
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren-Specialisten

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 6 / NOVEMBER 2008

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

VERZEKERING MEDISCHE BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID: SYSTEMEN VOOR HET VERZEKEREN EN DEKKEN VAN POSTERIORITEIT

Voorafgaande nvdr.: dit artikel staat helemaal los van de besprekingen die aan de gang zijn in verband met het herformuleren van de "*Wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg*" ("no fault") die nog niet in voege is getreden.

SAMENVATTING

De auteur licht de verzekeringssystemen van de medische beroepsaansprakelijkheid toe die op de Belgische markt worden aangeboden. Ze zijn gebaseerd op het schadevoorval, de schadeaangifte of de schadeverwekkende gebeurtenis.

De systemen die gebaseerd zijn op het plaatsvinden van de schade of de schadeaangifte impliceren dat er met een posterioriteitspremie wordt gewerkt.

De problemen bij het veranderen van verzekeringsmaatschappij worden aangekaart, waarbij soms de noodzaak bestaat om een anterioriteitspremie te voorzien.

SLEUTELWOORDEN

Medische beroepsaansprakelijkheid, schadevoorval, schadeaangifte, schadeverwekkend feit, anterioriteitspremie, posterioriteitspremie.

De jongste jaren werd de arts geconfronteerd met verscheidene fenomenen:

- een gevoelige verhoging van de premies
- een afname van de waarborgen
- een beperking van het aantal verzekeraars medische beroepsaansprakelijkheid.

Men dient overigens vast te stellen dat de wet op de landverzekeringsovereenkomst de verzekeraars toelaat hun dekking van de posterioriteit te beperken. De wet van 1992, herzien in 1994, wordt ook gekenmerkt doordat hij de overgang inluidt van één enkel verzekeringssysteem, namelijk dat van het schadegeval, naar drie verschillende systemen.

1. WELKE VERZEKERINGSSYSTEMEN WORDEN ER OP DE VERZEKERINGSMARKT AANGEBODEN?

Artikel 78 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst voorziet er twee.

1.1. Het 'loss occurrence'-systeem (schadevoorval)

De verzekeringswaarborg heeft betrekking op de schade opgelopen tijdens de loop van het contract en strekt zich uit tot de claims die worden uitgebracht na afloop van het contract.

1.2. Het 'claims made'-systeem (aangifte)

Voor de onderdelen van de algemene burgerlijke aansprakelijkheid, uitgezonderd de burgerlijke aansprakelijkheid m.b.t. motorrijtuigen, die door de koning wordt vastgesteld, kunnen de partijen

overeenkomen dat de verzekeringswaarborg uitsluitend betrekking heeft op de vorderingen tot vergoeding die schriftelijk worden uitgebracht tegen de verzekerde of de verzekeraar tijdens de loop van het contract voor schade die heeft plaatsgevonden tijdens diezelfde periode.

In dat geval worden ook de vorderingen tot vergoeding in overweging genomen die betrekking hebben op de volgende gevallen, op voorwaarde dat ze schriftelijk worden uitgebracht tegen de verzekerde of de verzekeraar binnen een termijn van zesendertig maanden vanaf het einde van het contract:

- schade die is voorgevallen tijdens de loop van het contract indien, aan het einde van dat contract, het risico niet gedekt is door een andere verzekeraar;
- handelingen of feiten die aanleiding kunnen geven tot schade die tijdens de loop van dit contract hebben plaatsgevonden en bij de verzekeraar zijn aangegeven.

Sommige maatschappijen hebben een interventiesysteem behouden gebaseerd op het schadeverwekkende feit, ook al voorziet de wet dit niet uitdrukkelijk.

1.3. Het 'fact occurrence'-systeem (schadeverwekkend feit)

De verzekeringswaarborg heeft betrekking op de aansprakelijkheid voor alle activiteiten die worden uitgevoerd tijdens de loop van het contract, zelfs als er vorderingen tot vergoeding worden uitgebracht nadat de polis is stopgezet.

De posterioriteit is verzekerd in overeenstemming met de wettelijke verjaringstermijn van de aansprakelijkheidsvorderingen (20 jaar).

De schade die kan voortvloeien uit handelingen uitgevoerd vóór de inwerkingtreding van het contract blijven van de verzekering uitgesloten.

2. WAT IS DE DRAAGWIJDTE VAN DEZE VERZEKERINGSSYSTEMEN OP HET VLAK VAN POSTERIORITEIT?

2.1. Het 'loss occurrence'-systeem (schadevoorval)

Er is dekking voor de schade die heeft plaatsgevonden tijdens de loop van het contract. De claim kan worden uitgebracht na afloop van het contract. Voor de schade die zou plaatsvinden na afloop van het contract dient er een dekking van de posterioriteit te worden opgenomen, aangezien de schade moet plaatsvinden tijdens de loop van het contract om beroep te kunnen doen op een tussenkomst. Bij de collectieve overeenkomsten afgesloten bij de ziekenhuizen wordt deze waarborg over het algemeen automatisch en kosteloos voorzien in geval van overlijden of stopzetting van de activiteit. Bij een individueel ondertekend contract en de huidige stand van zaken wordt in deze mogelijkheid enkel op aanvraag voorzien na het betalen van een specifieke posterioriteitspremie. Deze aanvragen worden geval per geval onderzocht en de verzekeraar behoudt de vrijheid om de dekking van de posterioriteit te aanvaarden of te weigeren.

2.2. Het 'claims made'-systeem (aangifte)

Gedurende een periode van 36 maanden na afloop van het contract voor de handelingen of feiten die aanleiding kunnen geven tot schade, die plaatsgevonden hebben en aangegeven werden tijdens de loop van het contract.

Indien het risico gedekt wordt door een andere verzekeraar op het moment van het schadevoorval, moet de 'claims made'-verzekeraar van wie het contract afgelopen is niet meer tussenkomen.

Voor de schade die zou plaatsvinden na afloop van het contract moet in een dekking van de posterioriteit worden voorzien, omdat de schade moet plaatsgevonden hebben en aangegeven zijn tijdens de loop van het contract om recht te hebben op een tussenkomst. Bij sommige collectieve overeenkomsten die bij ziekenhuizen worden afgesloten is deze waarborg automatisch voorzien in geval van overlijden of stopzetting van de activiteit, mits betaling van een tarief en met een vooraf ingesteld maximumbedrag voor de premie.

Bij andere overeenkomsten is de waarborg van de posterioriteit gebonden aan het behoud van de dekking van het ziekenhuis bij de verzekeraar.

2.3. Het 'fact occurrence'-systeem (schadeverwekkend feit)

Dit systeem biedt een onvoorwaardelijke posterioriteit omdat de waarborg na afloop van het contract verworven blijft door de verzekerde en door zijn erfgenamen, voor zover dat de constitutieve elementen van de schade dateren uit de periode waarin de dekking van kracht was.

3. VERANDEREN VAN VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ, EEN DELICATE OEFENING

Overstappen van de ene naar de andere verzekeringsmaatschappij is een delicate oefening, omdat het kan gepaard gaan met een verandering van verzekeringssysteem.

Zo zal er, bijvoorbeeld, bij de overstap naar een maatschappij die het schadeverwekkende feit (fact occurrence) toepast, komende van een ander systeem, eventueel een anterioriteitspremie moeten betaald worden om de ongelukken te dekken die zouden kunnen plaatsvinden tijdens de dekkingperiode van de nieuwe verzekeraar, maar waarvan het schadeverwekkende feit onder de dekking van de vorige verzekeraar heeft plaatsgevonden. De vorige verzekeraar zal immers weigeren tussen te komen als de schade plaatsvindt buiten de dekkingperiode van de polis.

De noodzaak om een anterioriteitsdekking te onderschrijven doet zich ook voor wanneer men van een 'claims made'-systeem naar een 'loss occurrence'-systeem overstapt. Want zelfs als de schade plaatsgevonden heeft tijdens de duur van het 'claims made'-contract, voorziet de wet dat de verzekeraar niet dient tussen te komen als aan het einde van het contract het risico gedekt wordt door een andere verzekeraar.

4. BIJ WIJZE VAN VOORBEELD: DRIE KLASSIEKE GEVALLEN VAN TUSSENKOMST OF NIET-TUSSENKOMST VAN VERZEKERAARS NAARGELANG HET VAN TOEPASSING ZIJNDE VERZEKERINGSSYSTEEM

- A = verzekeraar die het 'fact occurrence'-principe hanteert
- B = verzekeraar die het 'loss occurrence'-principe hanteert
- C = verzekeraar die het 'claims made'-principe hanteert
- X = schadeverwekkend feit
- O = schadevoorval
- / = verandering van maatschappij

Geval nr. 1:

-----/-----X-----O ----->Tijd

B of C/A

In dit geval komt A tussen, posterioriteit 20 jaar.

Geval nr. 2:

-----X-----/-----O ----->Tijd

B of C/A

In dit geval dient A niet tussen te komen, aangezien het schadeverwekkende feit plaatsvindt voordat zijn polis van kracht wordt. Noch B, noch C dienen tussen te komen, omdat het schadevoorval plaatsvindt buiten de dekkingperiode van de polis.

Oplossing: anterioriteitsdekking.

Geval nr. 3:

-----X -----Overlijden/Pensioen-----O----->Tijd

Als de arts gedekt wordt volgens 'loss occurrence' of 'claims made' op het ogenblik van het schadeverwekkende feit, wordt hij niet gedekt door zijn maatschappij, tenzij hij een posterioriteitsdekking heeft aangevraagd en verkregen. Als de arts gedekt is volgens het schadeverwekkende feit, geniet hij van een posterioriteitsdekking.

5. CONCLUSIE

Het verzekeringscontract voor medische beroepsaansprakelijkheid strekt ertoe de verzekerde dekking te geven tegen elke vordering tot vergoeding, en zijn vermogen binnen de grenzen van de dekking te vrijwaren tegen alle schulden uit een vaststaande aansprakelijkheid. Het antwoord van de verzekeringsmarkt op dit legitieme streven is helaas ongelijk en onvolmaakt. Bovendien kan de overstap van de ene naar de andere verzekeringsmaatschappij een dekkingshiaat met zich meebrengen. Rekening houdend met de complexiteit van de materie en de voortdurende veranderingen die de markt kenmerken verdient het aanbeveling een gespecialiseerde makelaar in de arm te nemen die bekwaam is om uit te maken hoe waterdicht uw dekking is doorheen de tijd.

Briefwisseling en overdrukken:

Valéry Safarian, Account Manager, Gras Savoye Belgium

Zuiderlaan, 91 - B-1731 Zellik

Fax: 02/481.18.10, GSM: 0478/33.56.54

Valery.safarian@grassavoye.be, website: <http://www.grassavoye.be>

Het speciale september nummer van ons tijdschrift was hoofdzakelijk gewijd aan de problematiek rond eHealth. De wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 13 oktober 2008.

Het VBS zal U regelmatig op de hoogte houden van de getroffen uitvoeringsbesluiten en zal er over waken dat er rekening gehouden wordt met de belangen van de geneesheren. Het jaarlijks VBS symposium dat zal doorgaan op 7 februari 2009 zal gewijd zijn aan dit thema. Het volledige programma wordt U zo spoedig mogelijk bezorgd. De volledige tekst van de wet is beschikbaar op onze website maar kan ook op eenvoudige aanvraag bekomen worden op het secretariaat (tel 02/649.21.47 – fax 02/649.26.90 of per e-mail josiane@vbs-gbs.org).

DE BIJZONDERE BEROEPSTITEL IN DE VERZEKERINGSGENEESKUNDE EN DE MEDISCHE EXPERTISE

Het ministerieel besluit van 22 januari 2007¹ bepaalt de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten in de verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise. Op basis van de overgangsbepalingen kunnen de geneesheren die sedert ten minste vijf jaar algemeen bekend staan als bekwaam in deze materie gedurende een periode van 2 jaar te rekenen vanaf de datum van in werking treding van dit besluit hun aanvraag om erkend te worden indienen. In casu dient deze aanvraag (per aangetekend schrijven) **uiterlijk vóór 15 februari 2009** ingediend te worden bij de FOD Volksgezondheid, Erkenningscommissie verzekeringsgeneeskunde en medische expertise, Victor Hortaplein 40 bus 10 in 1060 Brussel. Het bewijs dat men algemeen bekend staat als bekwaam in deze materie kan o.m. geleverd worden door persoonlijke publicaties, een verklaring van erkende specialisten met wie geregeld wordt samengewerkt, zijn deelname aan nationale en internationale congressen, aan wetenschappelijke vergadering met betrekking tot deze materie. Het is eveneens nuttig om een schrijven toe te voegen van de voorzitter(s) van de rechtbank(en) die u regelmatig aanstellen in het kader van expertises.

U kunt de volledige tekst van het ministerieel besluit eveneens bekomen op eenvoudige aanvraag aan het secretariaat (tel 02/649.21.47 – fax 02/649.26.90 of per e-mail josiane@vbs-gbs.org)

CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER : WIJZIGING ART. 58, A

In zijn zitting van 20 september 2008 heeft de Nationale Raad het eerste lid van artikel 58, a, van de Code van geneeskundige plichtenleer als volgt gewijzigd:

"Het verstrekken van inlichtingen, in het kader van de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, aan de geneesheren-inspecteurs van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv, in zoverre die inlichtingen noodzakelijk zijn voor hun controle-opdracht en binnen de perken ervan blijven".

¹ Belgisch Staatsblad van 5 februari 2007.

NOMENCLATUUR ARTIKEL 12, § 1, a) (ANESTHESIOLOGIE)
(in voege op 1.12.2008)

18 SEPTEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 12, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 10.10.2008)

Artikel 1. In artikel 12, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging en uitkeringen, [...], in de omschrijving van de verstrekking 201294 - 201305 worden de woorden "nrs 201154 - 201165 en 201176 - 201180" vervangen door de woorden "nrs 201154 - 201165, 201176 - 201180 en 201353 - 201364".

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

NOMENCLATUUR ARTIKELEN 14, c) EN 14, e)
(PLASTISCHE HEELKUNDE & HEELKUNDE OP DE THORAX)
(in voege op 1.12.2008)

18 SEPTEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, c), en 14, e), 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. 10.10.2008)

Artikel 1. In artikel 14, c) **nvdr: Plastische heekunde** van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in I., 2.,

a) de volgende verstrekking wordt na de verstrekking 251930-251941 ingevoegd :

« 251952-251963

Vrijmaken van perforatorflap (vb : DIEP of SGAP) en klaarmaken van de vaatsteel voor microchirurgisch transfert K 300 »;

b) de toepassingsregel die na de verstrekking 251930-251941 volgt wordt als volgt gewijzigd :

de woorden « en 251930-251941 » worden vervangen door de woorden « , 251930-251941 en 251952-251963 »;

c) na de toepassingsregel van de verstrekking 251930-251941 wordt er een toepassingsregel ingevoegd, luidende als volgt :

« De prestaties 251812-251823, 251834-251845, 251915-251926, 251930-251941 en 251952-251963 mogen aangerekend worden in het kader van een reconstructie door middel van een vrije flap, wat ook de anatomische lokalisatie is van de receptorsite en het type van de uitgevoerde micro-chirurgische reconstructie, uitgezonderd wanneer een specifieke prestatie bestaat welke betrekking heeft op een specifieke reconstructie door middel van een vrije flap. »;

2° in II., 1.,

a) de hoofding die de verstrekking 252453-252464 voorafgaat, wordt vervangen door de volgende hoofding :

« Reconstructieve chirurgie na operatie 227636-227640 of 227651-227662 of 227673-227684 of 227695-227706 of 227710-227721 of 227732-227743 of 227754-227765 of 227776-227780 of 227791-227802 of 227813-227824 of 227835-227846 of 227850-227861 of 227872-227883 of 227894-227905. » ;

b) de omschrijving van de verstrekking 252475-252486 wordt vervangen door de volgende omschrijving :

« Door middel van een gesteelde spier-huidflap type latissimus dorsi flap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite) »;

c) de volgende verstrekkingen worden na de verstrekking 252475-252486 ingevoegd :

« 252534-252545

Door middel van een gesteelde TRAM-flap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite) . . K 400
252556-252560

Door middel van een klassieke micro-chirurgische vrije flap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite) K 650

252571-252582

Door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap type DIEP of SGAP (met inbegrip van het sluiten van de donorsite) K 750 »;

d) de eerste toepassingsregel die na de verstrekking 252512-252523 volgt wordt gewijzigd als volgt :

de woorden « of 252475-252486 » worden vervangen door de woorden « ,252475-252486, 252534-252545, 252556-252560 of 252571-252582 »;

e) de tweede toepassingsregel die na de verstrekking 252512-252523 volgt wordt door de volgende bepalingen vervangen :

« Indien één van de verstrekkingen 252431-252442, 252453-252464, 252475-252486 of 252512-252523 wordt uitgevoerd in dezelfde operatietijd als één van de verstrekkingen 227636-227640 of 227651-227662 of 227673-227684 of 227695-227706 of 227710-227721 of 227732-227743 of 227754-227765 of 227776-227780 of 227791-227802 of 227813-227824 of 227835-227846 of 227850-227861 of 227872-227883 of 227894-227905 worden beide verstrekkingen aan 100 % gehonoreerd.

De verstrekkingen 252453-252464, 252475-252486, 252490-252501 en 252512-252523 kunnen ook geattesteerd worden na één van de volgende ingrepen van de thoracale heekunde :

- een ingreep volgens Urban,
- of een ingreep volgens Halsted of Pattey met of zonder ex tempore pathologisch-anatomisch onderzoek,
- of het verwijderen van een gezwel uit de weke weefsels boven de spierfascia maar met volledige resectie van het orgaan waarin het gezwel is gelegen,
- of het verwijderen van een gezwel of cyste uit de borstklier,
- of een gedeeltelijke mammectomie of tumorectomie, geassocieerd met een curage van de okselklieren.

Deze bepaling blijft beperkt tot de ingrepen die uitgevoerd werden vóór de datum van inwerkingtreding van de verstrekkingen 227636-227640, 227651-227662, 227673-227684, 227695-227706, 227710-227721, 227732-227743, 227754-227765, 227776-227780, 227791-227802, 227813-227824, 227835-227846, 227850-227861, 227872-227883 en 227894-227905. ».

Art. 2. In artikel 14, e) **nvdr: Heekunde op de thorax** worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de volgende verstrekkingen worden vóór de verstrekking 226936-226940 ingevoegd :

« 227592 - 227603

Resectie van schildwachtlymfeklier N 200

227614 - 227625

Resectie van schildwachtlymfeklier met peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier N 250

227636 - 227640

Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor N 200

227651 - 227662

Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier N 300

227673 - 227684

Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier met peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier N 350

227695 - 227706

Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor met okseluitruiming N 400

227710 - 227721

Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier die wanneer tumoraal ingenomen bij peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek gevolgd wordt door een okseluitruiming N 500

227732 - 227743

Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge N 100

227754 - 227765

Volledige, borstsparende, resectie van een bewezen kwaadaardig, niet voelbaar borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, na localisatieprocedure N 150

227776 - 227780

Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier N 400

227791 - 227802

Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier, met peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier N 450

227813 - 227824

Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier, die wanneer tumoraal ingenomen bij peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek gevolgd wordt door een okseluitruiming N 600

227835 - 227846

Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en een okseluitruiming N 450

227850 - 227861

Volledige resectie van een goedaardig borstletsel N 100

227872 - 227883

Volledige resectie van een niet-voelbaar goedaardig borstletsel of met diagnostisch doeleinde, na localisatie procedure N 150

227894 - 227905

Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) zonder bewezen kwaadaardig letsel N 200 »;

2° de omschrijving van de verstreking 226936 - 226940 wordt vervangen door de volgende omschrijving :

« Okseluitruiming in het kader van de behandeling voor een bewezen kwaadaardig borstgezwel »;

3° de verstrekingen 226951-226962, 226973-226984, 226995-227006, 227010-227021, 227032-227043, 227054-227065 en 227076-227080 worden geschrapt;

4° de omschrijving van de verstreking 227511-227522 wordt door de volgende omschrijving vervangen :

« Bijkomend honorarium bij de verstrekingen 227636-227640, 227651-227662, 227673-227684, 227695-227706, 227710-227721, 227732-227743, 227754-227765, 227776-227780, 227791-227802, 227813-227824, 227835-227846, 227850-227861, 227872-227883 of 227894-227905 voor het plaatsen van een inwendige prothese tijdens dezelfde operatiezitting. » ;

5° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstreking 227113-227124 worden vervangen als volgt :

« Subareolaire resectie van het borstklierweefsel bij de man N 150 ».

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

**NOMENCLATUUR ARTIKEL 14, h), § 1, II., 1°
(OFTALMOLOGIE – THERAPEUTISCHE HANDELINGEN)
(in voege op 1.12.2008)**

18 SEPTEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 14, h), § 1, II., 1°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 10.10.2008)

Artikel 1. In artikel 14, h), § 1, II., 1°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, [...], worden de volgende verstreking en toepassingsregels ingevoegd na de verstreking 248091-248102 :

« 248334-248345

Intavitreale injectie uitgevoerd in strict aseptische omstandig heden N 115

In geval de injectie wordt toegediend voor de behandeling van subretinale neovascularisatie wordt de verstrekking 248334-248345 enkel vergoed indien aan de volgende toepassingsregels voldaan wordt :

1° de diagnose dient te steunen op de resultaten van volgende onderzoeken :

- a) onderzoek van de gezichtsscherpte;
- b) onderzoek van het voorste en achterste oogsegment (biomicroscopie en oogfundus);
- c) kleurenfundusfotografie;
- d) OCT (optical coherence tomography) of vergelijkbare methode;
- e) fluorescentie-angiografie;

2° de eerste drie injecties worden enkel vergoed indien er aan alle hier navermelde voorwaarden is voldaan :

- a) recente (minder dan 6 maanden) visusdaling waarbij de visus nog minstens 1/20 bedraagt;
- b) vaatnieuwvorming in een actief stadium (aantoonbare diffusie op fluorescentie-angiografie);
- c) netvliesoedeem aangetoond met behulp van OCT (optical coherence tomography) of vergelijkbare methode;
- d) beperkte fibrose;

3° de vierde en volgende injecties worden enkel vergoed op voorwaarde dat de visus niet onder 1/10 valt. Het voldoen aan deze voorwaarde dient aangetoond voorafgaand aan elke volgende injectie;

4° gerekend vanaf de datum van de eerste injectie, wordt het totaal aantal vergoedbare injecties beperkt tot 8 per oog tijdens het eerste jaar, tot 6 per oog het tweede jaar en tot 4 per jaar en per oog vanaf het derde jaar;

5° de subjectieve en objectieve gegevens in verband met de diagnose van subretinale neovascularisatie en het gunstig reageren op de daarvoor ingestelde behandeling, worden bewaard in het medisch dossier van de patiënt. »

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

NOMENCLATUUR ARTIKEL 20, § 1, a) (INWENDIGE GENEESKUNDE)
(in voege op 1.12.2008)

18 SEPTEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 20, § 1, a), 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. 10.10.2008)

Artikel 1. Artikel 20, § 1, a) 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 door de volgende verstrekking en toepassingsregels aangevuld :

« 470735-470746

« Kwalitatieve en audiovelocimetriscche evaluatie van (arteriële en/of veneuze) circulatieverschijnselen door Dopplereffect, in arterioveneuze fistels voor hemodialyse, buiten de heelkundige verstrekkingen, met protocol en besluit op basis van gestandaardiseerde Dopplerogrammen K15

De verstrekking 470735-470746 mag maximum 12 keer per jaar worden aangerekend.

De verstrekking 470735-470746 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking 114015-114026. »

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

REVALIDATIE IN BELGIË :
ENKELE VERKLARINGEN VOOR DE KEUZE VAN HET TYPE BEHANDELING

Persbericht KCE (26/09/2008)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht samen met het Intermutualistisch Agentschap (IMA) de organisatie en consumptie van revalidatie in België. De revalidatie is in dit land op een bijzondere manier georganiseerd: er is een keuze tussen kinesitherapie en fysieke geneeskunde, met als gevolg dat beide revalidatiekanalen naast elkaar bestaan. Vreemd genoeg is de gezondheidstoestand van de

patiënt niet doorslaggevend voor de keuze van de behandeling, maar wel andere factoren, in het bijzonder de lokale gewoonten van het ziekenhuis.

In België zijn twee soorten zorgverleners verantwoordelijk voor revalidatie: de kinesitherapeut en de specialist fysische geneeskunde en revalidatie. Deze laatste is een arts die een specialisatie van vijf jaar heeft gevolgd. Ze worden allebei door het RIZIV terugbetaald per prestatie, maar elk met hun eigen terugbetalingscodes.

Kinesitherapeuten en specialisten fysische geneeskunde bieden gelijkaardige zorg aan

Bij zogenaamde multidisciplinaire revalidatie wordt een combinatie van zorg toegediend, bijvoorbeeld kinesitherapie, ergotherapie en logopedie, aan patiënten met complexe en invaliderende aandoeningen (vb. na een hersenbloeding of na een zware operatie). Deze revalidatie vindt plaats in algemene ziekenhuizen of gespecialiseerde instellingen en wordt verstrekt door bijvoorbeeld de ergo- en kinesitherapeut, maar het is de specialist fysische geneeskunde die belast is met de supervisie.

Voor patiënten met minder complexe letsels, vaak van het bewegingsstelsel (vb. een meniscusletsel), is kinesitherapie alleen vaak voldoende. Deze patiënten kunnen zowel bij de kinesitherapeut als bij de specialist fysische geneeskunde terecht want beiden bieden kinesitherapie aan.

Eén Belg op vier ...

De onderzoekers brachten de consumptie van revalidatie in de periode 2003-2005 in kaart door middel van facturatiegegevens van de ziekenfondsen. Het blijkt dat één Belg op vier in die periode revalidatie kreeg. Het gaat hierbij vooral om kinesitherapie. Dit gebruik neemt toe met de leeftijd, vooral vanaf 60 jaar. Vrouwen krijgen vaker revalidatie dan mannen.

Vragen bij de aard van de revalidatie

Op basis van ziekenfondsgegevens kon men de revalidatie bestuderen bij patiënten die orthopedische operaties, borstamputaties of een operatieve behandeling van urine incontinentie ondergingen. Kinesitherapie - meestal al opgestart tijdens het verblijf in het ziekenhuis - is de meest voorkomende revalidatie na deze ingrepen.

Multidisciplinaire fysische geneeskunde is vaak de eerste behandeling na zware orthopedische ingrepen zoals het plaatsen van een knie- of heupprothese, een operatie aan de rug of van een gebroken heup. Het is opvallend dat deze behandeling vaak volledig stopgezet wordt na ontslag uit het ziekenhuis en dat de patiënt nadien enkel door middel van kinesitherapie gerevalideerd wordt. Dit doet de vraag rijzen of de multidisciplinaire revalidatiebehandeling echt afgestemd was op de behoefte van de patiënt. Dezelfde bedenking kan gemaakt worden bij het feit dat na sommige operaties, bijvoorbeeld van een sleutelbeenbreuk, meer dan de helft van de patiënten geen enkele revalidatie krijgt.

Het ziekenhuis maakt de keuze tussen kinesitherapie en fysische geneeskunde

Het feit dat men kan kiezen tussen kinesitherapie en fysische geneeskunde leidt naar dé hamvraag van dit rapport : welke factoren zijn bepalend bij die keuze? De lokale gewoonten van het ziekenhuis blijken de belangrijkste factor te zijn. De helft van de ziekenhuizen met een dienst voor fysische geneeskunde kiest namelijk bij minstens 80% van zijn patiënten, die één van de hoger vermelde zware operaties ondergingen, systematisch voor de financieel interessantere fysische geneeskunde.

Aanbevelingen

Het KCE raadt aan om de terugbetalingsregels voor fysische geneeskunde als revalidatie na ongecompliceerde chirurgische ingrepen zodanig aan te passen dat de keuze voor een bepaalde behandeling eerder ingegeven wordt door de werkelijke behoeften van de patiënt dan door financiële overwegingen. In plaats van dezelfde prestaties te kunnen aanrekenen als de kinesitherapeuten, zouden de specialisten fysische geneeskunde vergoed moeten worden voor hun intellectuele prestaties, zoals het stellen van de diagnose, het opstellen van een revalidatieplan en de coördinatie van de zorgen door ergotherapeuten of kinesitherapeuten. Uiteraard kan het KCE op basis van deze studie geen gelijkaardige aanbevelingen formuleren voor de revalidatie van andere aandoeningen die niet in dit rapport bestudeerd werden.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.87A.

CHRONISCH VERMOEIDHEIDSSYNDROOM : ZORGVERLENERS MOETEN MEER SAMENWERKEN

Persbericht KCE (30/09/2008)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en de Hoge Gezondheidsraad (HGR) maakten een balans op van de werking van de referentiecentra voor CVS (Chronisch Vermoeidheidssyndroom), die opgericht werden in 2002. De behandelresultaten van de centra waren eerder teleurstellend en er bestaat tot hiertoe geen enkel wetenschappelijk bewijs dat diagnose en behandeling best in dergelijke centra gebeuren. Bovendien zijn de centra er niet in geslaagd om een zorgorganisatie op te zetten in samenwerking met de eerstelijnszorg (huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen...) en nabijgelegen ziekenhuizen. Dit was nochtans één van hun belangrijkste doelstellingen. Het KCE en de HGR bevelen aan om het verder zetten van de referentiecentra strikt te koppelen aan het uitbouwen van een gestructureerd zorgnetwerk. Dit moet gepaard gaan met een wetenschappelijke evaluatie van de resultaten.

In 2002 richtte de Belgische overheid 5 referentiecentra voor CVS op. Ze was daarmee één van de koplopers in Europa. De referentiecentra zijn verbonden aan een universitair ziekenhuis (UCLouvain, UZ Leuven, UZ Antwerpen, UZ Gent voor volwassenen; en UZ Brussel voor kinderen en jongeren). Ze bieden een multidisciplinaire behandeling aan door

artsen, kinesitherapeuten, psychotherapeuten, enz. Uit een onderzoek van het RIZIV in 2006 blijkt dat hun resultaten beperkt blijven: de patiënt klaagt wel minder van vermoeidheid, maar op gebied van levenskwaliteit, werkhervatting en inspanningscapaciteit is er geen duidelijke verbetering. Binnenkort vervalt de financieringsovereenkomst tussen het RIZIV en de centra. De vraag is of de financiering moet voortgezet worden of dat er een andere aanpak bestaat die betere resultaten biedt.

De oorzaak van CVS is nog altijd niet gekend. De meest geschikte benadering is die van het biopsychosociale model: CVS zou worden uitgelokt door fysieke én psychosociale klachten die elkaar in stand houden en versterken. Essentieel voor de diagnose van CVS, is een invaliderende vermoeidheid gedurende 6 maanden. Gemiddeld 7 % van de CVS patiënten herstelt zonder behandeling, meestal binnen de eerste 5 jaar. Zonder medische tussenkomst verergeren de symptomen bij 5 tot 20 % van de gevallen. Een behandeling kan bij 40 % van de CVS gevallen de situatie verbeteren, maar garandeert geen genezing. Jongeren hebben meer kans om te genezen dan volwassenen. Hoe vroeger CVS wordt behandeld, hoe meer kans er is om met de aandoening een normaal leven te kunnen leiden.

Wat zeker duidelijk is, is dat er tot hiertoe geen enkele medicatie bestaat die CVS kan genezen. De Belgische centra passen cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie toe. Daarvan is wel bewezen dat ze voordelen bieden, tenminste als ze aangepast zijn aan de specifieke situatie van CVS en geleid worden door ervaren therapeuten. De resultaten in de centra vallen echter tegen en de reden hiervoor is niet duidelijk. Daarom dringt een strikt wetenschappelijke evaluatie zich op.

Bij de oprichting van de centra was één van de belangrijkste doelstellingen dat ze een zorgcircuit zouden organiseren in samenwerking met huisartsen, therapeuten en ziekenhuizen. Tot nu toe werd deze doelstelling niet door de centra gerealiseerd. Zowel het stellen van de diagnose, als de volledige behandeling gebeurden tot hiertoe uitsluitend in de referentiecentra zelf.

Het KCE en de Hoge Gezondheidsraad pleiten daarom voor een meer gestructureerde, wetenschappelijk gefundeerde zorgorganisatie, met een centrale rol voor de eerste lijnszorg (huisarts, kinesitherapeut, psycholoog...), in samenwerking met de tweede lijnszorg (nabijgelegen ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, ...) en het referentiecentrum. Zoals vermeld werd in een rapport van de Hoge Gezondheidsraad (Advies van de HGR nr 7814/2005) zal men daarbij met een aantal belangrijke knelpunten rekening moeten houden.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.88A.

NIEUWE TECHNIEKEN VOOR DE BEHANDELING VAN DE PROSTAAT: WERKEN ZE?

Persbericht KCE (24/10/2008)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzoekt de werkzaamheid van HIFU en twee lasertechnieken voor de behandeling van respectievelijk prostaatcarcinoom en goedaardige vergroting van de prostaat. Zijn deze technieken even doeltreffend als de klassieke behandelingen? Gaan ze gepaard met minder risico's en complicaties? Vandaag zijn er nog onvoldoende wetenschappelijke gegevens beschikbaar om op deze vragen te antwoorden. Het KCE beveelt daarom aan om de terugbetaling van deze behandelingen uit te stellen.

Prostaatcarcinoom

Prostaatcarcinoom is de meest voorkomende kanker bij mannen, maar niet de meest levensbedreigende. Als doodsoorzaak staat hij op de derde plaats van de kankers en de dood treedt meestal op na de leeftijd van 75 jaar. De kanker wordt vaak in een relatief vroeg stadium ontdekt. Aan patiënten met een levensverwachting van meer dan 10 jaar wordt vaak operatieve verwijdering of bestraling van de prostaat voorgesteld. Beide behandelingen geven een uitstekende overlevingskans, maar kunnen bijwerkingen veroorzaken zoals erectiestoornissen, incontinentie en darmproblemen. Om deze nevenwerkingen te vermijden werden enkele nieuwe technieken zoals oa HIFU (High-intensity Focused Ultrasound) ontwikkeld. Bij HIFU worden de tumorcellen door hoogfrequente geluidsgolven opgewarmd en vernietigd. Deze behandeling werd de voorbije acht jaar aan minder dan 1% van de Belgische prostaatcarcinoompatiënten in 4 Belgische ziekenhuizen aangeboden. De kosten worden gedeeltelijk door de patiënt gedragen en kunnen, afhankelijk van het ziekenhuis, variëren van 0 tot 3000 euro.

Het KCE stelde vast dat er momenteel nog niet genoeg bewijs bestaat over de voor- en nadelen van HIFU vergeleken met de standaardbehandelingen. Het beveelt daarom aan om de terugbetaling van die behandeling nog uit te stellen totdat er meer en betere wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn. Voor patiënten bij wie een plaatselijk recidief optreedt (bv bij wie radiotherapie niet heeft gewerkt), zou een terugbetaling wel kunnen worden voorzien. Voor deze beperkte patiëntengroep is hormoontherapie, die niet alleen zwaar, maar ook duur is, immers het enige alternatief.

Prostaatvergroting

Ongeveer de helft van de mannen boven de 60 jaar lijdt aan een goedaardige vergroting van de prostaat. Als er zich daarbij geen hinderlijke symptomen voordoen zoals zwakke of onderbroken urinestraal en/of vaker ('s nachts) urineren is er geen behandeling nodig. In het andere geval kan er in samenspraak met de patiënt beslist worden om te behandelen met geneesmiddelen of om te opereren. Sinds meer dan 60 jaar is TURP (transurethrale resectie van de prostaat) de meest effectieve en meest onderzochte ingreep. Bij deze behandeling wordt de prostaat afgeschraapt via een buisje in de plasbuis. TURP kan echter ook nadelen hebben: bv bloedingen, urineweginfecties, erectie- en

ejaculatieproblemen, ... Daarom proberen de urologen soms nieuwe technieken zoals de PVP (Photoselective Vaporization of the Prostate)- en holmium lasers.

In België bieden momenteel 5 ziekenhuizen PVP-lasertherapie aan, sinds 2004 goed voor een totaal van ongeveer 300 PVP procedures, voor minder dan 1% van de operaties.

De ziekenhuizen factureren hiervoor meestal een klassieke TURP aan de ziekteverzekering. Daarboven betaalt de patiënt of zijn privé verzekering vaak de prijs van de laser uit eigen portemonnee (ongeveer 1500 euro). Holmium laser behandeling wordt momenteel in België niet aangeboden voor de behandeling van prostaatvergroting.

Ook hier stelde het KCE vast dat er nog niet genoeg wetenschappelijk bewijs is over de veiligheid en doeltreffendheid van de twee lasertechnieken. Verder is er ook het nadeel van de investeringskosten en van het feit dat de urologen een heel leerproces moeten doormaken voordat zij de behandeling op een veilige en efficiënte manier kunnen uitvoeren. Naast de goede resultaten heeft TURP het voordeel dat het aan de universiteiten wordt aangeleerd en goed gekend is door de urologen. Het KCE raadt dan ook aan om de patiënt vooraf goed te informeren over de risico's van die laserbehandelingen en het beveelt aan om TURP als de standaard behandeling te behouden en de beslissing over de terugbetaling van de lasertechnieken uit te stellen totdat er meer en betere wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.89A.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

VAS-Symposium
"RECHTEN VAN DE ARTS"
Zaterdag 22 november 2008 – ANTWERPEN

Programma :

• Arts en Justitie : dialoog als therapie voor een chronisch relationeel probleem • Therapeutische vrijheid : fundamenteel, niet absoluut • Praktijkondersteuning via Impulsfonds : recht op gelijke behandeling • Rechten en plichten bij een fiscale controle • Rechten van de zorgverstreker bij een controle van de DGEC • Ereloonsupplementen : gedoogbeleid of recht?

Accreditering toegekend rubriek Ethiek en Economie (3.5 C.P.)

Georganiseerd door de Afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant van het Vlaams Artsensyndicaat (VAS).
Voor meer informatie : Secretariaat Vlaams Artsensyndicaat – Tel. 03/238.98.60 – Fax 03/238.89.97
info@vlaamsartsensyndicaat.be – www.vlaamsartsensyndicaat.be

Gastroenterology and Endotherapy : 27th European Workshop

Monday, June 22 to Wednesday, June 24, 2009 – Brussels Exhibition Centre

This course is intended for practicing gastroenterologists with varying levels of training and experience, for surgeons interested in transoral endosurgery or NOTES, for fellows in training as well as for GI nurses.

Official language : English

For further information : Course coordinator, Mrs Nancy BEAUPREZ, Gastroenterology Department, Erasme Hospital, Route de Lennik 808, 1070 Brussels – Tel. 02/555.49.00 – Fax 02/555.49.01 – E-mail : nancy.beauprez@erasme.ulb.ac.be – <http://www.live-endoscopy.com>

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
- 08012* **BRUSSEL:** Privé medisch centrum zoekt **NEUROLOOG** en **NKO**. Tel. : 02/267.97.78. Contact : Mevr. LOPEZ.

- 08088 **LUIK**: nieuw onafhankelijk medisch centrum, opening medio 2010, omgeving van Luik, bereikbaar via de snelweg, parking, centraal beheer, zoekt **GENEESHEREN-SPECIALISTEN IN ALLE DISCIPLINES**. Compleet technisch platform met uitrusting voor radiologie, kerngeneeskunde, laboratorium, operatiezaal, zwembad... Meer inlichtingen: 0486/03.86.01 - 0497/55.49.05 - mail : siroc.sprl@gmail.com
- 08099 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 08100 **FRANCE (ANNECY, HAUTE-SAVOIE) : CEDE CABINET** en association avec deux autres **RHUMATOLOGUES**. Activité importante (délais de rendez-vous environ 2 mois), ostéodensitométrie, échographie. Cette cession comprend la vente de parts de société (opération immobilière intéressante car amortissement en cours pendant encore sur 12 ans) et un droit d'entrée à discuter. Le cabinet est situé dans un petit immeuble d'un étage, entièrement remis à neuf, acheté il y a 3 ans en copropriété avec un cabinet de 5 cardiologues, un laboratoire d'analyses et une halte-garderie. Accès handicapés prévu, ascenseur, parking facile en bas de l'immeuble. Bus à la porte de l'immeuble. Contact : jean-paul.casez@wanadoo.fr, téléphone 00.33.4.50.45.34.82.
- 08102 **BRUSSEL**: Het Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter werft aan : **2 residenten in RADIOLOGIE**. • **Aard van de functie** : De geneesheer-resident verdeelt zijn tijd tussen de dienst van de zalen en deze van de raadplegingen en technische diensten; hij neemt deel aan de opleiding en aan het toezicht op de bedrijvigheid van de geneesheren-kandidaat-specialisten, de surnumeraire geneesheren en de studenten in de geneeskunde. Hij is ertoe gehouden de wachtdienst te verzekeren volgens de opdracht toevertrouwd aan de dienst waaraan hij zowel voor de deurdienst als voor de opgenomen patiënten verbonden is. Hij is verantwoordelijk voor de geneesheren-kandidaat-specialisten en voor de surnumeraire geneesheren van zijn discipline die hem gedurende de wachtprestaties bijstaan. • **Toegangsvoorwaarden** : De geneesheer resident moet: a. houder zijn van het diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde; b. tot de uitoefening van de geneeskunde in België gemachtigd zijn; c. erkend zijn in hoedanigheid van geneesheer-specialist in radiologie ofwel de vereiste wettelijke formaliteiten hebben vervuld om de erkenning in deze hoedanigheid te bekomen. • **Wij bieden** : Een verrijkende en gevarieerde functie in een universitaire werkomgeving en ploeg. Een competitief financieel statuut met ten laste neming van de professionele BV door het UMC, extra-legaal pensioen, productiviteitspremie en promotiefonds. Een taalpremie vanaf het slagen voor de Selorproef. Maaltijdcheques, wetenschappelijk verlof, zorgen aan voorkeurstarief in alle ziekenhuizen van het Irisnetwerk. Een performante technische omgeving. • **Profiel van de dienst** : ♦ Universitaire dienst die 24/24 in functie is met Stagedienst voor een volledige opleiding. ♦ Organisatie volgens klinische of technische sectoren (osteo-articulair, hoofd en hals, abdomen, thorax, pediatrie, echografie, senologie, interventie angio, interventionele thoracale ...) onder de verantwoordelijkheid van een kliniekchef of van een gespecialiseerde consultant. ♦ Volledig gedigitaliseerde dienst – radiological information system (RIS Agfa) ♦ Hospital information system (HIS). ♦ Dienst verspreid over twee sites: Hallepoort en Celrebroersstraat, online verbonden (beelden en medisch dossier). ♦ De activiteit van de dienst wordt geraamd op gemiddeld 120.000 passages/jaar. • **Bent U geïnteresseerd?** Om uw kandidatuur in te dienen, gelieve uw motiveringsbrief en uw CV te sturen naar de DHR van het UMC Sint-Pieter, Hoogstraat 322 te 1000 Brussel.
- 08103 **JODOIGNE** : Centre Médecine Spécialisée, opgericht in januari 2007, zoekt nog volgende geneesheer specialisten: **ALGEMENE CHIRURG, HARTCHIRURG, OFTALMOLOOG, GYNAECOLOOG, ORTHODONTIST, PLASTISCH CHIRURG, PEDIATER**. Zelfstandig statuut met vrije activiteitinvulling. Ambulante polikliniek, gesitueerd in het centrum van Geldenaken (Jodoigne). Adres: Av. des Combattants 19, 1370 Jodoigne. Voor meer inlichtingen: tel 010/24.30.19.

Inhoudstafel

• Verzekering medische beroepsaansprakelijkheid : systemen voor het verzekeren en dekken van posterioriteit	1
• eHealth	4
• De bijzondere beroepstitel in de verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise	4
• Code van geneeskundige plichtenleer : wijziging art. 58, a	4
• Nomenclatuur artikel 12, § 1, a) (Anesthesiologie).....	5
• Nomenclatuur artikelen 14, c) en 14, e) (Plastische heelkunde & Heelkunde op de thorax)	5
• Nomenclatuur artikel 14, h), § 1, II., 1° (Oftalmologie – Therapeutische handelingen).....	7
• Nomenclatuur artikel 20, § 1, a) (Inwendige geneeskunde).....	8
• Revalidatie in België : enkele verklaringen voor de keuze van het type behandeling (Persbericht KCE – 26/09/2008)	8
• Chronisch Vermoeidheidssyndroom : zorgverleners moeten meer samenwerken (Persbericht KCE – 30/09/2008)	9
• Nieuwe technieken voor de behandeling van de prostaat: werken ze ? (Persbericht KCE – 24/10/2008)	10
• Wetenschappelijke vergaderingen	11
• Aankondigingen	11