

---

# 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° 4 / JULI 2008**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

---

## INLEIDING FAULT – NO FAULT

### Toespraak van Dr. J.L. DEMEERE, voorzitter van het VBS, in het kader van het VBS-SYMPOSIUM van 14.06.2008 "De aansprakelijkheid"

Gezondheid is een kostbaar goed dat de samenleving, en in het bijzonder het medisch korps, trachten te beschermen. Er staat geen prijs op. Dit goed staat boven alle andere. Het is een deel van ons bestaansrecht. Gezondheid is een verworven recht geworden voor elke burger.

De arts speelt een bevoorrechte rol in het vrijwaren van dit kostbare goed binnen het gezondheidszorgsysteem. Dit systeem is van de private naar de publieke sfeer verschoven. Gezondheid is een maatschappelijk recht. De arts heeft weliswaar therapeutische vrijheid, maar het systeem legt de regels van de geneeskundebeoefening vast. Elke beschadiging van het kostbare goed, dat de gezondheid is, doet afbreuk aan dit fundamentele en individuele recht van de burger. De consument of patiënt-cliënt die ontevreden is over de verstrekte zorgen voelt zich geschaad in zijn fundamentele rechten. Hij keert zich tegen de zorgverlener. De patiënt-cliënt wordt de aanklager. En aangezien de privé-relatie publiek geworden is, kruipen instellingen zoals de ziekenfondsen, de gespecialiseerde advocaten en het openbaar ministerie in de huid van raadgever van de aanklagers of stellen ze zich in de plaats van deze patiënten om klacht in te dienen tegen de artsen. Het aantal klachten blijft maar toenemen. Elke handeling kan aanleiding geven tot een klacht. Elke afwezigheid van handeling kan ons worden aangewreven. De patiënt-cliënt wordt de cliënt-koning. Hij denkt de regels te kunnen bepalen. Maar de regels voor een goede praktijk bestaan niet. Er zijn deskundigen à charge of à décharge nodig om een rechter in te lichten over de goede of slechte praktijk. De cliënt is een zorgconsument en eist als cliënt kwaliteit. Kwaliteit van gezondheidszorg is echter een moeilijk te omschrijven begrip. Daardoor dreigt de perceptie van de cliënt de overhand te krijgen op de rede. Het internet wordt de norm van de goede praktijk. Geneeskunde wordt commercie. En toch heeft de cliënt-koning niet de kennis, noch de bevoegdheid om te definiëren wat kwaliteit is, of een therapeutisch risico, of een voorzienbare complicatie. De eerste doelstelling van de geneeskunde is niet meer wat het oorspronkelijk was. Het is een uitwisseling geworden van diensten tegen een geldbedrag. En zoals elke ruil is ze onderworpen aan regels. Het recht wil de geneeskundebeoefening reglementeren.

De cliënt-koning eist een resultaat zonder het risico te kennen. Men wijkt af van een inspanningsverplichting. Geneeskunde is een product geworden dat wordt verkocht aan een burgercliënt die een resultaat eist. Elke afwijking tussen de verwachting van de klant en het "gezondheidsproduct" dreigt te worden afgestraft door een klacht, een procedureslag met de verzekeringsinstellingen of zelfs een gerechtelijke vervolging. Deze nieuwe verhouding tussen de arts en de patiënt wordt in de verf gezet door de wet van 22 augustus 2002 over de rechten van de patiënt. De patiënt weet dat hij rechten heeft. De patiënt weet dat de artsen aan wie hij, nog veel meer dan aan

zijn advocaat of politiek verkozene, zijn volledige vertrouwen schenkt, bekwaam en toegewijd is. De media schilderen hen echter af als ondeskundigen die fouten begaan, als bedriegers die de sociale zekerheid oplichten, als lui met weinig scrupules die hun patiënten in de kou laten staan. De patiënt, die op televisie de beelden ziet van therapeutische fouten en schadegevallen ten gevolge van nalatigheid, stelt zich vragen, heeft twijfels, wordt wantrouwig en heeft bij voorbaat een negatief beeld van de medische beroepsbeoefening.

Vreemd genoeg is de cliënt in de commerciële ruilhandel die de geneeskunde geworden is zelden de betaler. Verzekeringsinstellingen, ziekenfondsen en zelfs de overheid komen tussen in de financiering van de gezondheidszorgen of subsidiëren ze. De ziekenfondsen stellen zich in de plaats van de patiënten om de facturen van de gezondheidszorg te betalen. Ze spelen een dubbele rol: die van schatbewaarder van het systeem en die van regulator van het systeem. Als schatbewaarder helpen ze het RIZIV de nomenclatuur vast te leggen. Via de medische controle informeren ze de politie van het systeem. De arts wordt niet alleen verantwoordelijk gesteld voor de uitvoering van zijn handelingen. Hij wordt verantwoordelijk gesteld voor de keuze van zijn handelingen en therapeutische beslissingen. Hij wordt verantwoordelijk gesteld voor de kosten die in het systeem worden gegenereerd. En hij is bij voorbaat de schuldder geworden in het gezondheidssysteem.

Het hoeft dan ook niet te verbazen dat deze verantwoordelijke arts het spoor bijster is in de juridische jungle. Het hoeft evenmin te verbazen dat er een defensieve geneeskunde tot stand komt. Of dat de artsen zich aangevallen voelen.

Recht en geneeskunde gaan niet hand in hand. Het begrip 'medische fout' heeft voor een arts of advocaat niet dezelfde inhoud. Dit begrip houdt verband met een steeds meer gesofisticeerde beoefening van de geneeskunde. De complexiteit van de technieken brengt onvermijdelijk risico's met zich mee, die in onze claimmaatschappij beschouwd worden als fouten, aangezien een klager in het hedendaagse recht slechts genoegdoening kan verkrijgen als er een fout is. Het behoeft dus alweer geen verbazing dat 95% van de procedures voor de slachtoffers geen schadeloosstelling oplevert. En dat de advocaten de artsen dus proberen te beschuldigen van de zwaarste fouten, zelfs als het zonneklaar is dat de arts te goeder trouw heeft gehandeld en te maken heeft gehad met een complicatie en een therapeutisch risico. Om deze juridische gang van zaken bij te sturen, heeft de Belgische wetgever wijzigingen aangebracht aan de schadevergoeding in de gezondheidszorg, door de burgerlijke of strafrechtelijke procedures te laten varen en een schadevergoedingsprocedure te voorzien, gestoeld op de wet van 15 mei 2007. Men noemt het de fault-/no-fault-wet, m.a.w. de vergoeding van schade zonder de noodzaak om de medische fout aan te tonen, zoals voorheen in de gemeenrechtelijke procedures het geval was. Deze nieuwe wet verdient alle lof. De artsen "ontsnappen" aan de rechtbanken en de patiënten worden schadeloos gesteld.

Helaas doet de wet van 15 mei 2007 die ongetwijfeld beantwoordt aan een aantal verwachtingen van de patiënten en de zorgverstrekkers, ook een aantal vragen rijzen. Neem nu het toepassingsgebied ervan.

De wet dekt de verstrekkingen in ziekenhuizen, transfusiecentra en laboratoria van klinische biologie (art. 2, 2°). De nieuwe wet dekt dan wel alle geneesheren bedoeld in het KB nr. 78, maar wat zijn dan de dekkingsvoorwaarden voor de geneesheren die in een privé-praktijk actief zijn? Het aantal geneesheren-specialisten dat extramurale medische activiteiten uitoefent, wordt op 8.000 becijferd. De patiënten zullen de geest van de wet kennen, maar geen onderscheid maken tussen de ziekenhuispraktijk en de privé praktijk. Moeten we ook vrezen voor verschillen in de verzekeringspremies voor de ziekenhuisartsen en de andere specialisten?

Het toepassingsgebied van de wet is zeker ruim en dekt niet langer alleen de therapeutische handeling, aangezien esthetische chirurgie gedekt is door de wet, net zoals schade die het gevolg is van een product (art. 30 §2). Deze opvatting over gezondheid is interessant, omdat ze het individuele en zelfs subjectieve recht om over het eigen lichaam te beschikken benadrukt. Deze benadering van het begrip gezondheid stemt overeen met de definitie van gezondheid van de WHO, als een toestand van volledig welzijn van het individu, niet alleen lichamelijk en geestelijk, maar ook sociaal. En recent nog deed een rechter in kortgeding een uitspraak die een arts verplichtte om een palliatieve, terminale patiënt te beademen om aan de individuele wens van de patiënt te voldoen, en niet aan de regels van goede medische praktijk of de regels van de Z.I.V.- wet in termen van consumptie van gezondheidszorgen.

Binnen het toepassingsgebied van de wet vallen ook de ziekenhuisinfecties. Hoe zullen we met zekerheid kunnen aantonen dat het hier om een therapeutisch risico gaat? Het therapeutische risico moet worden omschreven als het kansverlies dat zowel met de verzorgende arts als met de verzorgde patiënt te maken heeft. Maar als de infectie niet tot het domein van de therapeutische risico's behoort, moet men er dan van uitgaan dat het in de juridische zin van de term om een medische fout gaat? En kunnen we dan veronderstellen dat voor de rechter iedere ziekenhuisinfectie een fout in de ziekenhuisverzorging is?

Op het vlak van de medische fouten beschrijft de nieuwe wet de zware fouten. In zijn artikel 7 § 4 stelt de wetgever dat de fouten die begaan zijn in een staat van alcoholintoxicatie of onder invloed van verdovende middelen, als gevolg van het weigeren van hulp aan een persoon in nood of als gevolg van de uitoefening van verboden activiteiten buiten het toepassingsgebied van de wet vallen. In dat geval kan het "zonder fout"-systeem zich tegen de zorgverlenende arts keren en een vordering instellen (art. 30 § 1). Moet men er derhalve van uitgaan dat deze opsomming uitputtend is voor de omschrijving van een zware fout? Maar wie zal terzake een omschrijving opstellen van wat de uitoefening van verboden praktijken is? Welke wetteksten geven overigens een definitie van de goede medische praktijk en de verboden praktijken?

De schade die wordt vergoed is deze die niets te maken heeft met de oorspronkelijke toestand van de patiënt en met de mogelijke evoluties die het gevolg zijn van die toestand. De normale en voorzienbare neveneffecten die verband houden met de medische handeling komen volgens deze wet niet in aanmerking voor schadevergoeding. Bovendien moet de causaliteit worden aangetoond. Zo moet de patiënt, als hij niet verplicht is de fout aan te tonen, toch bewijzen dat het niet om een voorzienbaar neveneffect gaat, maar om een therapeutisch risico. We stellen dus vast dat de nieuwe wet tal van vragen doet rijzen voor wat het toepassingsgebied ervan betreft. Maar de grootste bezorgdheid van de medische wereld gaat uit naar de financiële haalbaarheid.

Inzake de schadeloosstelling van de slachtoffers stelt zich het probleem van de financiering van het systeem. De verzekeringen zullen weliswaar hun verantwoordelijkheid ter zake blijven opnemen, aangezien zij voorstellen moeten doen aan het Fonds voor de vergoeding van ongevallen bij gezondheidszorg (art. 14, 3°), maar de financiering van dit Fonds en zijn autonoom beheer onder het gezag van de FOD Volksgezondheid blijft de cruciale vraag. Om de kosten voor de schadevergoedingen in de hand te houden, heeft de wetgever een minimumbedrag of vrijstelling, en een maximumbedrag of plafond vastgesteld (art 6§3). Daardoor dreigen niet alle schadegevallen gedekt te zullen worden. Zal dit plafond geen ontradend effect hebben om een beroep te doen op de no fault-procedure? Zal de patiënt niet geneigd zijn grotere schadevergoedingen te eisen via het gemeen recht? Zullen we morgen de financiering moeten uitbreiden om te vermijden dat de toepassing van de wet naar de rechtbanken verschuift?

Een andere vraag betreft de wet op de rechten van de patiënt. De nieuwe procedure voorziet een schadevergoeding voor de schade die een gevolg is van de therapeutische handeling. De schade die verband houdt met de afwezigheid van toestemming van de zieke of de afwezigheid van geïnformeerde toestemming lijkt niet in aanmerking te zijn genomen als voorwerp van schadevergoeding. Het is interessant om te zien dat het therapeutische risico en de schade met of zonder fout de basis vormen van een systeem van schadevergoeding. De afwezigheid van geïnformeerde toestemming, die als een fout werd beschouwd in het gemeenrechtelijk systeem, wordt door de nieuwe wet aan de kant geschoven. Als arts zouden we daar blij om kunnen zijn, maar eigenlijk moeten we dit betreuren, omdat de medische realiteit geen commerciële realiteit is, met een afgewerkt product dat vrij is van gebreken. Het is in tegendeel een dienst die aan de patiënt wordt verstrekt met zijn akkoord, zijn instemming. En die instemming kan alleen worden verkregen tijdens een gesprek tussen de patiënt en zijn arts. Dit behoort tot de essentie van de medische ethiek en onderscheidt ons van zuiver commerciële praktijken.

Het grote probleem bij de juridische benadering van de geneeskunde is dat het recht er nooit zal in slagen de gehele geneeskundebeoefening te bestrijken. We kunnen niet voor alles procedures of resultaten voorzien. De variabiliteit in de geneeskunde begint bij de patiënt. De variabiliteit in de geneeskunde gaat voort in de diagnostiek. De variabiliteit in de geneeskunde eindigt bij de behandeling. Het behoeft dus geen betoog dat een "geüniformiseerde" beoefening van de geneeskunst niet mogelijk is. 'Primum non nocere' blijft de basis van elke goede medische praktijk.

Om te besluiten, wijzen we er derhalve op dat de nieuwe wet de patiënten zekerheid zou moeten bieden met betrekking tot de schadevergoeding van het ongeval of de therapeutische risico's. Ook moet deze wet rechtvaardig zijn, de volledige medische praktijk bestrijken en aan alle verwachtingen – die van de patiënten en die van de artsen – beantwoorden. Elke wet echter die zichzelf niet de financiële middelen toekent om te worden uitgevoerd, is een uiterst twijfelachtige toekomst beschoren. Al deze vragen moeten op dit symposium worden aangekaart, en ik dank nu al alle vooraanstaande specialisten, professoren, juristen en verzekeraars die hun zaterdag hebben opgeofferd om ons, niet-juristen, uitleg te komen verschaffen over deze fault/no-fault-wet. Ik dank in het bijzonder onze verzekeringspartner en trouwe metgezel van het VBS, Gras Savoye.

Ik wil al mijn dankbaarheid en erkenning uitdrukken aan Fanny, Jos en hun team, die discreet, maar efficiënt de organisatie van dit symposium in handen hebben genomen.

Ten slotte wil ik ook u bedanken, de artsen die aangesloten zijn bij het VBS, dat met meer dan 8.200 leden de grootste geneeskundige beroepsorganisatie van België vormt. Bedankt voor uw aanwezigheid, bedankt voor uw dagelijkse toewijding, bedankt voor de kwaliteit van uw zorgverlening. Ik wens u een aangenaam symposium.

Dr. Jean-Luc Demeere  
Voorzitter VBS

---

**GEMEENSCHAPPELIJK PERSBERICHT**  
**HOUDENDE HET STANDPUNT BETREFFENDE HET WETSONTWERP**  
**“Oprichting en organisatie van het eHealth platform” (30.06.2008)**

De ondergetekende instanties ondersteunen de noodzaak voor de opbouw van een elektronisch platform om de beveiligde uitwisseling van gezondheidsgegevens te realiseren. Dit platform komt tegemoet aan de veranderende praktijkvoering met meerdere zorgverstrekkers rondom een patient, de uitgestippelde zorgpaden en de toenemende mobiliteit van de patient.

Toch maken de ondergetekende instanties ernstig voorbehoud bij het voorliggende wetsontwerp in zijn actuele vorm.

**Op het vlak van het beroepsgeheim**

De evenwichtsoefening om gezondheidsgegevens te laten circuleren zonder het vertrouwen van arts en patient te schaden is een van de grootste uitdagingen van het eHealthplatform. Om scherp te blijven en de gevoeligheid van gezondheidsgegevens te blijven onderkennen moet op alle geledingen van dit platform herinnerd worden aan het feit dat de gegevens eigenlijk stammen uit de unieke vertrouwensrelatie tussen patient en arts en gedekt zijn door het beroepsgeheim.

Bovendien ontbreekt het in voorliggend wetsontwerp aan aflijning van de begrippen finaliteit en proportionaliteit. Hierdoor ontstaat er een terechte vrees dat de patient zal weigeren om zijn medische informatie door te geven, hetgeen de kwaliteit en de continuïteit van zorg in het gedrang brengt. Hierdoor dreigt het eHealthplatform zijn hoofddoel te missen nog voor het van start is gegaan.

**Op inhoudelijk vlak van visie**

In het wetsontwerp dat actueel voorligt ontbreekt echter een orgaan dat een onderbouwde, door de stakeholders geruggesteunde visie gaat opbouwen betreffende de effectieve data flows die van de generische diensten gaan gebruikmaken.

Artikelen 34, 35, 36 en 37 van dit wetsontwerp omschrijven de oprichting van een VZW die wel bepalend is voor dataflows. Het lijkt ons onaanvaardbaar dat de fundamentele inhoudelijk controle over de medische gegevensstromen zelf in de handen gegeven wordt van een VZW, waarvan de structuren en prerogatieven zeer vaag beschreven zijn. De bestaande telematica commissie, waarvoor hier veel beter aangewezen. Deze commissie is evenwichtig samengesteld, heeft goed werk geleverd en kan gewoon verdergezet worden, met nauwelijks aangepaste missie.

Bovendien moeten de uitspraken van de heer Robben tijdens de hoorzitting een duidelijke neerslag vinden in de redactie van dit wetsontwerp: niet verplicht karakter van dit platform, het ongehinderd kunnen verder bestaan van de huidige platforms, ...niet meer dan een autostrade met versleutelde informatie end-to-end van zorgverstrekker naar zorgverstrekker, ...

### **Op het vlak van transparantie en controle**

In zijn huidige vorm is deze transparantie ver te zoeken. Het systeem zal naast de overdracht van persoonsgegevens betreffende patiënten ook persoonlijke medische gegevens registreren, die niet uitdrukkelijk en voorafgaandelijk zijn vastgelegd.

Bovendien boezemt het bij één instantie gecentraliseerd beheer weinig vertrouwen in, temeer daar de controle op het eHealthplatform wordt uitgeoefend door de regeringscommissarissen en de revisoren die toezicht uitoefenen op de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. De verstremgeling met de Kruispuntbank zowel qua personeel als beheerders ligt ver van de inhoud van het begrip "Trusted Third Party". Na analyse blijft zelfs het woord "derde partij" niet overeind. Van "derde partij" is pas sprake indien ze volledig gescheiden en onafhankelijk is en er geen essentieel deel van uitmaakt. Het is duidelijk dat men voor het beheer van coderingssleutels, waarmee gecodeerde gegevens aan de patiënten worden gekoppeld een beroep moet doen op een extern organisme, met inbegrip van een notariaat dat de elektronische bewegingen kan natrekken en dit alles onder de leiding van een gezondheidsbeoefenaar.

### **Op vlak van het betrekken van de patiënt**

In het kader van de reglementering op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer is de schriftelijke instemming van de patiënt onontbeerlijk om zijn persoonlijke gezondheidsgegevens te verwerken via het eHealthplatform. De instemming moet wel vrij, specifiek en geïnformeerd zijn: de patiënt moet met name vooraf geïnformeerd geweest zijn over zijn rechten en het precieze doel van de verwerking. Ook in Europese context wordt de toestemming van de patiënt als "good medical practice" bestempeld, zoals blijkt: "Although consent can be presumed for the recording and sharing of information required for healthcare within the immediate healthcare team, it is good practice to obtain specific consent for this process, particularly in relation to sensitive information. Specific consent should be obtained for the creation of a summary healthcare record, as well as for the sharing of information beyond the healthcare team."

De vertegenwoordiging van patiëntenorganisaties in het eHealthplatform is te beperkt tot een rol in het overlegcomité.

Alle hoger beschreven elementen moeten onverwijld ingepast worden, zoniet zal zowel de patiënt als de arts weigeren gevoelige medische informatie via dit platform te laten circuleren.

Als deze amenderingen niet worden doorgevoerd, kunnen wij als artsen dit wetsvoorstel niet steunen.

Ondergetekenden

- **Orde der geneesheren, Nationale Raad**
- **BVAS**
- **VBS**
- **Domus Medica**
- **FAG**

---

**BESCHIKBAARHEIDSHONORARIUM  
IN HET KADER VAN DE IN EEN ZIEKENHUIS GEORGANISEERDE WACHTDIENSTEN  
(in voege op 01.01.2008)**

**29 APRIL 2008. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten (B.S. d.d. 22.5.2008)**

**Artikel 1.** Dit besluit bepaalt de voorwaarden en de nadere regels waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten.

**Art. 2.** Voor de toepassing van dit besluit wordt de daadwerkelijke extra muros beschikbaarheid in aanmerking genomen gedurende de georganiseerde wachtdiensten op weekends en wettelijke feestdagen in een ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en/of een erkende functie voor intensieve zorg.

Een weekend duurt van vrijdagavond 20 uur tot de daaropvolgende maandagmorgen 8 uur.

Een wettelijke feestdag die niet samenvalt met een weekend duurt van de vooravond van deze feestdag 20 uur tot de daaropvolgende dag 8 uur.

Evenwel, een wettelijke feestdag die valt op een vrijdag duurt van de donderdagavond 20 uur tot de vrijdagavond 20 uur en een wettelijke feestdag die valt op een maandag duurt van de maandagmorgen 8 uur tot de dinsdagmorgen 8 uur.

**Art. 3.** De in artikel 2 bedoelde daadwerkelijke beschikbaarheid wordt voor de tien basisspecialismen of groepen van basisspecialismen verzekerd door houders van de volgende beroepstitels :

1° geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde of cardiologie of pneumologie of gastroenterologie of in de geriatrie;

2° geneesheer specialist in de heelkunde;

3° geneesheer specialist in de anesthesie-reanimatie;

4° geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, indien het ziekenhuis beschikt over een erkende M-dienst;

5° geneesheer specialist in de pediatrie, indien het ziekenhuis beschikt over een erkende E-dienst;

6° geneesheer specialist in de röntgendiagnose;

7° geneesheer specialist in de orthopedische heelkunde;

8° geneesheer specialist in de otorhinolaryngologie;

9° geneesheer specialist in de oftalmologie;

10° geneesheer specialist in de psychiatrie of de neurologie of de neuropsychiatrie.

**Art. 4.** Na het einde van elk trimester en ten laatste op de laatste dag van het volgende trimester maakt de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis de volgende gegevens over aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, voor maximum één specialist, voor elk van de in artikel 3 bedoelde basisspecialismen of groepen van basisspecialismen :

1° het RIZIV-identificatienummer, de naam, de voornaam van de houder van de titel;

2° de data waarop de betrokken geneesheer-specialist door middel van zijn extramurale beschikbaarheid daadwerkelijk heeft deelgenomen aan de georganiseerde wachtdiensten;

3° het post- of bankrekeningnummer van het ziekenhuis of van de Medische raad.

De informatie wordt aan voornoemde dienst overgemaakt via de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ([www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be)).

**Art. 5.** Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering betaalt de in artikel 6 vermelde forfaitaire beschikbaarheidshonoraria aan het ziekenhuis of aan de Medische raad overeenkomstig de gegevens meegedeeld met toepassing van artikel 4.

De hoofdgeneesheer van het ziekenhuis verdeelt de forfaitaire beschikbaarheidshonoraria, in samenspraak met de Medische raad van het ziekenhuis.

**Art. 6.** Het forfaitaire beschikbaarheidshonorarium bedraagt, vanaf 1 januari 2008, 312,50 euro per weekend, 187,50 euro per wettelijke feestdag die niet samenvalt met een weekend en 125,00 euro per wettelijke feestdag die valt op een vrijdag of op een maandag.

Deze forfaitaire honoraria zijn verschuldigd :

1° per basisspecialisme en ongeacht het aantal geneesheren-specialisten dat heeft deelgenomen aan de beschikbaarheidsregeling voor maximaal de tien in artikel 3 vermelde basisspecialismen of groepen van basisspecialismen;

2° en op voorwaarde dat er onder het toezicht van de hoofdgeneesheer voor de betrokken beroepstitel daadwerkelijke beschikbaarheid werd verzekerd en de betrokken geneesheer specialist bij dringende oproep zich ook daadwerkelijk naar het ziekenhuis heeft begeven.

Overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt de waarde van deze honoraria vanaf 1 januari van elk jaar aangepast aan de evolutie van de waarde van het in artikel 1 van dat koninklijk besluit bedoeld gezondheidsindexcijfer tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor.

**Art. 7.** De informatie bedoeld in artikel 4 kan door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering op eenvoudig verzoek bezorgd worden aan de verzekeringsinstellingen en aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

**Art. 8.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2008.

## COMMENTAAR

Het RIZIV heeft aan de hoofdgeneesheren van alle ziekenhuizen met een erkende functie van gespecialiseerde spoedgevallenzorg en/of erkende functie van intensieve zorgen een rondschrijven gericht met de praktische richtlijnen voor de registratie van de wachtdiensten. Voor de eerste twee kwartalen van 2008 dient de registratie gebeuren vóór **30 september 2008**, zoniet vervalt het recht op die honoraria.

De beschikbaarheidshonoraria worden naargelang de in het ziekenhuis geldende regeling door het Riziv per kwartaal gestort ofwel op de rekening van het ziekenhuis ofwel op de rekening van de Medische Raad. Binnen de Medische Raad kunnen afspraken gemaakt worden i.v.m. de eventuele verdeling onder de verschillende basisdisciplines of groepen van basisspecialismen die rechten kunnen laten gelden op deze honoraria. Er dient benadrukt te worden dat deze honoraria integraal toekomen aan de geneesheren louter

op basis van hun beschikbaarheid. Deze honoraria dienen dus niet tot de financiering van de organisatie van de spoedgevallen diensten.

Het besluit bepaalt op limitatieve manier de basisdisciplines of groepen van basisdisciplines die rechten kunnen laten gelden op deze beschikbaarheidshonoraria. Een aantal van de basisdisciplines vallen uit de boot. Zo kunnen bijvoorbeeld de neurochirurgen, de klinisch biologen, de urologen en de stomatologen geen rechten laten gelden op een dergelijk honorarium terwijl deze disciplines eveneens regelmatig bij spoedgevallen dienen tussen te komen en dus beschikbaar moeten zijn. Ten einde deze discriminatie te bestrijden heeft het bestuurscomité van het VBS tijdens haar vergadering van donderdag 26 juni 2008 beslist om dit besluit aan te vechten bij de Raad van State.

### **NOMENCLATUUR BEHANDELING VAN MORBIDE OBESITAS (art. 14, d)** (in voege op 01.06.2008)

**29 APRIL 2008.** - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 14, d), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 23.5.2008)

**Artikel 1.** In artikel 14, d), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, [...], onder het opschrift « Behandeling van morbide obesitas », worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de eerste voorwaarde voor terugbetaling van de betreffende verstrekkingen wordt door de volgende bepaling vervangen :

« 1° « BMI » => 40 of, voor de patiënt met aangetoonde diabetes, => 35 »;

2° in de tweede voorwaarde voor terugbetaling van de betreffende verstrekkingen, worden de woorden « tot en met 60 jaar » geschrapt;

3° in de vierde voorwaarde voor terugbetaling van de betreffende verstrekkingen, worden de woorden « met een bijzonder beroepstitel in de endocrinologie-diabetologie » geschrapt.

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

### **NOMENCLATUUR UROLOGIE (art. 14, j)** (in voege op 01.08.2008)

**28 MEI 2008.** - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 14, j), 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. 12.6.2008)

**Artikel 1.** In artikel 14, j), 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, [...], wordt de omschrijving van de verstrekking 261111-261122 vervangen door de volgende omschrijving :

« Radicale orchidectomie voor primaire testistumor met inguinale en/of iliacale en/of lumbale lymfadenectomie »

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

### **NOMENCLATUUR TOEZICHTSHONORARIUM (art. 25)** (in voege op 01.05.2007)

**29 APRIL 2008.** - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 23.5.2008)

**Artikel 1.** In artikel 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor

geneeskundige verzorging en uitkeringen, [...], worden in de limitatieve lijst van de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 597800, de rangnummers "246912" en "246934" toegevoegd.

**Art. 2.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 mei 2007.

## OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURSWIJZIGINGEN

**Artikelen 5 en 6 (tandverzorging)** : K.B. van 18.05.2008 (B.S. d.d. 28.05.2008 – p. 27224)

**Artikelen 5 en 6 (tandverzorging)** : K.B. van 26.05.2008 (B.S. d.d. 30.05.2008 – p. 27653)

**Artikel 28 §8 (mobiliteitshulpmiddelen)** : K.B. van 09.05.2008 (B.S. d.d. 02.06.2008 – p. 28110)

**Artikelen 30, 30bis en 30ter (opticiens)** : K.B. van 28.05.2008 (B.S. d.d. 06.06.2008 – p. 28686)

**Artikel 31 (gehoorprothesisten)** : K.B. van 29.04.2008 (B.S. d.d. 15.05.2008 – p. 25466)

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

## NIEUWE INTERPRETATIEREGELS

### ARTIKEL 35, § 1 (Implantaten)

(B.S. d.d. 15.05.2008)

#### INTERPRETATIEREGEL 5 (in voege d.d. 01.05.2007)

##### VRAAG

Mag het forfait voor de verstrekking 683874-683885 « per gebruikt systeem », « per procedure » of « per operatiezitting » aangerekend worden ?

##### ANTWOORD

De verstrekking 683874-683885 kan slechts eenmaal worden vergoed per operatiezitting

#### INTERPRETATIEREGEL 6 (in voege d.d. 01.10.2007)

##### VRAAG

Mag de verstrekking 683653-683664 tweemaal aangerekend worden indien er stents geplaatst worden bij revascularisatie van een arterie aan de contralaterale zijde en van een andere anatomische as tijdens dezelfde operatiezitting? Mag de verstrekking 683653-683664 tweemaal aangerekend worden indien er stents geplaatst worden bij revascularisatie van arteries van 2 andere anatomische assen tijdens dezelfde operatiezitting?

Wat wordt er in de omschrijving van de verstrekking 683653-683664 met « andere anatomische as » bedoeld?

##### ANTWOORD

De verstrekking 683653-683664 kan in deze situaties slechts éénmaal aangerekend worden.

Met « andere anatomische as » wordt bedoeld een andere arteriële as of de aanwezigheid van een gewricht tussen 2 arteries.

#### INTERPRETATIEREGEL 7 (in voege d.d. 01.10.2007)

##### VRAAG

Met welke verstrekkingen mag de verstrekking 683653-683664 gecumuleerd worden ?

##### ANTWOORD

De verstrekking 683653-683664 kan enkel met de verstrekkingen 683616-683620 en 683631-683642 gecumuleerd worden.



**NIEUWE INTERPRETATIEREGELS**  
**ARTIKEL 35BIS, § 1 (Viscerosynthese- en endoscopisch materiaal)**  
**(B.S. d.d. 15.05.2008)**

**INTERPRETATIEREGEL 18 (in voege d.d. 01.10.2007)**

**VRAAG**

Mag de verstrekking 683771-683782 tweemaal aangerekend worden indien er gedilateerd wordt bij revascularisatie van een arterie aan de contralaterale zijde en van een andere anatomische as tijdens dezelfde operatiezitting ? Mag de verstrekking 683771-683782 tweemaal aangerekend worden indien er gedilateerd wordt bij revascularisatie van arteries van 2 andere anatomische assen tijdens dezelfde operatiezitting ?

Wat wordt er in de omschrijving van de verstrekking 683771-683782 met « andere anatomische as » bedoeld?

**ANTWOORD**

De verstrekking 683771-683782 kan in deze situaties slechts éénmaal aangerekend worden.

Met « andere anatomische as » wordt bedoeld een andere arteriële as of de aanwezigheid van een gewricht tussen 2 arteries.

**INTERPRETATIEREGEL 19 (in voege d.d. 01.10.2007)**

**VRAAG**

Met welke verstrekkingen mag de verstrekking 683771-683782 gecumuleerd worden ?

**ANTWOORD**

De verstrekking 683771-683782 kan enkel met de verstrekkingen 683734-683745, 683616-683620 en 683631-683642 gecumuleerd worden.

**INTERPRETATIEREGEL – FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN :**  
**INWENDIGE GENEESKUNDE / GERIATRIE**  
**(B.S. d.d. 15.05.2008)**

**Reglementering van de farmaceutische specialiteiten waarbij de arts-specialist in inwendige geneeskunde als voorschrijvende arts vermeld is**

**INTERPRETATIEREGEL (in voege d.d. 01.03.2008)**

**VRAAG :**

In welke mate slaan de reglementeringen van farmaceutische specialiteiten op de geriater (tijdelijk RIZIV n° - 581 en binnenkort nieuw RIZIV n° -180), wanneer een arts-specialist in inwendige geneeskunde vermeld is als arts-specialist die gemachtigd is de betreffende aanvraag voor vergoeding op te stellen gericht aan de adviserend arts? Met de nieuwe erkenning van geriater, zijn deze inderdaad geen internist.

De vraag slaat niet op de internisten-geriater (RIZIV n° -580).

**ANTWOORD :**

Door het bestaan van de bijzondere titel van geriater naast deze van internist-geriater, is het aantal farmaceutische specialiteiten die betrokken zijn in deze vraag, talrijk. Het gaat immers niet alleen om geneesmiddelen waarvoor een internist-geriater vereist is zoals b.v. anti-Alzheimer geneesmiddelen. Het gaat eveneens om verscheidene farmaceutische specialiteiten in het domein van de ziekte van Parkinson, mycoses, bepaalde cytostatica, geneesmiddelen voor de behandeling van osteoporose e.d. waar de erkenning van arts-specialist in inwendige geneeskunde vereist is voor terugbetaling in hoofdstuk IV.

In het geval een arts-specialist een erkenning heeft gekregen in de geriatrie kan de geneesheer-adviseur de vergoedingsvoorwaarde met betrekking tot de kwalificatie in het specialisme inwendige geneeskunde beschouwen als voldaan, en dit in uitvoering van de bepalingen van hoofdstuk IV van het koninklijk besluit

van 21 december 2001 waarbij een dergelijke kwalificatie vereist is om gemachtigd te zijn een betreffende aanvraag voor vergoeding te richten aan de geneesheer-adviseur.

## **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 rato 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<sup>o</sup> 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 Sodexho-Pass, EMS-prof • N. Heijerick, Notarieel Juriste, Docente HUB, EMS-prof • R. Heylen, Anesthetist, 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 voorintekeningprijs van € 3.600.

Voor VBS-leden bedraagt de deelnameprijs echter 2.880 EUR en de voorintekeningprijs 2.480 EUR. De voorintekeningprijs geldt niet bij betaling via de elektronische ondernemerschapspportefeuille (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.

---

## INBEV-BAILLET LATOUR HEALTH PRIZE – 2009

The annual "INBEV-BAILLET LATOUR HEALTH PRIZE" of a value of 200,000 EUR will in 2009 have as theme "Cardiovascular Diseases". (Next years, the themes will be successively : "Metabolic Disorders", "Infectious Diseases and Immunology", "Neurosciences" and "Cancer".) The Prize is awarded to a scientist active in biomedical research and/or its practical applications for human health. The Prize is intended for biomedical scientists in the active period of their career. Nominations for 2009 marked "Confidential" should be postmarked **no later than September 15th 2008** and sent to the Secretary General of the Fund for Scientific Research-FNRS, rue d'Egmont 5, BE - 1000 Brussels, Belgium. The regulations of this Prize and the nomination form are provided at the websites [www.inbev-baillet-latour.be](http://www.inbev-baillet-latour.be) and [www.frs-fnrs.be](http://www.frs-fnrs.be).

---

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING

Symposium A.P.S.A.R.- B.S.A.R. 2009  
**ANAESTHESIA NIHIL NOVUM SUB SOLE**

31.01.2009

KBC  
Havenlaan – Av. Du Port 2  
1080 Bruxelles-Brussel

### 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.
- 08036 **POLYVALENTE RADIOLOOG** gezocht voor samenwerking in moderne groeiende digitale privé-praktijk met 2 radiologen in Genk. Mogelijkheid tot deelname aan evt toekomstige CT-scan bespreekbaar. info@radiologie-JASPERS.be
- 08069 **TURNHOUT** : Er is vanaf heden een open vacature voor een **RADIOLOOG** (voltijds) in het Sint-Elisabethziekenhuis Turnhout. Grondige kennis van conventionele radiologie, echografie, mammografie, CT en NMR zijn vereist. Interesse voor neuroradiologie is een pluspunt. Het Sint-Elisabethziekenhuis gaat vanaf 01/01/2011 deel uitmaken van een fusieziekenhuis (tezamen met het Sint-Jozefziekenhuis Turnhout) en 650 bedden tellen. Geïnteresseerden kunnen schrijven naar Dr. Verhaegen Sam, Rubensstraat 166, 2300 Turnhout of mailen naar samverhaegen007@skynet.be.
- 08074 **ROESELARE** : Voltijds oftalmoloog gezocht in ziekenhuispraktijk H-Hartziekenhuis Roeselare. Info op het nummer 051/23.70.69 (secretariaat).
- 08079 **KORTRIJK** : Het Kortrijkse fusieziekenhuis AZ Groeninge heeft momenteel een vacature voor : **GENEESHEER IN DE FYSISCHE GENEESKUNDE & REVALIDATIE (M/V) - VOLTIJDS**. Van de kandidaat wordt volgend profiel verwacht : • erkend zijn als geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde & revalidatie • in het bezit zijn van of bereid zijn tot het volgen van de opleiding tot het bekomen van de erkenning als revalidatiearts in het kader van het Fonds voor herklassering der mindervaliden • een bijkomende erkenning in de manuele geneeskunde en/of sportgeneeskunde strekt tot aanbeveling • u beschikt over een sterke revalidatie visie, sterke teamgerichtheid en goede communicatievaardigheden • een fundamentele interesse tot multidisciplinair samenwerken met zowel paramedici als collega-specialisten • een sterke wil ook een poliklinische activiteit uit te bouwen met tevens een engagement in de ambulante revalidatie. Wij bieden : • een associatieovereenkomst met de groep revalidatieartsen fysische geneeskunde AZ Groeninge Kortrijk • een polyvalente revalidatieactiviteit in een evoluerende ziekenhuisomgeving met het vooruitzicht van integratie van 3 campis in 1 nieuwbouw-fusieziekenhuis • aantrekkelijke doorgroei mogelijkheden. Voor verdere info kan u terecht op onze website : [www.azgroeninge.be](http://www.azgroeninge.be)

### Inhoudstafel

• Inleiding Fault – No Fault .....	1
• Gemeenschappelijk persbericht houdende het standpunt betreffende het wetsontwerp “Oprichting en organisatie van het eHealth platform” (30.06.2008) .....	4
• Beschikbaarheidshonorarium in het kader van de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten .....	5
• Nomenclatuur behandeling van morbide obesitas (art. 14, d) .....	7
• Nomenclatuur urologie (art. 14, j).....	7
• Nomenclatuur toezichtshonorarium (art. 25) .....	7
• Overzicht diverse nomenclatuurswijzigingen.....	8
• Nieuwe interpretatieregels artikel 35, § 1 (implantaten) (B.S. d.d. 15.05.2008) .....	8
• Nieuwe interpretatieregels artikel 35bis, § 1 (viscerosynthese- en endoscopisch materiaal) (B.S. d.d. 15.05.2008).....	9
• Interpretatieregels – farmaceutische specialiteiten : inwendige geneeskunde / geriatrie.....	9
• Opleidingscyclus Algemeen management voor geneesheren-specialisten.....	10
• InBev-Baillet Latour Health Prize – 2009 .....	11
• Wetenschappelijke vergadering .....	12
• Aankondigingen .....	12