artsenkrant.....	3
• Symposium Belgische Beroepsvereniging voor ORL, Hoofd- en Halschirurgie: "ORL PRO 2013" (21.09.2013).....	5
• Symposium Beroepsvereniging der Belgische chirurgen – UEMS Section of Surgery: The European Symposium THE FUTURE OF SURGERY IN EUROPE (20.09.2013)	6
• Wet van 23 mei 2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren	7
• Nieuwe interpretatieregels: artikel 13 (reanimatie).....	11
• Nieuwe interpretatieregels: artikel 17quater - echografieën	11
• Nieuwe interpretatieregels: artikel 20, § 1, f) (neuropsychiatrie).....	11
• Nieuwe interpretatieregels: artikel 29, § 1 (orthopedisten).....	11
• Nieuwe interpretatieregels: artikel 35, § 1 (implantaten)	12
• Aankondigingen	12