
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° 3 / APRIL 2010

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

WET BETREFFENDE DE VERGOEDING VAN SCHADE ALS GEVOLG VAN GEZONDHEIDSZORG (1)

**31 MAART 2010. - Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van
gezondheidszorg (1) (B.S. d.d. 02.04.2010)**

HOOFDSTUK 1. - *Inleidende bepalingen*

Afdeling 1. - Algemene bepaling

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

Afdeling 2. - Definities en toepassingsgebied

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

1° « zorgverlener » : een beroepsbeoefenaar of een verzorgingsinstelling;

2° « beroepsbeoefenaar » : de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, alsmede de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesithérapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen;

3° « verzorgingsinstelling » : elke instelling die gezondheidszorg verstrekt en is gereguleerd door de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, evenals het ziekenhuis dat beheerd wordt door het Ministerie van Landsverdediging en dat gelegen is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de bloedinstellingen en -centra in de zin van het koninklijk besluit van 4 april 1996 betreffende de afneming, de bereiding, de bewaring en de terhandstelling van bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong en de instellingen bedoeld in het koninklijk besluit nr. 143 van 30 december 1982 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor verstrekkingen van klinische biologie;

4° « verstrekking van gezondheidszorg » : door een zorgverlener verstrekte diensten met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden;

5° « patiënt » : de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek;

6° « schade als gevolg van gezondheidszorg » : schade die haar oorzaak vindt in een verstrekking van gezondheidszorg en die voortvloeit uit :

a) ofwel een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener;

b) ofwel een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid;

7° « medisch ongeval zonder aansprakelijkheid » : een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een

zorgverlener, dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt. De schade is abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid;

8° « verzekeraar » : een verzekeringsonderneming die in België is toegelaten of van toelating is vrijgesteld met toepassing van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen;

9° « verzekeringsinstelling » : de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen in de zin van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;

10° « het Fonds » : het Fonds bedoeld in artikel 6;

11° « de Minister » : de Ministers die bevoegd zijn voor Volksgezondheid en Sociale Zaken.

Art. 3. § 1. Deze wet regelt de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, onverminderd het recht van het slachtoffer of zijn rechthebbenden om, overeenkomstig de regels van het gemeen recht, de vergoeding van zijn schade voor de hoven en rechtbanken te vorderen.

§ 2. Zijn uitgesloten uit het toepassingsgebied van deze wet, de schade die het gevolg is van :

1° een experiment in de zin van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon;

2° een verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een esthetisch doel en die niet terugbetaalbaar is krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§ 3. Het slachtoffer van schade als gevolg van gezondheidszorg of zijn rechthebbenden kunnen niet meer dan een keer worden vergoed voor dezelfde schade door een beroep te doen op de procedure voor het Fonds en de gerechtelijke weg te bewandelen of door een beroep te doen op die procedure na reeds in der minne voor die schade te zijn vergoed buiten om het even welke procedure.

HOOFDSTUK 2. - *Voorwaarden voor de vergoeding door het Fonds*

Art. 4. Het Fonds vergoedt het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht :

1° wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;

2° wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst;

3° wanneer het Fonds oordeelt dat de schade veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;

4° wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.

Art. 5. De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan :

1° de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer;

2° de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;

3° de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;

4° de patiënt is overleden.

HOOFDSTUK 3. - *Het Fonds voor de medische ongevallen*

Art. 6. Er wordt een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht, genaamd « Fonds voor de medische ongevallen », die ingedeeld wordt in de categorie B bepaald bij de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle van sommige instellingen van openbaar nut.

Onverminderd de wet van 16 maart 1954 en deze wet bepaalt de Koning de regelen betreffende de organisatie en de werking van het Fonds.

Art. 7. § 1. De raad van bestuur van het Fonds is samengesteld als volgt :

- 1° vier leden die de overheid vertegenwoordigen;
- 2° vier leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers en de representatieve organisaties van zelfstandigen vertegenwoordigen;
- 3° vier leden die de representatieve organisaties van alle werknemers vertegenwoordigen;
- 4° vier leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;
- 5° vijf leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen, waaronder minstens drie artsen;
- 6° drie leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen, waaronder minstens een geneesheer-hygiënist;
- 7° vier leden die de patiënten vertegenwoordigen;
- 8° twee professoren of docenten in de rechten, gespecialiseerd in medisch recht.

De raad van bestuur en elk van de groepen die erin zijn vertegenwoordigd tellen evenveel Nederlandstalige als Franstalige leden. Om te oordelen of deze laatste voorwaarde is vervuld worden de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars en van de verzorgingsinstellingen beschouwd als één enkele groep.

De voorzitter en de ondervoorzitter behoren tot een verschillende taalrol.

§ 2. De Koning bepaalt de wijze waarop de leden worden aangewezen.

Hij benoemt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden voor een hernieuwbaar mandaat van zes jaar. Hij kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, plaatsvervangende leden benoemen.

§ 3. De Koning bepaalt de vergoedingen en het presentiegeld van de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden van de raad van bestuur van het Fonds.

Art. 8. § 1. Het Fonds heeft als opdracht de vergoeding van de slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg of van hun rechthebbenden te organiseren binnen de grenzen van de artikelen 4 en 5.

In het kader van deze opdracht is het Fonds ermee belast :

1° te bepalen of de schade als gevolg van gezondheidszorg die de patiënt heeft geleden al dan niet aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, en de ernst van de schade te beoordelen. Te dien einde, kan het Fonds :

a) aan iedere natuurlijke persoon of rechtspersoon alle documenten en informatie opvragen die noodzakelijk zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade waarvoor de aanvraag is ingediend te kunnen beoordelen;

b) een beroep doen op gespecialiseerde beroepsbeoefenaars om verduidelijking te krijgen omtrent een specifiek domein van gezondheidszorg;

2° vast te stellen of de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt daadwerkelijk en voldoende is gedekt door een verzekering;

3° wanneer het oordeelt dat de schade voldoet aan de voorwaarden gesteld in de artikelen 4 en 5, de patiënt of zijn rechthebbenden te vergoeden;

4° wanneer het oordeelt dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, de zorgverlener of diens verzekeraar te verzoeken een voorstel te doen tot vergoeding van de patiënt of zijn rechthebbenden;

5° op verzoek van de patiënt of zijn rechthebbenden, van een zorgverlener of zijn verzekeraar, een bemiddeling te organiseren overeenkomstig de artikelen 1724 tot 1733 van het Gerechtelijk Wetboek. Het Fonds kan in voorkomend geval partij zijn aan de bemiddeling;

6° op vraag van de patiënt of zijn rechthebbenden advies te verstrekken over de toereikendheid van het bedrag van de vergoeding die door de zorgverlener of zijn verzekeraar wordt voorgesteld.

§ 2. Het Fonds heeft eveneens als opdracht :

1° op verzoek van de minister of op eigen initiatief, adviezen uit te brengen over elke aangelegenheid in verband met de preventie of de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg;

2° statistieken op te maken over vergoedingen die werden toegekend krachtens de bepalingen van deze wet;

3° een jaarlijks activiteitenverslag op te stellen dat aan de minister, aan de Wetgevende Kamers en aan de Federale Commissie Rechten van de patiënt" wordt bezorgd. Dit verslag bevat de analyse van statistische en financiële gegevens, aanbevelingen om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen, een voorstelling van en toelichting bij de adviezen die het Fonds meent te moeten uitbrengen. Dit verslag bevat geen persoonsgegevens.

Art. 9. § 1. De personeelsformatie van het Fonds moet het dit Fonds mogelijk maken over de noodzakelijke deskundigheid te beschikken om in het bijzonder zijn medische en juridische opdrachten te vervullen.

§ 2. De leden van de raad van bestuur en het personeel van het Fonds, alsook alle permanente of occasionele medewerkers ervan, zijn gebonden door het beroepsgeheim. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hen van toepassing.

Art. 10. Voor de uitvoering van zijn taken kan het Fonds gefinancierd worden door :

1° een jaarlijks bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad;

2° de opbrengst van de subrogatievorderingen, die worden uitgeoefend overeenkomstig de artikelen 28, 30, 31 en 32;

3° de financiële opbrengsten van de bedragen waarover het Fonds beschikt;

4° de vergoedingen die aan het Fonds verschuldigd zijn krachtens de artikelen 15, zesde lid, en 31, zesde lid.

Art. 11. § 1. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering stelt de diensten, het personeel, de uitrusting en de installaties die vereist zijn voor de werking van het Fonds tegen betaling ter beschikking ervan.

§ 2. De Koning kan ook statutaire of contractuele ambtenaren van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of een andere openbare dienst naar het Fonds overdragen.

De Koning stelt de nadere regels voor de overdracht van het personeel vast bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Deze overdracht van personeel naar het Fonds gebeurt met behoud van graad en hoedanigheid. De betrokken ambtenaren behouden hun geldelijke en administratieve anciënniteit.

HOOFDSTUK 4. - *Procedure*

Afdeling 1. - De aanvraag

Art. 12. § 1. Elke persoon die van mening is dat hij schade als gevolg van gezondheidszorg heeft geleden of zijn rechthebbenden kunnen bij een ter post aangetekende brief bij het Fonds aanvraag doen om advies over de eventuele aansprakelijkheid van een zorgverlener inzake de geleden schade alsook over de ernst ervan.

§ 2. De aangetekende brief vermeldt :

1° de volledige identiteit van de aanvragers, en in voorkomend geval van de patiënt;

2° de datum en een omschrijving van de gebeurtenis die de schade als gevolg van gezondheidszorg veroorzaakt heeft;

3° een beschrijving van de aangevoerde schade;

4° in voorkomend geval, de identiteit en het adres van de betrokken zorgverleners;

5° een opgave van eventuele burgerrechtelijke en strafrechtelijke procedures die werden ingesteld ten gevolge van de betreffende schade;

6° alle elementen op basis waarvan de oorsprong en de ernst van de schade kunnen worden beoordeeld;

7° de eventuele reeds ontvangen vergoedingen of die in behandeling zijn, inclusief de terugbetalingen die werden of zullen worden gedaan door een verzekeringsinstelling of een verzekeraar;

8° de identiteit van de verzekeringsinstelling van de aanvrager en van de eventuele verzekeraars die de schade kunnen vergoeden.

§ 3. De aanvraag is onontvankelijk wanneer ze aan het Fonds wordt gericht na meer dan vijf jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop de aanvrager kennis heeft gehad van de schade waarvoor een vergoeding wordt gevraagd, of van de verzwaring ervan, en van de identiteit van de persoon die de schade heeft veroorzaakt, of na meer dan twintig jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop het feit dat de schade heeft veroorzaakt zich heeft voorgedaan.

§ 4. De in de paragraaf 3 bepaalde verjaringstermijn wordt geschorst of gestuit overeenkomstig het gemeen recht.

De verjaring wordt eveneens gestuit wanneer de aanvrager aan de verzekeraar van de zorgverlener of aan de verlener zelf zijn wil kenbaar maakt om vergoed te worden. Deze stuiting eindigt op het ogenblik waarop de verzekeraar of de zorgverlener aan de aanvrager schriftelijk kennis geeft van zijn beslissing om te vergoeden of van zijn weigering.

§ 5. De aanvraag is eveneens onontvankelijk indien :

1° de aanvrager reeds voor dezelfde schade een voorstel tot definitieve vergoeding van het Fonds, de verzekeraar van de zorgverlener of de zorgverlener zelf heeft aanvaard;

2° de aanvrager reeds vergoed is voor de schade door het Fonds, de verzekeraar van een zorgverlener of de zorgverlener zelf, krachtens een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak;

3° een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak de aanvraag tot vergoeding van de schade niet gegrond verklaard heeft zowel op basis van de aansprakelijkheid van een zorgverlener als op basis van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

§ 6. De aanvrager licht in voorkomend geval het rechtscollege bij wie de aanvraag tot vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg aanhangig is gemaakt in over de indiening van een aanvraag voor het Fonds. Hij licht het Fonds ook in over de indiening van elke aanvraag tot vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg voor een rechtbank overeenkomstig het gemeen recht.

Art. 13. § 1. Het versturen van de in artikel 12 bedoelde aanvraag schorst van rechtswege het onderzoek en de berechting van de burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot dit medisch ongeval die zijn ingesteld voor de rechtscolleges van de rechterlijke orde, tot de dag volgend op de dag waarop :

1° de aanvrager een definitief voorstel tot vergoeding aanvaardt ofwel van het Fonds, ofwel van de zorgverlener, ofwel van de verzekeraar van laatstgenoemde;

2° de aanvrager een voorlopig of definitief voorstel tot vergoeding weigert ofwel van het Fonds, ofwel van de zorgverlener, ofwel van de verzekeraar van laatstgenoemde;

3° het Fonds aan de aanvrager kennis geeft van een advies waarin het oordeelt dat de voorwaarden bepaald bij de artikelen 4 en 5 niet zijn vervuld;

4° de aanvrager aan het Fonds kennis geeft van zijn wil om een einde te maken aan de procedure voor het Fonds.

§ 2. De verjaring van de burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot dit medisch ongeval wordt geschorst onder dezelfde voorwaarden.

§ 3. het instellen van een rechtsvordering met betrekking tot dit medisch ongeval schorst de verjaring van de vordering bij of tegen het Fonds.

Art. 14. Wanneer de aanvraag kennelijk onontvankelijk is, brengt het Fonds de aanvrager onmiddellijk hiervan op de hoogte. Het geeft hem de redenen of waarom de aanvraag onontvankelijk is en duidt, in voorkomend geval, de instantie aan waarbij ze kan worden ingediend.

Afdeling 2. - Behandeling van de aanvraag

Art. 15. Binnen een termijn van een maand vanaf de ontvangst van de aanvraag bevestigt het Fonds de ontvangst hiervan.

In het kader van de behandeling van de aanvraag kan het Fonds bij de aanvrager of zijn rechthebbenden, bij alle zorgverleners die betrokken zouden kunnen zijn of bij de zorgverleners die de patiënt hebben behandeld, of bij elke andere persoon alle documenten en informatie opvragen die nodig zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade als gevolg van gezondheidszorg, waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen.

Binnen een termijn van een maand na de kennisgeving van de opvraging door het Fonds bezorgen de zorgverleners, de aanvrager of zijn rechthebbenden of elke andere persoon aan wie het Fonds erom vraagt, aan dit laatste alle gevraagde documenten en informatie.

Indien de aanvrager of zijn rechthebbenden of de zorgverleners of elke andere persoon de vraag van het Fonds niet beantwoorden binnen een termijn van een maand na de kennisgeving, stuurt het Fonds een herinneringsbrief.

Indien de aanvrager of zijn rechthebbenden de herinneringsbrief van het Fonds niet beantwoorden binnen een termijn van een maand nadat het fonds hen ervan kennis heeft gegeven, worden zij geacht afstand te doen van hun aanvraag en van de schorsende werking ervan wat de verjaring betreft. Die veronderstelde verzaking maakt een einde aan de procedure, maar belet niet in voorkomend geval later een nieuwe aanvraag te doen waarvan de ontvankelijkheid wordt beoordeeld op die datum.

Indien de zorgverlener, of elke andere persoon behalve de aanvrager en zijn rechthebbenden, binnen een termijn van een maand vanaf de kennisgeving van de herinneringsbrief van het Fonds en behalve in geval van overmacht, niet antwoorden, zijn zij van rechtswege tegenover het Fonds een forfaitaire vergoeding van 500 euro per dag verschuldigd vanaf de dag die volgt op de laatste dag van de termijn,

en dit tot de verzending van de gevraagde informatie en documenten, met een maximum van 30 dagen. Het Fonds brengt bij een ter post aangetekende brief de zorgverlener of elke andere persoon, dan de aanvrager of zijn rechthebbenden op de hoogte van het bedrag dat het van plan is van hem te eisen bij wijze van forfaitaire vergoeding en verzoekt hem binnen de maand zijn eventuele opmerkingen hierover mee te delen. Met de eventuele opmerkingen die meegedeeld worden na verloop van deze termijn wordt geen rekening gehouden.

Het forfaitaire bedrag vermeld in het zesde lid wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd op basis van de schommelingen van de index van de consumptieprijzen. Het aangepaste bedrag mag niet hoger zijn dan het bedrag dat resulteert uit de volgende formule : de in het zesde lid bedoelde forfaitaire som vermenigvuldigd met de index van de maand december van het verstreken jaar en gedeeld door de index van de maand december van het jaar voorafgaand aan het verstreken jaar.

Diegene die, met toepassing van het zesde lid, een bedrag verschuldigd is aan het Fonds beschikt over de mogelijkheid om een beroep in te dienen overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek.

Onverminderd zijn recht om voor de rechter te dagvaarden kan het Fonds de ingevolge het zesde lid verschuldigde bedragen bij dwangbevel invorderen. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder en de nadere regels volgens welke de vervolging bij dwangbevel wordt uitgeoefend, evenals de kosten die eruit voortvloeien en de nadere regels volgens welke ze ten laste worden gelegd.

Dit artikel doet geen afbreuk aan het recht van het Fonds, van de aanvrager of zijn rechthebbenden om tegen de zorgverlener een vordering tot schadevergoeding, een vordering tot het overleggen van bepaalde stukken overeenkomstig het vierde deel, boek II, titel III, hoofdstuk VIII, afdeling II, van het Gerechtelijk Wetboek of een vordering krachtens de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt in te stellen en, in voorkomend geval, de betaling van een dwangsom te eisen overeenkomstig het vierde deel, boek IV, hoofdstuk XXIII, van het Gerechtelijk Wetboek.

De herinneringsbrief van het Fonds, verstuurd bij een ter post aangetekend schrijven, neemt, op straffe van nietigheid, de tekst van dit artikel over.

Art. 16. Indien de persoon die de aanvraag heeft ingediend niet de patiënt is en deze nog in leven is, heeft het Fonds alleen met de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, gegeven overeenkomstig de bepalingen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, toegang tot het patiëntendossier.

Indien de persoon die de aanvraag heeft ingediend niet de patiënt is en deze overleden is, heeft het Fonds alleen met de uitdrukkelijke toestemming van een persoon bedoeld in artikel 9, § 4, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, toegang tot het patiëntendossier.

Art. 17. § 1. Het Fonds kan een beroep doen op gespecialiseerde beroepsbeoefenaars om precieze informatie te krijgen over een specifieke medische aangelegenheid.

§ 2. Tenzij de aanvraag kennelijk onontvankelijk of ongegrond is, of tenzij alle partijen bij de procedure er afstand van doen, organiseert het Fonds een tegensprekelijke expertise, indien er ernstige aanwijzingen zijn dat de schade de graad van ernst bedoeld in artikel 5 bereikt.

Het Fonds wijst in dit geval een onafhankelijk expert of, indien dit verantwoord is, een college van experts aan.

In de andere gevallen kan het Fonds een dergelijke expertise organiseren.

Het Fonds volgt het verloop van de expertise op en ziet er met name op toe dat het tegensprekelijke karakter ervan in acht wordt genomen.

§ 3. Elke partij kan bij het Fonds om de wraking van de aangewezen expert vragen indien deze niet de nodige onpartijdigheid bezit om zijn opdracht tot een goed einde te brengen.

De expert die weet dat er wat hem betreft een reden tot wraking bestaat, meldt dit onmiddellijk aan de partijen, en verklaart zich onbevoegd, tenzij de partijen hem daarvan vrijstellen.

Indien de partijen zich akkoord hebben verklaard met de aanwijzing van de expert, kunnen ze deze slechts wraken omwille van redenen die zich hebben voorgedaan of die bekend zijn geworden na zijn aanwijzing.

Er kan hoe dan ook geen enkele wraking meer worden voorgesteld na de installatievergadering of, bij gebreke hiervan, nadat de expert zijn werkzaamheden heeft aangevat, tenzij de partij slechts nadien in kennis is gesteld van de reden tot wraking.

§ 4. Tenzij de expert zich spontaan onbevoegd verklaart, richt de partij die om de wraking van de expert vraagt een met redenen omklede aanvraag in die zin aan het Fonds, op straffe van verval binnen de vijftien dagen vanaf de datum waarop de partij kennis heeft gekregen van de redenen tot wraking.

Het Fonds deelt deze aanvraag onmiddellijk bij een ter post aangetekende brief mee aan de andere partijen en aan de expert wiens wraking wordt gevraagd, met het verzoek om binnen vijftien dagen hun opmerkingen eraan mee te delen. De expert moet verklaren of hij zijn wraking aanvaardt of betwist.

De wraking wordt toegestaan indien de expert ze aanvaardt of indien hij het stilzwijgen bewaart.

Indien de expert zijn wraking betwist besluit het Fonds bij een met redenen omklede beslissing hem te handhaven of hem te wraken. Het houdt geen rekening met de opmerkingen die door de partijen werden meegedeeld na het verstrijken van de termijn van vijftien dagen bedoeld in het tweede lid.

Indien het Fonds de wraking toestaat, wijst het onmiddellijk een andere expert aan.

§ 5. Het Fonds hoort de betrokken partijen, als ze erom vragen of als het dat wenselijk acht.

Art. 18. De aanvrager, zijn verzekeringsinstelling, de betrokken zorgverleners, hun verzekeraars en de andere partijen bij de procedure voor het Fonds kunnen zich tijdens de procedure laten bijstaan door de persoon van hun keuze.

Art. 19. Wanneer de feiten die aan de oorsprong liggen van de schade als gevolg van gezondheidszorg het rechtvaardigen, geeft het Fonds ze aan bij de bevoegde administratieve, tuchtrechtelijke of gerechtelijke overheden.

Art. 20. De procedure voor het Fonds is gratis voor de aanvrager.

In voorkomend geval zijn de expertisekosten ten laste van de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de schade en van zijn verzekeraar, indien de aansprakelijkheid door hem of zijn

verzekeraar is erkend of indien deze is bepaald bij een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak.

Afdeling 3. - Advies van het Fonds

Art. 21. Binnen een termijn van zes maanden vanaf de ontvangst van de aanvraag stelt het Fonds in een met redenen omkleed advies of het meent dat de schade als gevolg van gezondheidszorg een van haar oorzaken vindt in de aansprakelijkheid van één of meer zorgverleners, of in een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, of dat de schade onder geen enkele van deze categorieën ressorteert.

Indien het Fonds van oordeel is dat de schade als gevolg van gezondheidszorg een van haar oorzaken vindt in de aansprakelijkheid van één of meer zorgverleners, vermeldt het of de aansprakelijkheid van deze zorgverlener of die zorgverleners gedekt is door een verzekeringsovereenkomst inzake aansprakelijkheid.

Indien het Fonds meent dat de schade als gevolg van gezondheidszorg haar oorzaak vindt in een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, vermeldt het of de schade de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5.

Art. 22. Het advies van het Fonds wordt bij een ter post aangetekende brief ter kennis gebracht van de aanvrager, in voorkomend geval van zijn verzekeringsinstelling, van de betrokken zorgverleners en, in voorkomend geval, van hun verzekeraars.

Het is vergezeld van de stukken en documenten waarop het gegrond is.

In de kennisgeving van het advies vermeldt het Fonds de mogelijke rechtsvorderingen en de termijnen waarbinnen deze moeten worden ingesteld. Als dat niet het geval is, worden de beroepstermijnen met zes maanden verlengd.

In dezelfde kennisgeving verzoekt het Fonds, indien nodig, de verzekeraar van de betrokken zorgverlener een voorstel tot vergoeding te doen ten gunste van de aanvrager, en licht het de andere partijen bij de procedure hierover in.

Art. 23. Indien het Fonds in zijn advies besluit dat het gaat om een van de gevallen bedoeld in artikel 4, 1° of 2°, wordt gehandeld op de wijze bepaald in afdeling 4, voor zover, als het betreffende geval dat is welk bedoeld is in artikel 4, 1°, de schade de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5.

Indien het Fonds niet besluit dat er aanleiding is tot vergoeding krachtens artikel 4, 1°, of 2°, of indien het advies van het Fonds besluit dat de schade niet de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5, kan de aanvrager, onverminderd zijn gemeenschappelijke rechtsvorderingen, overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek voor de rechtbank van eerste aanleg een vordering instellen tegen het Fonds om de vergoeding te verkrijgen waarop hij recht meent te hebben krachtens deze wet.

Art. 24. Het advies van het Fonds bindt noch de aanvrager, noch de betrokken zorgverleners en hun verzekeraars, noch, in voorkomend geval, de rechter.

Afdeling 4. - Voorstel van het Fonds

Art. 25. § 1. Wanneer het advies besluit dat er aanleiding is tot vergoeding krachtens artikel 4, 1° of 2°, en voor zover, als het betreffende geval dat is welk bedoeld is in artikel 4, 1°, de schade de ernst vertoont die bedoeld is bij artikel 5, stuurt het Fonds, binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van het advies, een voorstel tot vergoeding naar de aanvrager bij een ter post aangetekende brief.

In het geval bedoeld in artikel 4, 3°, wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar van de zorgverlener met toepassing van artikel 30, stuurt het aan de aanvrager, bij een ter post aangetekende brief, een voorstel tot vergoeding binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van de beslissing van de zorgverlener of zijn verzekeraar om de aansprakelijkheid van de zorgverlener te betwisten.

In hetzelfde geval, wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar van de zorgverlener met toepassing van artikel 32, stuurt het aan de aanvrager, bij een ter post aangetekende brief, een voorstel tot vergoeding, binnen een termijn van drie maanden die volgen op het verstrijken van de termijn van een maand waarover de verzekeraar beschikt om op de herinnering van het Fonds te antwoorden

In het geval bedoeld in artikel 4, 4°, wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar van de zorgverlener met toepassing van artikel 31, stuurt het aan de aanvrager, bij een ter post aangetekende brief, een voorstel tot vergoeding binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van zijn met redenen omkleed advies omtrent de kennelijke ontoereikendheid van het voorstel van de verzekeraar.

§ 2. Wanneer de schade kan worden gekwantificeerd, vermeldt het voorstel een definitief bedrag.

§ 3. Wanneer de schade niet volledig kan worden gekwantificeerd, stelt het Fonds de betaling van een voorlopige vergoeding voor, rekening houdend met de reeds gemaakte kosten, de aard van de letsels, het ondergane leed en het nadeel dat voortvloeit uit de reeds verstreken periodes van ongeschiktheid en invaliditeit. De voorlopige vergoeding heeft ook betrekking op het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst.

In dat geval stuurt de aanvrager, wanneer de schade volledig kan worden gekwantificeerd of wanneer ze aanzienkelijk evolueerde, een aanvullende aanvraag naar het Fonds.

§ 4. Het Fonds trekt van zijn voorstel de vergoedingen af waarop de aanvrager recht heeft krachtens een verzekeringsovereenkomst tot vergoeding van schade of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 26. § 1. De aanvrager beschikt over een termijn van drie maanden om het voorstel tot vergoeding van het Fonds te aanvaarden.

Indien de aanvrager binnen deze termijn niet reageert, stuurt het Fonds hem een herinnering bij een ter post aangetekende brief.

Indien de aanvrager niet reageert binnen een termijn van een maand volgend op deze herinnering, wordt het voorstel vermoed te zijn geweigerd. In de herinneringsbrief wordt de aandacht van de aanvrager gevestigd op de gevolgen van het uitblijven van zijn reactie.

Binnen een termijn van een maand na de uitdrukkelijke aanvaarding van het voorstel betaalt het Fonds de voorgestelde vergoeding aan de aanvrager.

§ 2. Alvorens een standpunt in te nemen over het voorstel van het Fonds, kan de aanvrager ook, binnen de termijn die bepaald is in paragraaf 1, opmerkingen formuleren over het voorstel van het Fonds, waarop het Fonds moet antwoorden. Indien het Fonds, gelet op de opmerkingen van de aanvrager, het opportuun acht, kan het Fonds het bedrag van zijn voorstel aanpassen.

De termijnen bepaald in paragraaf 1 worden geschorst tijdens de duur van het onderzoek van de opmerkingen door het Fonds, zonder dat de nog te lopen termijn ooit minder dan twee maanden mag bedragen.

Het Fonds stuurt zijn antwoord met, desgevallend een aangepast voorstel bij een ter post aangetekende brief aan de aanvrager. Deze brief vermeldt de datum waarop de nog beschikbare termijn verstrijkt, alsmede de gevolgen van het ontbreken van reactie.

De aanvrager kan slechts één keer opmerkingen toesturen.

Art. 27. Op straffe van verval, legt de aanvrager die het voorstel tot vergoeding van het Fonds betwist, zijn geschil overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek voor aan de rechtbank voor het verstrijken van de termijn bepaald bij artikel 26, § 1, in voorkomend geval verlengd in overeenstemming met paragraaf 2 van hetzelfde artikel. In het kader van die procedure is het Fonds noch gebonden door zijn advies, noch door zijn voorstel.

Art. 28. Wanneer het Fonds de aanvrager heeft vergoed met toepassing van artikel 4, 2°, treedt het in de rechten van deze laatste tegen de zorgverlener.

Noch de zorgverlener noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

Afdeling 5. - Voorstel van de verzekeraar van de zorgverlener

Art. 29. Wanneer de verzekeraar van de zorgverlener door het Fonds wordt verzocht een voorstel tot vergoeding te doen overeenkomstig artikel 22, vierde lid, wordt als volgt gehandeld.

Onverminderd de toepassing van artikel 30, stuurt de verzekeraar van de zorgverlener bij een ter post aangetekend schrijven binnen drie maanden na het verzoek van het Fonds een voorstel tot schadevergoeding aan de aanvrager en een kopie naar het Fonds.

Indien de schade kan gekwantificeerd worden, vermeldt het voorstel een definitief bedrag.

Indien de schade niet volledig kan gekwantificeerd worden, stelt de verzekeraar van de zorgverlener een voorlopige vergoeding voor, rekening houdend met de reeds gemaakte kosten, de aard van de letsels, het ondergane leed en het nadeel dat voortvloeit uit de al verstreken periodes van ongeschiktheid en invaliditeit. De voorlopige vergoeding heeft ook betrekking op het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst.

In dat geval stuurt de aanvrager, wanneer de schade volledig kan worden gekwantificeerd of wanneer ze aanzienlijk evolueerde, een aanvullende aanvraag aan de verzekeraar van de zorgverlener.

De verzekeraar van de zorgverlener betaalt de vergoeding aan de aanvrager binnen een termijn van een maand na de uitdrukkelijke aanvaarding ervan en verwittigt het Fonds van deze effectieve vergoeding.

Art. 30. Artikel 29 doet geen afbreuk aan het recht van de zorgverlener of zijn verzekeraar om de aansprakelijkheid van de zorgverlener te betwisten. Deze betwisting wordt door de zorgverlener of zijn verzekeraar ter kennis gebracht aan de aanvrager, in voorkomend geval van de verzekeringsinstelling van deze laatste, evenals van het Fonds.

In dat geval, en voor zover een van de voorwaarden bedoeld in artikel 5 wordt vervuld, stelt het Fonds zich in de plaats van de verzekeraar van de zorgverlener en wordt er gehandeld overeenkomstig de artikelen 25 tot 27.

Nadat het Fonds de aanvrager heeft vergoed, treedt het in de rechten van de aanvrager tegen de zorgverlener en, in voorkomend geval, tegen de verzekeraar die de burgerlijke aansprakelijkheid van deze laatste dekt.

Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

Art. 31. Wanneer de aanvrager een minnelijk voorstel tot vergoeding ontvangt van de verzekeraar van de zorgverlener, kan hij het Fonds schriftelijk om advies vragen betreffende dit voorstel.

Binnen een termijn van twee maanden na deze aanvraag verstrekt het Fonds een met redenen omkleed advies. Indien het Fonds het voorstel kennelijk ontoereikend vindt, stelt het zich in de plaats van de verzekeraar en handelt het overeenkomstig de artikelen 25 tot 27.

In dat geval treedt het Fonds in de rechten van de aanvrager tegen de zorgverlener en, in voorkomend geval, tegen de verzekeraar die de burgerlijke aansprakelijkheid van deze laatste dekt.

Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

Wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar overeenkomstig het tweede lid, is de verzekeraar van rechtswege aan het Fonds een forfaitaire vergoeding verschuldigd die gelijk is aan 15 % van het bedrag van de totale vergoeding aan het slachtoffer toegekend door het Fonds, of, in voorkomend geval, van het bedrag vastgelegd door de rechter, voor zover deze laatste bevestigt dat het voorstel van de verzekeraar kennelijk ontoereikend was.

Art. 32. Indien het Fonds in zijn advies tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener heeft besloten, en indien in dat geval de aanvrager binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van het advies geen minnelijk voorstel tot vergoeding ontvangt van de verzekeraar van de zorgverlener die aansprakelijk wordt geacht, informeert de aanvrager het Fonds daaromtrent.

Het Fonds stuurt een herinneringsbrief aan de verzekeraar van de zorgverlener, die beschikt over een termijn van een maand te rekenen van de kennisgeving van de herinneringsbrief om een voorstel te doen. De verzekeraar van de zorgverlener brengt het Fonds hiervan op de hoogte.

Bij gebrek aan reactie van de verzekeraar van de zorgverlener binnen de termijn van een maand te rekenen van de betekening van de herinneringsbrief, wordt de verzekeraar geacht de aansprakelijkheid van zijn verzekerde te betwisten. Indien een van de voorwaarden vastgesteld in artikel 5 wordt vervuld, stelt het Fonds zich in de plaats van de verzekeraar en wordt gehandeld op de wijze bepaald bij de artikelen 25 tot 27.

In dat geval treedt het Fonds, na de aanvrager te hebben vergoed, in de rechten van deze laatste.

Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

HOOFDSTUK 5. - *Opheffings- en wijzigingsbepalingen*

Art. 33. Opgeheven worden :

1° de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, gewijzigd bij de wetten van 21 december 2007 en 22 december 2008 en gedeeltelijk vernietigd bij arrest nr. 8/2009 van 15 januari 2009 van het Grondwettelijk Hof;

2° de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, gewijzigd bij de wetten van 21 december 2007 en 22 december 2008.

Art. 34. In artikel 1 van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut worden in de categorie B de woorden « Fonds voor de medische ongevallen », in alfabetische volgorde ingevoegd.

HOOFDSTUK 6. - *Inwerkingtreding^(*)*

Art. 35. § 1. Behoudens wat dit artikel en de artikelen 1, 6, 7, 9, 10, 11, 33 en 34 betreft, bepaalt de Koning de datum van inwerkingtreding van deze wet.

§ 2. Deze wet is van toepassing op schade veroorzaakt door een feit dat dateert van na de bekendmaking van de wet in het Belgisch Staatsblad.

NIEUWE RUBRIEK OP www.vbs-gbs.org

Cel informatie en bijstand voor kandidaat-specialisten Wist u dat... ?

Brief d.d. 25 maart 2010 van het VBS aan de artsen-specialisten in opleiding

Geachte Collega,

In de loop van de voorbije jaren is bij de toepassing van de wettelijke regeling voor de opleiding tot specialist heel wat misgelopen.

Een van de bijzondere bezorgdheden van de opstellers van ons opleidingssysteem was de vrije keuze van de kandidaat-specialisten wat hun opleiders en opleidingsdiensten betreft, én anderzijds een perfect evenwicht tussen universitaire en niet-universitaire opleidingsdiensten en stagemeesters.

(*) NB: Deze artikels treden in voege 10 dagen na publicatie. Het betreft hierbij hoofdzakelijk de oprichting van het Fonds zelf (art. 6), de samenstelling van de Raad van beheer (art. 7), de basisbepaling betreffende het personeelskader (art. 9§1), het beroepsgeheim dat de leden van de Raad van Beheer en de medewerkers moeten naleven (art. 9§2), de financieringsbronnen van het Fonds (art. 10), de mogelijkheid om bij KB personeel, uitrusting en diensten van het RIZIV ter beschikking te stellen van het Fonds tegen vergoeding (art. 11§1) evenals gelijkaardige verrichtingen vanuit de FOD Volksgezondheid (art. 11§2). Artikel 33 begraaft de doodgeboren vorige "no-fault" wetten van 15.05.2007, 21.12.2007 en 22.12.2008.

Een groot vraagteken blijft bestaan in verband met artikel 35 §2. De nieuwe wet is van toepassing voor schade veroorzaakt door een feit dat zich voordoet na 2 april 2010 (datum van publicatie in het B.S.), terwijl de concrete invoeging van de procedures nog moet volgen. Wordt opgevolgd.

Het lijkt ons de hoogste tijd de afwijkingen van deze basisprincipes bij te sturen. Het Forum der Erkenningscommissies, een emanatie van de vertegenwoordigers van de Beroepengroepen in de Erkenningscommissies bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, neemt daarom het initiatief om u in te lichten over een aantal elementaire basisprincipes, rechten en toepassingen van de wettelijke bepalingen die op dit ogenblik gelden en waarvan u wellicht niet op de hoogte gebracht bent.

In het hierbij gevoegde document worden een aantal gegevens verstrekt. Het betreft geen exhaustieve uiteenzetting i.v.m. de geldende criteria, waarvoor u trouwens steeds terecht kunt bij de Cel informatie en bijstand voor kandidaat-specialisten van het VBS (Tel. 02/649.21.47, Fax 02/649.26.90, e-mail info@vbs-gbs.org), maar om een aantal punctuele toepassingen ervan die voor uw verdere opleiding van belang kunnen zijn.

Aan de kandidaat-specialisten leden van het VBS wordt volledig kosteloos een verzekering rechtsbijstand aangeboden.

Met onze beste collegiale groeten.

Dr. M. MOENS
Secretaris-generaal

Dr. J.L. DEMEERE
VBS Voorzitter

Dr. R. HEYLEN
VBS Voorzitter Forum

Bijlage

1. Wist u dat¹ :

de kandidaat-specialist zelf zijn stageplan opmaakt en dat dit stageplan ingediend wordt bij de Erkenningscommissie?

Art. 10 eerste lid : *“De kandidaat moet uiterlijk binnen de eerste drie maanden van de aanvang van zijn opleiding, bij aangetekend schrijven, aan de Minister een plan ter goedkeuring toesturen met opgave van de stages die hij wenst te verrichten.”*

2. Wist u dat :

het stageplan moet vergezeld zijn van een attest dat aantoont dat de kandidaat door een faculteit geneeskunde aanvaard is voor de discipline waarin hij opgeleid wil worden?

“Art. 10 tweede lid: Het stageplan is vergezeld van een attest dat aantoont dat de kandidaat door een faculteit geneeskunde aanvaard is voor de discipline waarin hij opgeleid wil worden.”

Dit attest is het resultaat van de selectie door een faculteit en moet u op uw vraag overhandigd worden (attest I).

3. Wist u dat :

het ingediende stageplan betrekking moet hebben op de volledige duur van de opleiding?

“Art. 12 §1, De aanvraag om goedkeuring van het stageplan... bevat de volgende gegevens : ...

2° de data van aanvang en van beëindiging van de opleiding, met dien verstande dat het stageplan op de volledige duur van de opleiding betrekking heeft;

3° de diensten waar de stages zullen gedaan worden...”

“Art. 12 §2,2° voor elk deel van de stage een exemplaar van de schriftelijke overeenkomst, afgesloten tussen de kandidaat en de stagemeeester of de verantwoordelijke instelling, met betrekking tot de vergoeding van de kandidaat met nauwkeurige vermelding van de duur van de overeenkomst”

4. Wist u dat :

U gelijktijdig met de 2 eerste jaren van uw opleiding U ook een specifieke universitaire opleiding moet volgen die, na deze periode, getoetst wordt?

“Art. 21, 4°.... kandidaat met vrucht een specifieke universitaire opleiding heeft gevolgd; voor de kandidaat-specialisten moet deze opleiding gelijktijdig hebben plaatsgevonden met de eerste twee jaar van hun opleiding”

Het attest waaruit blijkt dat U met vrucht geslaagd bent in deze specifieke universitaire opleiding gelijktijdig met de eerste twee jaren moet U op uw aanvraag, onverwijld overhandigd worden. (attest II).

¹ Tenzij anders vermeld in de voetnoot wordt steeds verwezen naar het KB van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen

5. Wist u dat :

er nergens in de wettelijke voorschriften vermeld wordt dat, om deze universitaire opleiding te volgen, u bij een universiteit moet ingeschreven zijn? Mogelijks zullen de universiteiten dit echter eisen voor de opleiding die ze moeten geven.

6. Wist u dat :

er geen verplichting bestaat om de 2 eerste jaren van de opleiding in een universitaire dienst door te brengen? Men kan perfect de 2 eerste jaren en ook de daaropvolgende in een niet-universitaire dienst doorbrengen maar men moet "gelijktijdig" met de eerste twee jaren een specifieke universitaire opleiding volgen.

Alhoewel de Beroepengroepen een gemengde opleiding (universitaire + niet-universitaire stagediensten) voorstaan, is in principe een volledige opleiding in niet-universitaire stagediensten (bijgevolg zonder universitaire stagemeester) perfect mogelijk volgens de geldende regels.

7. Wist u dat :

de kandidaat-specialist zelf zijn stagemeester of -meesters en stagedienst (of diensten) kiest? Indien hij of zij meerdere stagemeesters heeft, kiest hij of zij een "Stagemeester-Coördinator".

De term "Universitaire Coördinerende Stagemeester" komt in de wetgeving niet voor. In universitaire middens wordt deze term (ten onrechte) gebruikt om de hoofden van de universitaire netwerken aan te duiden.

Art. 12 §1, 4° de naam van de stagemeester (s) en eventueel van de stagemeester-coördinator en zijn (hun) schriftelijk akkoord. Wanneer de kandidaat meer dan één stagemeester heeft, moet één van hen fungeren als stagemeester-coördinator.

De stagemeester-coördinator heeft als opdracht de kandidaat te begeleiden bij het opstellen van zijn stageplan en het geheel van zijn opleiding te coördineren. De stagemeester-coördinator moet erkend zijn in dezelfde discipline als die welke door de kandidaat wordt gekozen voor zijn erkenning

8. Wist u dat :

de kandidaat-specialist jaarlijks een vertrouwelijk verslag bezorgt aan de geneesheer leidend ambtenaar van de FOD Volksgezondheid betreffende de kwalitatieve en de kwantitatieve aspecten van zijn stage?

Art. 3 §2² de kandidaat-specialist brengt jaarlijks een vertrouwelijk verslag uit aan de geneesheer leidend ambtenaar van de directie Geneeskunde Praktijk betreffende de kwalitatieve en de kwantitatieve aspecten van zijn stage volgens het model bepaald door deze administratie. Deze verslagen zullen dienen als een van de elementen om de stagemeester en de stagedienst regelmatig te herevalueren.

9. Wist u dat :

de kandidaat specialist het recht heeft gedurende het verloop van zijn opleiding het stageplan te wijzigen? Dit echter mits wederzijds akkoord tussen de kandidaat-specialist en de stagemeester van de jaren die men wenst te wijzigen.

"Art. 16 De kandidaat moet elke wijziging aan zijn stageplan vooruit ter goedkeuring meedelen aan de Minister; alvorens een beslissing te nemen vraagt de Minister hierover het advies van de bevoegde Kamer van de erkenningscommissie.

Noch de kandidaat noch de stagemeester mogen eenzijdig veranderingen aanbrengen of voortijdig een einde maken aan de overeenkomst tussen de twee partijen met betrekking tot de stage. In geval van een meningsverschil zijn de bepalingen van artikel 18 van dit besluit van toepassing.

(Alle bepalingen die betrekking hebben op een nieuw stageplan zijn eveneens van toepassing op een wijziging van een stageplan".

Indien u vragen of wensen hebt raden wij u aan de Cel informatie en bijstand voor kandidaat-specialisten van het VBS te raadplegen (Tel. 02/649.21.47 – Fax 02/649.26.90, info@vbs-gbs.org, www.vbs-gbs.org) of een lid van een erkenningscommissie zetelend op de professionele bank³ te contacteren, die u graag zullen helpen.

² 30 april 1999. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten. (BS 29.05.1999)

³ zie de volledige lijst op de vbs-website www.vbs-gbs.org onder de rubriek Cel informatie en bijstand voor kandidaat-specialisten.

**ANTWOORD VAN DE VLAAMSE EN WAALSE BEROEPSVERENIGING
VOOR NEFROLOGEN, RESPECTIEVELIJK NBVN EN GNFB,
OP HET KCE RAPPORT 124A, BETREFFENDE
« ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN CHRONISCHE DIALYSE IN BELGIË »**

**Uittreksel uit het persbericht van het KCE
"Dialyse thuis of in het ziekenhuis: wie kiest?" (10/02/2010)**

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bekeek de organisatie, financiering en kosten van dialyse in België. Ondanks financiële stimulansen voor de alternatieve, iets goedkopere dialysevormen blijft de duurdere ziekenhuishemodialyse de meest gebruikte procedure. Uit het onderzoek blijkt dat deze vorm van dialyse voor ziekenhuizen en artsen financieel het meest interessant is. Voor de meeste patiënten zijn er geen duidelijke medische redenen om voor de ene of de andere vorm van dialyse te kiezen. Het KCE stelt dat de voorkeur van de patiënt doorslaggevend zou moeten zijn bij de keuze van de dialysevorm. Het pleit daarom voor een neutrale patiëntenvoorlichting en een terugbetaling op basis van de reële kosten. [...]

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: <http://kce.fgov.be> (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.124A.

**Dialyse thuis of in het ziekenhuis: een gewogen antwoord
van de NBVN en GNFB op het KCE-rapport**

Met enige verbazing hebben wij het perscommuniqué gelezen dat de wereld werd ingestuurd naar aanleiding van de publicatie van het KCE rapport betreffende de Organisatie en Financiering van de chronische dialyse in België. De titel (Dialyse thuis of in het ziekenhuis: wie kiest?) suggereert dat de verkeerde kiest. Dit wordt in de aanbevelingen nog wat explicieter verwoord: "dialysepatiënten en hun familie moeten tijdig, objectief en volledig door neutrale patiëntenbegeleiders geïnformeerd worden, zodat zij een doordachte beslissing kunnen nemen." Dit zou verkeerdelijk de indruk kunnen wekken dat nefrologen en hun teams de patiënt doelbewust dirigeren naar bepaalde (lees duurdere en meer lucratieve) dialysevormen.

Het KCE ziet dus heil in 'neutrale' patiëntenvoorlichting. Dit lijkt ons om meerdere redenen een merkwaardig besluit.

- o Ten eerste wordt dit onderwerp helemaal niet onderzocht in het KCE rapport. Wel leren we uit hoofdstuk 7, dat de vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen vinden dat de informatie over de behandelingsmogelijkheden vrij goed is.
- o Ten tweede is het helemaal niet duidelijk of goed gespecificeerd wie of wat deze "neutrale patiëntenbegeleiders" zullen zijn. Wat zullen de drijfveren van deze mensen zijn: louter kostenbeperking versus het ondersteunen van de keuze van de individuele patiënt. Staat neutraal ook voor onafhankelijk en niet vooringenomen of spreken de bedoelde educatoren eenzijdig over de theoretische voordelen van thuisdialyse ?
- o Ten derde: omdat de keuze van de dialysemodaliteit ook medische implicaties heeft, kan het niet anders dan dat de behandelende nefroloog voor dit proces verantwoordelijk is. Als "neutraal" betekent dat de begeleider buiten het nefrologische team staat, schept dit praktische, en ook deontologische problemen in verband met confidentialiteit, vrije keuze van arts enzovoort. Een dergelijke "begeleider" kan dus de facto enkel iemand zijn die deel uitmaakt van de nefrologische equipe, zoals trouwens nu al het geval is in vele centra, namelijk één of meerdere toegewijde dialyseverpleegkundigen die mede instaan voor de educatie.
- o Ten vierde: analyses van gegevens uit het zorgtraject tonen aan dat de populatie met eindstadium nierfalen vooral bestaat uit oudere, minder hoog opgeleide mensen met een belangrijke comorbiditeit. Als de overheid een verdere professionalisering van de "patiëntenbegeleiding" nastreeft (wat de NBVN en de GNFB ondersteunen), zal het inderdaad noodzakelijk zijn om hiervoor mensen in de nefrologische teams te integreren die over specifieke educatieve vaardigheden beschikken of om geïnteresseerde paramedici uit de dialysecentra verder te bekwalen in deze vorm van communicatie. Hoe verwacht het KCE deze opleiding en die functie te kunnen financieren?
- o Adviseert het KCE gelijkaardige neutrale educatoren in de hartcentra, bijvoorbeeld om de beslissing tussen ballondilatatie en open-hart-chirurgie te sturen ? Of zal de overheid zogenaamde onafhankelijke informanten ter beschikking stellen voor patiënten met prostaatkanker om hun keuze te begeleiden voor heekunde, externe radiotherapie of voor brachytherapie?. Het is vrij duidelijk dat wij, als artsen, een

Het KCE zoekt, in het verplichten van neutrale begeleiders, de opwaardering van alternatieve dialysevormen. In realiteit is er in de laatste jaren al een belangrijke verschuiving vast te stellen van dure hospitaalhemodialyse naar low cost therapieën. Uit cijfermateriaal van de Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie (NBVN) en de Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique (GNFB) blijkt dat meer dan 60 % van de patiënten met eindstadium nierfalen momenteel wordt behandeld met transplantatie of door een goedkopere vorm van out-of-hospital dialyse (low care dialyse of thuisdialyse). Uit deze cijfers blijkt bovendien dat de verschuiving van hospitaalhemodialyse naar low cost dialyse gebeurd is zonder toename in de mortaliteit, en dit ondanks een groeiende comorbiditeit. De overlevingscijfers van patiënten aan dialyse, wanneer gecorrigeerd voor leeftijd en comorbiditeit, zijn in België trouwens beter dan in de ons omringende landen. De nefrologen hebben dus al inspanningen gedaan om het aantal lage kosten dialyses substantieel te verhogen. Nog volgens het rapport moeten er richtlijnen komen over de keuze van dialysemodaliteit: er bestaan echter wereldwijd geen richtlijnen met uitzondering van een Franse richtlijn betreffende peritoneale dialyse. Er is trouwens geen wetenschappelijke basis om dialysekeuzes te leiden: het KCE rapport zelf vermeldt de afwezigheid van verschil in efficiëntie zowel als mortaliteit tussen de dialysetypes als men de comorbiditeit van de patiënten in rekening brengt.

Tenslotte wijst het KCE rapport op de discrepantie tussen de financiering van ziekenhuishemodialyse via een forfait plus een honorarium versus een forfait alleen voor de collectieve autodialyse en de peritoneale dialyse. *“In zijn huidige vorm was het systeem een financiële stimulans voor de ziekenhuizen om eerder satelliet-HD te ontwikkelen in plaats van PD, terwijl voor de nefrologen de per prestatie vergoeding voor ziekenhuis HD financieel het meest aantrekkelijk bleef.”*

De NBVN en de GNFB willen erop wijzen dat deze situatie geïnduceerd wordt door het huidige terugbetalingsstelsel, waar de nefrologen nooit voorstander van zijn geweest. Beide nefrologenverenigingen NBVN en GNFB, met de steun van zowel BVAS als ASGB, hebben reeds in 2001 voorstellen gedaan op basis van reële simulaties, om een weekhonorarium per patiënt in te voeren, ongeacht de aard van de nierfunctievervangende behandeling. Een dergelijk systeem houdt het voordeel van de eenvoud in (het budget weerspiegelt de evolutie van het aantal te behandelen patiënten) en vertrouwt de middelen toe aan diegene die best kan oordelen op medische gronden en rekening houdende met de voorkeur van de patiënt, welke de meest aangewezen techniek of setting is waarmee of waarin de patiënt optimaal wordt behandeld.

De bevindingen van het KCE zijn dus “in de feiten” correct. Ze zijn echter fout in het aanwijzen van de onderliggende oorzaken, en bij gevolg ook in het aanreiken van goede en effectieve oplossingen. De huidige situatie is gecreëerd door vaak betwistbare politieke beslissingen en belangenconflicten, die noch door wetenschappelijke argumenten, noch door zorg om het welzijn van de patiënt zijn ingegeven. Het is incorrect en onheus om de nefrologische gemeenschap te verwijten dat ze roeit met de riemen die ze heeft aangereikt gekregen.

De vraag naar meer patiënteneducatie wordt zeker door de nefrologische gemeenschap ondersteund, hoewel in dit opzicht al veel initiatieven worden genomen. Verder zijn het creëren van een capitaif honorarium, dus onafhankelijk van de dialysemodaliteit, naast het ondersteunen van multidisciplinaire teams, de meest voor de hand liggende oplossingen in dit debat. Beiden moeten echter wel de omstandigheden scheppen waarin de arts op basis van zijn wetenschappelijk inzicht samen met zijn patiënt en diens persoonlijke voorkeur, zo onafhankelijk mogelijk kan beslissen tot de optimale keuze van nierfunctievervangende therapie. Niet de overheid noch de ziekenhuisdirecteur kunnen bepalen wat de beste therapie is voor een individuele patiënt.

Het is nu aan de politiek om, hopelijk correct geïnformeerd, de juiste beslissingen aan te reiken.

Auteurs

Dr. J. Donck (oud-voorzitter NBVN, 2001-2002)
Dr. J.-M. Billioux (oud-voorzitter NBVN, 2003-2008)
Dr. B. De Moor (voorzitter NBVN)
Dr. B. Maes (ondervoorzitter NBVN)
Dr. W. Lemahieu (secretaris NBVN)
Dr. A. Van Audenhove (penningmeester NBVN)
Prof. Dr. W. Van Biesen (Raad van Bestuur NBVN)
Dr. S. Van Hooland (Raad van Bestuur NBVN)

Dr J. Pr J. Nortier (past présidente du GNFB)
Dr J.M. Pochet (président du GNFB)
Dr B. Guillaume (secrétaire du GNFB)
Dr M.C. Muniz (trésorière du GNFB)
Pr E. Goffin (Conseil d'Administration du GNFB)
Dr C.Bovy (Conseil d'Administration du GNFB)
Dr I. Simon (Conseil d'administration du GNFB)
Dr F. Collart (président du Registre du GNFB- M. Pochet (président GNFB)

**OPEN BRIEF VAN Dr. M. MOENS AAN MINISTER ONKELINX
NAAR AANLEIDING VAN HET PERSBERICHT VAN HET KCE D.D. 23.03.2010
OVER DE PERCUTAAN GEPLAATSTE HARTKLEPPEN**

Mevrouw de Minister,
Dames en Heren,

Gelieve te noteren dat ik als lid van de raad van bestuur van het KCE publiek afstand neem van het laag-bijde-grondse (anti-) propaganda artikel dat de KCE directie dinsdag 23/03/2010 om 19u57de wereld instuurde over de percutaan geplaatste hartkleppen, naar aanleiding van een publicatie in "De Standaard" van die dag.

Na de debacle van de raad van bestuur van dezelfde dinsdag 23.03.2010 (één studie goedgekeurd, twee die fundamenteel dienden te worden aangepast door de raad van bestuur - naar mijn inziens niet eens voldoende - en twee die terug naar af werden gestuurd wegens een absoluut gebrek aan inzicht in de behandelde materie) zou enige bescheidenheid het KCE hebben kunnen sieren.

Het gaat van kwaad naar (veel) erger met het KCE.

De reactie van het KCE op het artikel van de Antwerpse cardiologen is er een van rancune en van het grote gelijk. Onwaardig voor een wetenschappelijk orgaan.

Dr. Marc MOENS,
Ondervoorzitter BVAS, lid raad van bestuur KCE.

**ADMINISTRATIEVE KROMSPRAAK
(gepubliceerd in "De Specialisten" van 26.01.2010)**

De wet op de geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU- wet) beslaat 315 artikelen verdeeld over 465 A4 bladzijden, haar uitvoeringsbesluiten vullen een turf van meer dan 2.000 pagina's en de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen telt er 842. In mijn kasten staat minstens een lopende meter reglementaire teksten die tot de parate kennis van elke zorgverlener zouden moeten behoren om zonder kleerscheuren door het RIZIV landschap te mountainbiken. Dat dit nu kan samengeperst worden op informaticadragers maakt alleen een verschil in gewicht uit.

In 2002 onder Frank Vandenbroucke en in 2006 onder Rudy Demotte als ex-ministers van Sociale Zaken werd de controledienst van het RIZIV hervormd. Sinds 15 mei 2007 is de "wet op de responsabilisering" in voege. Hoewel directeur-generaal Dr. Bernard Hepp de hervorming in een interview eind 2006 "een mooie oefening in democratie" noemde blijkt dat de wet de Dienst geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) toelaat over te gaan tot vonnissen die ons inziens niet in verhouding staan tot het vergriep. In 2006 had de BVAS de ontwerpers bij het RIZIV en de parlementariërs gewezen op anomalieën betreffende de administratieve rechtspraak in het toenmalige ontwerp, maar we stuitten op heftig protest enerzijds en op desinteresse anderzijds.

De "DGEC new look" is nu operationeel. Het schavot werd geolied en de koppen beginnen te rollen. Artikel 143 §1 stelt dat de leidend ambtenaar autonoom uitspraken kan doen als de waarde van de betwiste verstrekkingen minder dan € 25.000 bedraagt, de beschuldigde geen recidivist is en geen bedrieglijk opzet had. Voor tennissterren of eerste klasvoetballers is dat bedrag misschien een peulschil, voor een arts is dat een zeer aanzienlijk bedrag. Naast de terugvordering kunnen boetes worden opgelegd tot 200 % voor niet uitgevoerde prestaties en tot 150 % voor niet conform de duizenden pagina's regelgeving uitgevoerde prestaties. Om die honoraria te verwerven heeft de arts meestal medewerkers betaald. En de fiscus is ook al

langs geweest, al gauw voor 50 % of meer. Administratieve boetes kunnen niet fiscaal in mindering gebracht worden. Zoals we in 2006 vruchteloos trachtten te voorkomen, is de straf dus een veelvoud van wat de GvU-wet ogenschijnlijk stelt.

Ziekenfondsen laten een onwetende zondaar soms maar aanmodderen, soms grijpen ze snel in. Dat hoort trouwens tot hun takenpakket waarvoor ze in 2010 van het RIZIV €1.040,835 miljoen ontvangen en waarmee hun I.T. diensten controleprogramma's op ons loslaten. De gedetecteerde verstrekker is misschien chagrijnig maar betaalt terug in de gevallen waar de mutualiteit het bij het rechte eind heeft en de kous is af. De zich van geen kwaad bewuste collega kan een paar jaar later geruïneerd worden door de DGEC. Bij verdenking van een 'overtreding' kunnen de inspecteurs ook patiënten ondervragen. Ze melden zich ongevraagd bij hen thuis aan met de mededeling dat ze als politiebeambten belast zijn met een onderzoek naar de handel en wandel van Dr. X waar de patiënt maanden tot jaren voordien zijn vertrouwen had in gesteld. Na opsomming van alle mogelijke sancties bij weigering tot coöperatie is het geheugen van de arme patiënt uiteraard opgefrist en veel betrouwbaarder dan wat in het dossier van de vervolgte arts staat genoteerd. De verdediging van de arts mag antwoorden en dan spreekt de leidend ambtenaar zonder verdere tussenkomst al dan niet zijn sanctie uit. Beroep is mogelijk, tenminste als de arts nog centen heeft om een advocaat te betalen, want het beroep werkt niet opschortend.

Het RIZIV kan uiteraard niet functioneren zonder adequate controle. Niet alle collegae zijn immers lieverdjes en bewezen misbruiken dienen gesanctioneerd. Maar dit zogezegd louter administratief optreden is buitenissig en de rechten op verdediging beperkt. Ik herhaal mijn adagio dat overreglementering altijd tot willekeur leidt. Maar niemand heeft daar oren naar en met dagelijks gemiddeld 227 pagina's Staatsblad blijft de rechtspraak krom, zowel in het departement van minister Laurette Onkelinx als in dat van minister Stefaan De Clerck.

Dr. Marc Moens, Nederlandstalig ondervoorzitter BVAS, secretaris-generaal VBS.

NOMENCLATUUR : ARTIKEL 14, h)
(oftalmologie)
(in voege op 01.05.2010)

4 MAART 2010. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 14, h), § 1, II., 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. 25.03.2010)

Artikel 1. In artikel 14, h), § 1, II, 2°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, [...], wordt na de verstrekking 248791-248802 de volgende verstrekking ingevoegd :

« 249270-249281

Digitale beeldvorming van de retina na injectie van een contrastmiddel of een kleurstof, met protocol N 250. »

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 14, j)
(urologie)
(in voege op 01.04.2010)

9 FEBRUARI 2010. - 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. 24.02.2010)

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 [...] worden de verstrekking 262415-262426 en de daaropvolgende toepassingsregel vervangen door de volgende verstrekkingen en toepassingsregel :

« 262430-262441

Plaatsen van een suprapubische katheter K 50

262452-262463

Vervangen van een suprapubische katheter K 15

De verstrekking 262430-262441 kan niet worden aangerekend met andere therapeutische verstrekkingen op de urinewegen uitgevoerd tijdens dezelfde opnameperiode. ».

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.

OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURWIJZIGINGEN

Artikelen 28 & 35 (orthopedie en traumatologie – oftalmologie) : K.B. van 26.01.2010 (B.S. d.d. 08.03.2010 – p. 14540)

Artikel 35 (otorinolaryngologie) : K.B. van 19.01.2010 (B.S. d.d. 08.03.2010 – p. 14538)

Artikelen 35 (orthopedie en traumatologie – oftalmologie – neurochirurgie – bloedvatenheelkunde) & 35bis (oftalmologie – heekunde op de thorax en cardiologie) : K.B. van 01.02.2010 (B.S. d.d. 08.03.2010 – p. 14543)

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

NIEUWE INTERPRETATIEREGEL ARTIKEL 35bis, § 1 (implantaten)

INTERPRETATIEREGEL 25 (in voege d.d. 01.06.2009) (B.S. d.d. 26.03.2010)

VRAAG

Mag het forfait van de verstrekkingen 720532-720543, 720554-720565, 720576-720580, 720591-720602, 720613-720624 en 720635-720646 twee keer worden aangerekend wanneer de ingreep voor de volledige heekundige behandeling van inflammatoire pathologie in de sinus bilateraal wordt uitgevoerd ?

ANTWOORD

Nee, het forfait van de verstrekkingen 720532-720543, 720554-720565, 720576-720580, 720591-720602, 720613-720624 en 720635-720646 mag slechts één keer aangerekend worden, ook wanneer de ingreep bilateraal wordt uitgevoerd.

VBS-GBS JAARBOEK VAN DE GENEESHEREN-SPECIALISTEN

Wij melden u dat een geactualiseerde elektronische versie van het jaarboek van de leden van het VBS-GBS eerstdaags zal worden verstuurd.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING

KOSTPRIJS VERSUS DOELTREFFENDHEID VAN CONVENTIONELE HOORTOESTELLEN 29.05.2010 – Leuven

Programma :

- 8.30 Onthaal
- 09.00 Inleiding (P. Lemkens, T. Robillard)
- 09.05 Herhaling: werking van hoortoestellen (N. Deggouj, J. Wouters)
- 09.25 Basiswoordenschat: dissectie van de technische fiche van hoortoestellen van verschillende categorieën (J.Ph. Van Damme, A. Zarowski)
- 09.50 Aanpassing en keuze hoortoestel: welke prijsklasse hoortoestellen voor welk type patiënt? (P. Coulonval, M. Laureyns, P. Lurquin)
- 10.30 Pauze
- 11.00 Evaluatie van hoortoestelaanpassing door de ORL (L. Demanez, P. Van de Heyning)
- 11.30 Nomenclatuur en kosten voor het RIZIV van hoortoestelaanpassing (M. Vigneul)
- 12.00 Bijzondere indicaties en praktische richtlijnen bij hoortoestelaanpassing (P. Corthals, I. D'Hooge, O. Lambert, P. Lurquin, P. Van de Heyning)

Inschrijving verplicht vóór 22.05.2010

Georganiseerd door de Belgische beroepsvereniging voor oto-rhino-laryngologie, gelaat- en halschirurgie
Meer info en inschrijvingsformulier : www.vbs-gbs.org

Gevraagde navorming : 3 CP Ethiek en economie

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
- 09111* **TE KOOP** : stevige onderzoekstafel, merk Maquet. Comfortabel model, geschikt voor klinisch onderzoek, ECG, kinesitherapie enz. Crèmekleurig buisstalen onderstel; bedhoogte 75 cm; hoofdsteen verstelbaar van 0° tot 90°; zachte, duurzame en onderhoudsvriendelijke (zeep, spray) kunststofbekleding met vulling, kleur: zwart (in uitstekende staat); afroller voor standaard papierrollen van 60 cm. Afmetingen (cm): B. 80 x H. 75 x L. 190 cm (vlak bed 140 cm en verstelbare hoofdsteen 50 cm). Onmiddellijk beschikbaar. Doe een bod via tel. 02/524.19.33 of e-mail pabecq@base.be.
- 10009 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 10049 **LUIK** : Het CHR de la Citadelle zoekt voor zijn dienst onco-hematologie een **ARTS-DIENSTHOOFD - MEDISCH ONCOLOOG OF HEMATOLOOG**. Inlichtingen: Dr. Dusart (04/225.60.07), medisch directrice. Kandidaturen t.a.v. Dhr. Ransart, Algemeen directeur, CHR de la Citadelle, bd du 12e de Ligne 1, 4000 Liège.
- 10061 **SURINAME** : B&R Zorg (t) is met spoed op zoek naar een **ANESTHESIOLOOG** voor een van haar klanten in Suriname (algemeen ziekenhuis met 310 bedden). U bent beginner of u beschikt al over ervaringen. U toont groot enthousiasme voor uw werk en beschikt over de eigenschap om de interdisciplinaire en collegiale samenwerking als basis voor uw werkzaamheden te beschouwen. **Kijk voor meer info op www.bd-pd.nl** en kijk dan **onder B&R Zorg(t)!** Mariska van Heijdoorn en Jera Beemsterboer staan je graag te woord via 00.31.318-656300 of via mail mariska@bd-pd.nl
- 10062 **ST.VITH** : Klinik St. Josef St.Vith zoekt geneesheren vol- of deeltijds **SMA/SMU**. Info : Dr C. VERSCHUEREN, tel. 080/854.191 of akutmedizin@klinik.st-vith.be

Wat houdt dit partnerschap in?

1. Begeleiden en opstarten van onlangs erkende geneesheren-specialisten op vlak van sociale wetgeving zodat ze zich zonder meer kunnen focussen op hun beroep
2. de artsen op de hoogte brengen van de wijzigingen in hun statuut en hen zo goed mogelijk adviseren voor een optimaal statuut
3. aan de artsen-specialisten, die eveneens werkgevers zijn goed informeren en inlichtingen verstrekken over personeelsbeleid

GBS heeft weloverwogen voor ACERTA gekozen. ACERTA telt 260.000 leden en is daarmee marktleider in België. Van de vrije beroepen is 30% van de markt bij Acerta aangesloten.

ACERTA beschikt over een team van deskundigen werkzaam in 22 kantoren verspreid over België. Zij kunnen u alle inlichtingen geven over uw sociaal statuut of de loonadministratie van uw werknemers.

Deze samenwerking zal, zonder twijfel, een meerwaarde bieden aan de leden van VBS.

Inhoudstafel

• Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (1)	1
• Nieuwe rubriek op www.vbs-gbs.org : Cel informatie en bijstand voor kandidaat-specialisten – Wist u dat... ?	11
• Antwoord van de Vlaamse en Waalse beroepsvereniging voor nefrologen, respectievelijk NBVN en GNFB, op het KCE rapport 124A, betreffende « Organisatie en financiering van chronische dialyse in België »	14
• Open brief van Dr. M. MOENS aan Minister Onkelinx naar aanleiding van het persbericht van het KCE d.d. 23.03.2010 over de percutaan geplaatste hartkleppen.....	16
• Administratieve kromspraak (gepubliceerd in "De Specialisten" van 26.01.2010)	16
• Nomenclatuur : artikel 14, h) (oftalmologie).....	17
• Nomenclatuur : artikel 14, j) (urologie)	17
• Overzicht diverse nomenclatuurwijzigingen.....	18
• Nieuwe interpretatieregels artikel 35bis, § 1 (implantaten)	18
• Wetenschappelijke vergadering	19
• Aankondigingen	19
• VBS en ACERTA zijn een partnerschap aangegaan sinds begin 2010	20

OPGELET VOOR OPLICHTERS !

Wij hebben vernomen dat er opnieuw formulieren worden verspreid voor de bijwerking van uw gegevens in medische gidsen.

Wij maken u er nogmaals attent op dat het vaak om oplichterij gaat. Lees deze formulieren zeer aandachtig!

Indien u toch een dergelijk formulier zou hebben teruggestuurd, moet u zeker niet betalen en kunt u een standaardbrief sturen, die verkrijgbaar is bij het VBS.