
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 2009

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

ONTWERP VAN WET BETREFFENDE DE VERGOEDING VAN SCHADE ALS GEVOLG VAN GEZONDHEIDSZORG

De Ministerraad van 23 oktober 2009 heeft in tweede lezing het wetsontwerp op de medische risico's en fouten goedgekeurd. De volledige ontwerptekst is nu beschikbaar op de website van de Kamer van Volksvertegenwoordigers. U kunt rechtstreeks deze tekst raadplegen via de link vermeld in voetnoot.¹ De besprekingen van dit ontwerp in de Commissie Volksgezondheid van de Kamer zijn aangevat.

In de pers is het tot nu toe opvallend stil geweest omtrent dit nieuwe ontwerp van wet. Over de jaren heen hebben ongetwijfeld tal van geïnteresseerden afgehaakt om deze saga op de voet te volgen. Hieronder vindt U de bedenkingen en opmerkingen van het VBS omtrent dit nieuwe ontwerp.

Algemene beoordeling:

Enkele elementen werden gewijzigd aan de eerste versie van maart 2009, doch de grote lijnen van het systeem en de finaliteit ervan blijven dezelfde: een poging om de scheiding der machten te omzeilen via een soort uitzonderingsrechtspraak. Onze algemene bedenkingen met betrekking tot de vorige versie zijn dezelfde gebleven. NB: het wetsontwerp heft de wet van 15 mei 2007 op! Het laatste lid van artikel 136 §2 van de wet van 14/07/1994 verdwijnt dus (zie voetnoot bij punt 7 verderop en in fine).

Gebreken van het systeem:

1. De omvang van de kost en van de "laterale kost"

Het doel is de toegang van de patiënt tot het bekomen van een schadevergoeding te vergemakkelijken. Het Fonds wordt beheerd door een orgaan met politieke en parapolitieke samenstelling. Vermits het de bedoeling is zich uit te spreken over de "verantwoordelijkheid" van een zorgverlener, kan men zich afvragen of dit niet strijdig is met het grondwettelijk principe van de scheiding der machten. Alleen een rechtsapparaat dat over een volledige neutraliteit beschikt, kan zich uitspreken over de aansprakelijkheid. Snelrecht en uitzonderingsrecht zijn nooit goed recht geweest. In deze regeling is het weliswaar het rechtsapparaat dat a posteriori het laatste woord zal hebben, maar elke gunstige uitspraak voor de beklaagde zorgverlener zal doorwegen op de begroting van de Staat. Is het wel gezond om het "algemeen belang" te laten afwegen tegen het recht van het individu? Wat zal het onzichtbaar effect daarvan zijn op de autonomie van het rechtsapparaat?

In tegenstelling tot het Franse systeem, heeft het orgaan dat het Fonds bestuurt een zeer politieke samenstelling die in niets kan gelijken op een rechtsorgaan. Alleen al de definitie van het begrip "aansprakelijkheid" voorzien in art 2,7° van het ontwerp bevat een ontaarding van het begrip.

"foutaansprakelijkheid" (zie ook punt 4 hierna). Wat wordt dan de marge tussen een "voor"-oordeel en een oordeel vooraf? Nu blijkt dat het systeem reeds werd opgestart in het kader van het RIZIV-budget, op een ogenblik dat het wetsontwerp niet eens kenbaar was gemaakt aan de leden van de Kamer; men kan zich dus afvragen wat er nadien zal gebeuren? De beslissende instanties bij deze eerste stap zullen hun beslissingsbevoegdheid over het Fonds nooit meer willen afgeven.

Dit systeem gaat een stroomversnelling veroorzaken met een toenemend aantal rechtszaken met secundaire geschillen die alsmaar zullen blijven toenemen. In werkelijkheid is dit een wet die een permanent jachtseizoen opent op de zorgverleners en een klopjachtrecht organiseert voor de ziekenfondsen (zie punt 7 hierna), die tegelijkertijd de rol van rechter en partij vervullen. Theoretisch komt het Fonds alleen tussen voor de gevallen bepaald in art. 5 (blijvende onbekwaamheid 25% of meer, tijdelijke onbekwaamheid van 6 maanden of bijzonder zware stoornissen).

¹ <http://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/flwb&language=nl&rightmenu=right&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwb.n.cfm?lang=N&legislat=52&dossierID=2240>

In werkelijkheid zal, gezien de rol van de ziekenfondsen gekoppeld aan hun subrogatierecht, het vangnet veel ruimer zijn, wat een reeks geschillen zal veroorzaken die zich zal uitstrekken tot de geringste tekortkoming of falen van een behandeling die zou kunnen in aanmerking genomen worden als een mogelijk “medisch ongeval” of “therapeutisch falen” enz. dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt.

Het geval dat door het Fonds geweigerd wordt op grond van niet-overeenstemming met de criteria van art. 5, wordt automatisch het jachtobject voor de Ziekenfondsen. De Gezondheidszorg en de Verzekeringssector die diens risico's dekt, zullen dus geconfronteerd worden met een alsnog ongekend gebleven contentieux, waardoor de rekening van dit “lateraal risico” bijzonder zwaar zal worden. Het rapport van het KCE houdt helemaal geen rekening met deze “laterale kost”. Dit rapport is trouwens gebaseerd op het Franse systeem met zijn zeer neutrale administratieve organen – waarin geen ziekenfondsen vertegenwoordigd zijn – welke slechts de aansprakelijkheid van de zorgverlener aanvaarden ingeval er een professionele fout bewezen wordt.

2. Financiële aspecten van de BA-verzekering (reserves voor de anterioriteit + snelgroeiende provisies voor de nieuwe risico's + toename van procedurele lasten en kosten + snel toenemende “laterale kost”): quid?

België kent, zoals alle delen van de westelijke wereld, een financiële crisis gelijkend op die van de jaren 1930. Verscheidene banken stoten hun verzekeringsactiviteiten af. Is dit NU het moment om de financiële sector mee te sleuren in onbekende risico's? Wil men per se het risico lopen van een nieuwe financiële crisis in de sector van de BA-verzekering “gezondheidszorg”?

Op dit ogenblik moet de BA-verzekeringssector reserves aanleggen voor de dekking van toekomstige vergoedingen in het kader van vooraf bestaande geschillen inzake aansprakelijkheid op grond van de klassieke foutaansprakelijkheid (bewezen beroepsfout) en op grond van het schadeverwekkend feit. Daaraan moeten nog toegevoegd worden: de provisies voor nog niet gesignaleerde schadeverwekkende feiten van de laatste 20 jaar tot op datum van invoeging van de wet.

Op hetzelfde ogenblik zal de invoeging van het nieuwe systeem een versnelling van veelvuldige claims (hetzij door aanvragers en hun ziekenfonds, hetzij door het Fonds zelf) veroorzaken, met een snellere toename van het aantal geschillen (de potentiële schuld van de verzekeraars) t.o.v. het Fonds, die bovendien gepaard gaat met een toename van procedurelasten en -kosten, en uiteraard ook de “laterale kost”, waarvan hoger sprake.

Hoe gaat de verzekeringssector reageren binnen enkele jaren? Gaan de verzekeringspremies opnieuw de lucht ingaan? Quid wanneer verzekeraars de sector BA-“gezondheidszorg” verlaten? Hoe gaan de onmisbare herverzekeraars op de internationale markt evolueren? Na de plotse premiestijgingen kan men zonder hen geen stap verder. Wat is dan de finaliteit van de wettelijke maatregel?

3. Het systeem van het “dubbele spoor”, doch ook van de “dubbele rol van de ziekenfondsen”!

Wat is het zogenaamde Belgische systeem van het “dubbele spoor”? Het Fonds bepaalt ab initio of er een “aansprakelijkheid” van een zorgverlener – en dewelke – betrokken is bij het schadegeval; de memorie van toelichting zegt (eerder cynisch): “...*(het zal) overigens mogelijk zijn om de procedures tegen de zorgverleners aanzienlijk te verminderen*”. In werkelijkheid zullen de gerechtelijke geschillen en de procedures in ruime mate toenemen en zullen ze langer duren. De zorgverlener(s) en zijn (hun) verzekeraar(s) zullen een veel langere justitiële weg moeten afleggen vooraleer ze een gerechtelijke uitspraak krijgen over de beslissing van het Fonds. Dit is even onrechtvaardig als de duurtijd van de huidige procedures.

De memorie van toelichting verwijst naar het Franse systeem. In Frankrijk spelen de ziekenfondsen niet dezelfde rol als in België. Hier wordt niet het “twee sporen”-systeem voorgesteld, maar het systeem van het “dubbele spoor met de ziekenfondsen” (de verzekeringsinstellingen).

In feite heeft alleen de patiënt de keuze van het spoor dat gevolgd wordt; hij kan zelfs op elk ogenblik van spoor veranderen. De zorgverleners moeten het spoor/de sporen volgen dat/die de patiënt gekozen heeft. Het is slechts nadat het Fonds een beslissing heeft genomen dat de zorgverlener(s) zich langs gerechtelijke weg tegen deze beslissing kan (kunnen) verweren. Dat is ook het principe van het Frans systeem. Maar het recent rapport van het KCE, dat een beschrijving geeft van het **Franse systeem, zegt geen woord over de samenstelling van de zgn. “Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation” (CRCI)**. Volgens de website van de CRCI zijn deze commissies samengesteld uit 20 leden (plus een voorzitter), nl. vertegenwoordigers van de zorggebruikers, van de zorgverleners, van de verzorgingsinstellingen, van de BA-verzekeraars, vertegenwoordigers van het nationaal orgaan en vier autoriteiten op het gebied van lichamelijke schade.

(In detail: « *Chaque commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales comprend, outre son président :*

- 1^o Six représentants des usagers proposés par les associations d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément au niveau régional dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 ou ayant fait l'objet d'un agrément au niveau national et ayant une représentation au niveau régional ;
- 2^o Au titre des professionnels de santé :
 - - deux représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral désignés après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives, dont un médecin ;
 - - un praticien hospitalier désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ;
- 3^o Au titre des responsables des institutions et établissements publics et privés de santé :

- - un responsable d'établissement public de santé proposé par les organisations d'hospitalisation publique les plus représentatives au plan régional ;
- - deux responsables d'établissements de santé privés désignés par les organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan régional, dont un représentant des organisations d'hospitalisation privée à but non lucratif participant au service public hospitalier ;
- 4^o Deux représentants de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales désignés par son conseil d'administration ;
- 5^o Deux représentants des entreprises pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale prévue à l'article L. 1142-2 ;
- 6^o Quatre personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels. »)

Er zijn geen ziekenfondsvertegenwoordigers voorzien.

4. Het “dubbele spoor”, maar ook de “dubbele notie over aansprakelijkheid”

Over het Franse systeem lezen wij duidelijk in het KCE-rapport dat “de schadevergoeding zal worden toegekend door de verzekeraar van de zorgverstrekker of van de verzorgingsinstelling **indien een fout kan worden aangetoond.**” Deze benadering is nergens terug te vinden in de tekst van het wetsontwerp. Voor het spoor van het Fonds is **de notie over “aansprakelijkheid” tweeledig** (art. 2, 7^o: “...Het therapeutisch falen en het stellen van een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medische ongevallen zonder aansprakelijkheid”).

Wat kunnen we dan verwachten van de procedure via gerechtelijke weg (het spoor van de tweede kans voor de verstrekker), temeer daar twee hypothesen mogelijk zijn:

- A) ofwel neemt de rechter enkel de professionele fout in beschouwing. Met andere woorden: zelfs als zijn uitspraak poneert dat er geen sprake is van een professionele fout, zal de rechter niet noodzakelijk de beslissing van het Fonds tegenspreken, waarvan de “logica” van (wettelijke) verantwoordelijkheid niet meer zou zijn gebaseerd op een professionele fout, maar op het “specifieke” concept; in dat geval wordt voor de verstrekker de (secundaire) beroepsmogelijkheid via gerechtelijke weg een zuivere principekwestie: vrijgepleit worden van een professionele fout. Waarschijnlijk zal de rechter het zelfs niet nodig achten zich daaromtrent uit te spreken, aangezien het hier over de “verantwoordelijkheid” gaat volgens het concept van het Fonds.
- B) ofwel wordt de rechtspraak geleidelijk aan gecontamineerd door het “aansprakelijkheidsconcept” van het Fonds, in welk geval alle niet-foutieve handelingen door de rechter via een eenvoudig oorzakelijk verband als handelingen zouden beschouwd worden die de aansprakelijkheid van de verstrekker in het geding brengen.

Memorie van toelichting (art. 4, p. 33, laatste lid): “Hierbij dient gezegd dat in het geval waarbij het Fonds enkel op basis van zijn advies een schadevergoeding betaalt, en de rechter uiteindelijk noch tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, noch tot een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid besluit, het Fonds de schadevergoeding alleen op zich zal moeten nemen. Men heeft er immers voor gekozen om in dit geval de door het Fonds gestorte schadevergoeding niet bij het slachtoffer te recupereren. Het Fonds zal dan ook zeer zorgvuldig advies moeten uitbrengen betreffende de al dan niet aansprakelijkheid van een zorgverlener.” Anders gezegd: als de rechter oordeelt dat er sprake is van een soort tussenliggend oorzakelijk verband – niet echt een “zuiver” ongeval en ook niet echt een fout – tussen de therapeutische akte en de schade, zal het verdict luiden: “verantwoordelijk volgens de definities van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg”. Nog voor we vijf jaar verder zijn, zal de notie van verantwoordelijkheid niet meer overeenstemmen met de notie die wordt gedekt door het verzekeringscontract van de beroepsbeoefenaar.

5. De verzoeker en zijn mutualiteit

De patiënt heeft de keuze tussen gerechtelijke stappen en een beroep op het Fonds, maar kan slechts eenmaal schadeloos gesteld worden. Daarbij kan hij echter op twee paarden wedden: vb. eerst gerechtelijke procedure en vervolgens het Fonds (in welk geval de gerechtelijke procedure wordt opgeschort).

Subsidiaire vraag: enkel de patiënt (of zijn rechthebbenden) kan (kunnen) “aanvrager” zijn (in de procedure van het Fonds), maar kan de V.I., krachtens de bepalingen van de wet betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden (art. 39 en 40 van de wet van 6 augustus 1990) een parallelle rechtsovereenkomst instellen tegen de verstrekker(s)? We treffen in het wetsontwerp geen enkele bepaling aan die dat zou verbieden.

6. Een Fonds bij het RIZIV

Het Fonds is ingebed in de RIZIV-structuur: het wordt beheerd door een Raad van Bestuur waarin de artsen ondervertegenwoordigd (3 van de 28 leden) en de risicoverzekeraars helemaal niet vertegenwoordigd zijn.

NB: art. 7 De Raad van Bestuur omvat 7 groepen: 1^o 4 vertegenwoordigers van de politieke overheid, 2^o 4 vertegenwoordigers van de werkgevers, 3^o 4 vertegenwoordigers van de werknemers, 4^o 4 vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, 5^o 5 vertegenwoordigers van de zorgverleners, waarvan 3 artsen, 6^o 3 vertegenwoordigers van de verzorgingsinstellingen, 7^o 4 vertegenwoordigers van de patiënten. Elke groep heeft evenveel Nederlandstalige als Franstalige vertegenwoordigers (er is dus een probleem wat de groepen 5^o en 6^o van art. 7 betreft; het ontwerp biedt de eventuele mogelijkheid om vervangers te voorzien).

Het Fonds functioneert met personeel van het RIZIV en personeel dat (bij beslissing van de minister) is overgeheveld vanuit de FOD Volksgezondheid. We mogen dus verwachten dat het RIZIV binnenkort tot de aanwerving overgaat van bvb. gewezen adviserende artsen van bepaalde V.I. of voormalige juridisch stagiairs van bepaalde advocatenkantoren enz. om dit personeel samen te stellen).

In tegenstelling tot de door de Franse wet voorgeschreven organen, waarin geen vertegenwoordigers van de ziekenfondsen zetelen, weert het Belgische ontwerp de verzekeraars van de BA-sector. De beheerder van het Fonds zal zijn beslissingen dus nemen zonder de minste technische overweging over de problemen i.v.m. verzekeraarbaarheid; deze ontstentenis baart des te meer zorgen als men rekening houdt met de duale evolutie van de “aansprakelijkheidsconcepten” die als basis zullen dienen voor de dekkingscriteria van de verzekeraars enerzijds (doorberekend in de individuele polissen van de verstrekkers), en voor de beslissingen van het Fonds anderzijds.

7. Afwezigheid van onpartijdigheid gegarandeerd

- **Rol van de ziekenfondsen: rechter en partij:** vb. art. 15, 3^{de} lid: “bezorgen de zorgverleners (...) of elke andere persoon tot wie het Fonds een vraag richtte, aan deze laatste alle gevraagde documenten en informatie”. De identiteit van de verzekeringsinstelling is zelfs een verplicht element van de aanvraag om een beroep te kunnen doen op het Fonds; het is niet de patiënt die dat beslist, maar het Fonds dat zijn tussenkomst vraagt in de procedure. Ander voorbeeld: art. 18: “De aanvrager, zijn verzekeringsinstelling, de betrokken zorgverleners, hun verzekeraars en de andere partijen bij de procedure (...) kunnen zich tijdens de procedure laten bijstaan door de persoon van hun keuze” (NB: memorie van toelichting: “vb. een advocaat, een vertrouwensarts... een vertegenwoordiger van de mutualiteit”; artikelsgewijze bespreking – art. 12.8°: “Ook kan het Fonds zo de verzekeringsinstelling van de patiënt op de hoogte houden van het verloop van de procedure, of deze zelfs toelaten ze te vervoegen indien hij dat opportuun acht” en “De verzekeringsinstelling kan immers als belanghebbende partij het Fonds op regelmatige tijdstippen om informatie verzoeken. Bovendien kan ze aanwezig zijn bij de tegensprekelijke expertise”).

Het ligt voor de hand dat:

- de V.I. een actieve, zelfs beslissende rol gaan spelen in de procedure;
- de V.I. alles in het werk zullen stellen om de hand te kunnen leggen op inlichtingen m.b.t. het in onderzoek zijnde dossier;
- de V.I. een privilege van voorkennis zullen hebben voor elke beslissing van de Raad van bestuur van het Fonds;
- de V.I. bevoorrechte contacten zullen hebben met het bestuur van het Fonds.

Het is niet onmogelijk en zelfs heel waarschijnlijk dat de V.I. deze rol aan hun super-adviserende geneesheren met specialisatie in de gerechtelijke geneeskunde en expertisegeneeskunde zullen toevertrouwen. Het spreekt voor zich dat dat een zware hypotheek zal leggen op de neutraliteit van de procedure en vooral op de neutraliteit van de “tegensprekelijke” expertises. Feit is dat de V.I. tegelijkertijd in het belang van de patiënt en in hun eigen belang optreden²

NB: voor het subrogatierecht in het kader van de ZIV (art. 136 §2 en volgende van de ZIV-wet van 14/07/1994) gold een specifieke bepaling (“**Deze paragraaf is niet van toepassing op de vergoedingen toegekend in toepassing van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van medische verzorging met uitzondering van de gevallen³ bedoeld in artikel 30 van dezelfde wet.**”)

De twee wetten van 15/05/2007 werden opgeheven door art. 33 van het ontwerp (met onmiddellijke ingang), maar dat ontwerp bevat geen enkele bepaling die voor de nieuwe wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg hetzelfde principe opnieuw in de ZIV-wet invoert.

8. Gefaseerde inwerkingtreding (art. 35 §1)

De huidige wet (15 mei 2007) blijft opgeschort tot een “datum door de Koning te bepalen”.

Het nieuwe ontwerp heft de wet van 2007 (art. 33) op. De bepalingen van de art. 35, 1, 6, 7, 9, 10 en 33 van het ontwerp treden 10 dagen na bekendmaking in het Staatsblad in werking en hebben betrekking op schade veroorzaakt door een feit dat dateert van na deze bekendmaking. De andere artikelen treden daarentegen in werking op een door de koning bepaalde datum; er wordt niet gezegd dat dat in zijn geheel moet gebeuren. Aangezien het over een politiek “gevoelige” materie gaat, is het dus mogelijk dat de koning deze bepalingen voor sommige artikelen wel uitvaardigt en voor andere misschien niet..., of nog, dat sommige bepalingen ondertussen aanpassingen ondergaan...

Na 19 jaar doelloos gepalaver over de aansprakelijkheid “zonder fout”, zien we eindelijk waar de mutualiteiten heen willen.

² Ter informatie: de **wet van 6 augustus 1990** betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen: “Art. 39. § 1. De ziekenfondsen en de landsbonden kunnen met de instemming van de betrokken leden of de personen te hunnen laste, in rechte optreden ter verdediging van de belangen van deze personen ten opzichte van derden in het kader van de diensten (...) bedoeld in de artikelen 3, b) en c), en 7, §§ 2 en 4. <W 2000-08-12/62, art. 149, 1°, 006; Inwerkingtreding : 10-09-2000>
De ziekenfondsen en de landsbonden kunnen in rechte optreden ter verdediging van de individuele rechten van hun leden mits het uitdrukkelijk akkoord van het betrokken lid of van de personen te zijnen laste of van de collectieve rechten van hun leden en de personen te hunnen laste, welke voortvloeien uit (de overeenkomsten en akkoorden bedoeld in titel III, hoofdstuk V, van voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994), en uit artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel. <W 2000-08-12/62, art. 149, 2°, 006; Inwerkingtreding : 10-09-2000>
§ 2. Het optreden van de ziekenfondsen en van de landsbonden doet geen afbreuk aan de rechten van de leden en de personen te hunnen laste om zelf de zaak aanhangig te maken of in het geding tussen te komen.”

“Art. 40. De ziekenfondsen en de landsbonden die in het kader van een dienst bedoeld in artikel 3, b), of 7, § 2, hun leden en de personen te hunnen laste uitkeringen of tegemoetkomingen hebben verleend, treden tot beloop van het bedrag van deze prestaties in alle rechten die de leden en de personen te hunnen laste tegenover derden kunnen doen gelden uit hoofde van de berokkende schade.”

³ Uitzonderingen: opzettelijke fout of zware fout van de zorgverstrekker

9. Het woord “aansprakelijk”: op wie is het van toepassing?

Het woord “aansprakelijk” komt in de hele wetgeving en de massa normatieve of andere uitvoeringsmaatregelen met betrekking tot de ziekenhuizen en de gezondheidszorg in overvloed voor. Er zullen jaren van denkwerk nodig zijn om te weten wat de precieze draagwijdte van al deze “aansprakelijkheden” is binnen het aansprakelijkheidsconcept dat het Fonds hanteert. Te beginnen met de “algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit” van de beheerder (art. 16 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 10 juli 2008).

Wat deze algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid betreft, is de individuele beroepsbeoefenaar, zodra er een verantwoordelijke moet worden aangesteld, op zichzelf aangewezen, ook al is hij gedekt door een verzekeraar in het kader van een globale, met het ziekenhuis afgesloten polis. Het is hoe dan ook nu al zo dat de expert(s) van de verzekeraars bij bemiddelingsprocedures soms een gewilliger oor hebben voor degene die de globale premie betaalt dan voor de beroepsbeoefenaar die betrokken is bij de zorgverlening aan de patiënt.

10. Wie verzekert? En wie verzekert de veiligheid?

Een ander zeer waarschijnlijk gevolg: door de hoge verzekeringskosten (zie punt 2) zullen de verzekeraars gedwongen zijn uitsluitingen in de contracten op te nemen – en zelfs niet noodzakelijk alleen zware fouten – op basis van hun statistieken van schadegevallen. Met het oog op het risicobeheer zullen ze bovendien veiligheidsvoorwaarden willen opleggen.

In dat verband vermelden we dat er bij de FOD Volksgezondheid onder de noemer “Patient Safety” een strategische raad is ingesteld die bezig is met de uitwerking van een registratiesysteem voor ongewenste voorvallen, met het oog op de preventie en verbetering van interne veiligheidsprocedures (databank). De ziekenhuizen werken eraan mee (ze hebben zich ertoe verbonden door ondertekening van het contract “Kwaliteit en Patiëntveiligheid” in 2008 en 2009). Deze werkgroep had een voorstel voor wetsontwerp klaar met de bedoeling een artikel 17 §1 aan de ziekenhuiswet toe te voegen, geïnspireerd op een Richtlijn van de Europese Raad van 9 juni 2009. Er zou een intern registratiesysteem voor ongewenste voorvallen worden ingevoerd om de patiëntveiligheid beter te verzekeren, waarbij het wetsontwerp preciseerde dat de elementen uit deze databank geen grond konden vormen voor het erkennen van een aansprakelijkheid.

De juristen van het kabinet hebben dit ontwerp resoluut afgewezen op het moment dat het contract “Kwaliteit en Patiëntveiligheid” 2010 in voorbereiding was. Concreet betekent dat niet alleen dat de ongewenste voorvallen die werden geregistreerd in het kader van de contracten 2008 en 2009 geen enkele juridische bescherming bieden als mogelijke bron van schadeverwekkende feiten in de betrokken jaren, maar ook dat de voortzetting van het systeem onmogelijk wordt zodra het wetsontwerp in werking treedt, aangezien het Fonds de bevoegdheid heeft om alle informatie te vorderen bij elke persoon die bij machte is deze informatie te leveren. “Elke persoon, de verzekeraar inclusief”? Als de verzekerde niet meer vrij met zijn verzekeraar kan praten, hoe kan hij dan nog verzekerd worden?

11. Het niet al te “gezonde verstand” van de definities

Hoofdstuk 1, art. 2: definities

1° “beroepsbeoefenaar”: “de beroepsbeoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen, zoals de beroepsbeoefenaars van een **niet-conventionele praktijk**, bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesithérapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen”.

We bevinden ons dus in een situatie waarin de fouten van een **klinisch psycholoog** (buiten KB nr. 78 en buiten niet-conventionele praktijken) hem of haar niet ten laste kunnen gelegd worden... maar in de schoenen geschoven worden van de “verantwoordelijke” psychiater van de dienst (?), of in die van zijn werkgever-ziekenhuisbeheerder (?).

De schade die echter het gevolg is van **niet-conventionele praktijken** (NCP) wordt in aanmerking genomen, terwijl art. 3 §2 formeel schade uitsluit die het gevolg is

1° van een experiment in de zin van de wet van 7 mei 2004

2° van een zorgverstrekking uit esthetisch oogpunt

De logica achter punt 2° is ons niet helemaal duidelijk: wat is er experimenteler dan de niet-conventionele praktijken (NCP) en waarom geldt de redenering van de memorie van toelichting m.b.t. de verstrekkingen “met esthetisch oogpunt” niet voor de NCP?

Mem. v. toel. p. 8: “*Het lijkt inderdaad weinig opportuun om de nationale solidariteit te laten opdraaien voor de vergoeding van prestaties die enkel naar goedgevoelen van de patiënt worden verwezenlijkt. **Het criterium zal daarom de eventuele terugbetaling van de verstrekking zijn door de ziekte- en invaliditeitsverzekering.***”

Deze redenering had men volledig kunnen doortrekken, met name voor wat het begrip “de huidige stand van de wetenschap” (punt 7 van het artikel) betreft: het is al even onlogisch om de individuele verstrekkers op te zadelen met wat de solidariteit (de ZIV) weigert te dekken in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Wat gebeurt er ten slotte met de schade die veroorzaakt werd door **andere professionals** (die niet onder KB nr. 78 of NCP vallen), zoals de **opticiens** en de **leveranciers van implantaten**, die hun werkzaamheden uitoefenen in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging? Zal het implantaat de exclusieve aansprakelijkheid van de implanteerder in het geding brengen? Als de patiënt zich schadeloos wil laten stellen door het Fonds, gaat dat Fonds, en dus de Staat, dan alle schadegevallen vergoeden die onder de verantwoordelijkheid vallen van een

chirurg), of "een feit waarvoor de zorgverstrekker aansprakelijk is" (die overigens een lange gerechtelijke procedure zal moeten voeren om het tegendeel te bewijzen)? Het Fonds zal de producent/leverancier of diens verzekeraar echter niet kunnen aanklagen, wegens de lacunes in de definitie van de "beroepsbeoefenaar".

Definitie punt 7°: "**medisch ongeval zonder aansprakelijkheid**": ongeval verbonden met een verstrekking

- dat de aansprakelijkheid van de zorgverstrekker niet in het geding brengt
- dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt
- dat voor de patiënt leidt tot abnormale schade = dat zich niet had mogen voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief te verwachten evolutie.

Echter, in fine: worden niet beschouwd als een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid: het **therapeutisch falen** en **de verkeerde diagnose zonder fout**. Zij brengen dus de aansprakelijkheid van de beroepsbeoefenaar in het geding. Waartoe dient dan de geïnformeerde toestemming? Hoe meer de beroepsbeoefenaar de patiënt waarschuwt voor bepaalde risico's, des te meer aansprakelijkheidsproblemen hij zich op de hals haalt als een van die risico's tot schade leidt.

Punt 9°: definitie "**verzekeringsonderneming**": de mutualiteiten en de landsbonden van mutualiteiten in de zin van de wet van 6 augustus 1990.

Men kan zich afvragen waarom dit begrip moet omschreven worden. Het wordt ook niet gedaan voor de andere categorieën die vertegenwoordigd zijn in de Raad van bestuur van het Fonds. Anderzijds verwijst men naar de wet op de ziekenfondsen die op omstandige wijze het subrogatierecht van de V.I. definieert (cf. voetnoot p. 5)

NB: het wetsontwerp heft de wet van 15 mei 2007 op! Het laatste lid van artikel 136§2 van de wet van 14/07/1994 verdwijnt dus.

Pro memorie: art. 195 §2 van de ZIV-wet van 14/07/1994:

§ 2. (c) Onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten die door de Koning worden bepaald, worden de administratiekosten vermeerderd met minimum 8 pct. en maximum 20 pct. van de sommen die worden teruggevorderd met toepassing van artikel 136, § 2, en van artikel 164, voor zover in dit laatste geval de ten onrechte gedane betaling niet voortvloeit uit een fout, een vergissing of een nalatigheid van de verzekeringsinstelling.

Bij de vaststelling van deze percentages kan worden rekening gehouden met de som van de teruggevorderde bedragen, enerzijds, en het totaal bedrag van de door de verzekeringsinstelling terugbetaalde prestaties, anderzijds.

De administratiekosten worden, (tot 31 december 1993), verhoogd met het bedrag van de niet-gerechtelijke moratoire en compensatoire interesten, verkregen op de bedragen teruggevorderd met toepassing van de artikelen 136, § 2, en 164. <W 1999-01-25/32, art. 136, 038; Inwerkingtreding : 16-02-1999>

(De administratiekosten worden verhoogd met het bedrag van de vergoedingen bedoeld in artikel 191, 24°; ze vallen volledig ten laste (van de tak geneeskundige verzorging).) <W 1999-01-25/32, art. 134, 038; Inwerkingtreding : 16-02-1999> <W 2007-03-26/37, art. 31, 131; Inwerkingtreding : 01-01-2008>

NB: art. 25 §4 van het ontwerp voorziet dat het Fonds van zijn voorstel de vergoedingen aftrekt waarop de patiënt of zijn rechthebbenden recht hebben krachtens een schadeverzekeringscontract of krachtens de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Wij menen hieruit te mogen afleiden dat, naast het subrogatierecht van het Fonds, het subrogatierecht van de V.I. blijft voortbestaan?

We wijzen erop dat enkel de artikelen die het Fonds tot stand brengen en de wet van 15 mei 2007 opheffen onmiddellijk van kracht worden. De rest volgt later, in de momenteel voorziene of een later aangepaste vorm.

Misschien zal dit wetsontwerp onmerkbaar worden verwerkt in een monster-programmawet. Waarop de verblinde parlementariërs, meerderheid tegen minderheid, en met de ogen dicht zullen stemmen: de catastrofe.

Wie heeft er ook ooit het begrip "aansprakelijkheid zonder fout" bedacht...?

Dr. Marc MOENS
Secretaris-generaal

Dr. Jean-Luc DEMEERE
Voorzitter

ZORGVERLENERS BETALEN VOOR KWALITEIT VAN ZORG: HAALBAAR IN BELGIË ONDER VOORWAARDEN

Persbericht KCE (16/11/2009)

De vraag om de kostprijs van de gezondheidszorg onder controle te houden klinkt steeds luider. Tegelijkertijd wordt verwacht dat diezelfde gezondheidszorg kwalitatief hoogstaand is. Het concept Pay for Quality (P4Q) kan misschien aan die behoeften beantwoorden. Bij P4Q wordt de vergoeding van de zorgverlener niet alleen gekoppeld aan de hoeveelheid geleverde zorg, maar ook aan de kwaliteit van die zorg. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht in samenwerking met UGent, KULeuven, ULg en UA welke lessen uit buitenlandse initiatieven kunnen getrokken worden. Het stelde vast dat de meerderheid van de P4Q programma's een variërend en globaal matig positief effect hebben op de zorgkwaliteit en dat negatieve effecten nauwelijks voorkomen. Om P4Q in België toe te passen, moet er echter aan een aantal voorwaarden voldaan worden.

Buitenlandse voorbeelden

De Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk hebben een ruime voorsprong wat betreft ervaring met P4Q. P4Q richt zich voornamelijk op preventieve zorg (bv screening) en chronische zorg (bv diabeteszorg). Initiatieven in acute zorg concentreren zich o.a. op hartinfarct en longontsteking. In het VK stijgt het inkomen van de huisartsen als ze een bepaald kwaliteitsniveau bereiken. Tot 25% van hun inkomen wordt op die manier bepaald door het P4Q programma. In de VS bepaalt de stimulans tot 12 % van de inkomsten en vaak krijgen enkel de best presterende zorgverstrekkers een bonus.

Heeft P4Q een positieve impact op de kwaliteit van de zorg?

De resultaten variëren sterk van programma tot programma, maar een meerderheid van de programma's heeft een matig positief effect op de zorgkwaliteit. Ongewenste effecten, zoals het uitsluiten van patiënten die een negatieve invloed op het resultaat kunnen hebben, zijn er nauwelijks. Een van de positieve neveneffecten van P4Q is bovendien dat het kwaliteitsverschil tussen zorgverleners kleiner wordt. P4Q lijkt ook kosteneffectief, maar er bestaan daarover nog te weinig studies.

Belgische situatie vandaag: nog geen echte P4Q

Slechts een paar van de 14 Belgische kwaliteitsinitiatieven die werden onderzocht omvatten een soort financiële stimulans. Er is maar één echt P4Q initiatief: een pilootproject gericht op borstkankerpreventie, waar de kwaliteit daadwerkelijk gekoppeld is aan een vergoeding. Dit neemt niet weg dat de meerderheid van de andere initiatieven ook zou kunnen evolueren naar P4Q.

Moet er meer P4Q in België worden toegepast?

Er bestaan al talrijke initiatieven om het kwaliteitsniveau te verhogen. Het KCE heeft er al een aantal bestudeerd (zie KCE-rapporten 41 en 76). Het is niet aan het KCE om een keuze te maken tussen deze initiatieven en om zich uit te spreken over het opstarten van een P4Q programma in België. Maar als er beslissingen hierover worden genomen kunnen er wel lessen worden getrokken uit de ervaringen van andere landen.

Zo pleit het KCE voor een geleidelijke invoering van P4Q, vooraf getest d.m.v. pilootprogramma's. De kwaliteit van zorg zou moeten worden beoordeeld op basis van kwaliteitsvereisten gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Daarvoor zijn nauwkeurige, gevalideerde gegevens zeer belangrijk. Een investering in IT en een auditsysteem zijn dan ook onontbeerlijk. Het KCE beveelt aan om iedereen die de kwaliteitsdoeleinden behaalt te belonen en niet alleen degenen met de beste resultaten. Een systeem om de totale impact en de kosteneffectiviteit te meten en te communiceren aan de deelnemers zou moeten worden opgezet.

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.118A.

NOMENCLATUUR : ARTIKEL 1 (algemene bepalingen), 22 & 23 (fysiotherapie) (in voege op 01.12.2009)

27 SEPTEMBER 2009. - Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 1, § 4bis, 22 en 23, 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. 20.10.2009)

Artikel 1. In artikel 1, § 4bis, 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, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in A.,

a) het volgende punt wordt na het punt j) ingevoegd :

« k) de verstrekking 558773 - 558784 (vertebrale manipulaties) opgenomen in artikel 22, II, a), 1°, en de verstrekking 558950 - 558961 (intakeonderzoek) opgenomen in artikel 22, II, a), 2°. »;

b) in het tweede lid van punt j), worden de woorden « in gezelschap van gekwalificeerde medewerkers » vervangen door de woorden « in aanwezigheid van gekwalificeerde helpers »;

2° in B., 1., wordt het punt c) geschrapt;

3° in B., 2., wordt het punt g) vervangen als volgt :

« g) de PUVA behandelingen en de in artikel 22, II, a), 2°, en b), opgenomen verstrekkingen, met uitzondering van de verstrekkingen 558773 - 558784 en 558950 - 558961; »;

Art. 2. In artikel 22 van de bijlage bij hetzelfde besluit, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de titel « AFDELING 10. - Fysiotherapie. » wordt vervangen door de titel « AFDELING 10. - Fysische geneeskunde en revalidatie. »;

2° in I.,

a) in de toepassingsregel die na de verstrekking 558611 - 558622 volgt, worden de woorden « ; de verstrekkingen nrs. 558530 - 558541 tot 558574 - 558585 mogen niet worden gecumuleerd met de therapeutische verstrekkingen. » geschrapt;

b) de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking 558935 - 558946 worden als volgt vervangen :

« Kinesiologische evaluatie door gezamenlijke registratie van kinetische, dynamische en EMG-variabelen van de onderste ledematen bij het lopen K 280 »;

c) de volgende verstrekking wordt na de verstrekking 558935 - 558946 ingevoegd :

« 558051 - 558062

Kinesiologische evaluatie door gestandaardiseerde video-analyse in drie anatomische vlakken (sagitaal, frontaal en transversaal vlak), beoordeeld aan de hand van gevalideerde schalen en uitgevoerd in een medisch-technische onderzoeksomgeving waarin het geheel van de kinesiologische evaluatie beschreven onder verstrekking 558935 - 558946 mogelijk is, maar waarbij het geheel van deze evaluatie om biotechnische redenen niet mogelijk is K 140 »;

d) de eerste toepassingsregel na de verstrekking 558935 - 558946 wordt als volgt vervangen :

« De verstrekkingen 558935 - 558946 en 558051 - 558062 worden slechts vergoed indien ze door een geneesheer, specialist in de heelkunde of in de pediatrie, werden voorgeschreven bij een kind met een motorische hersenverlamming met het oog op een corrigerende orthopedische heelkundige of neurochirurgische heelkundige ingreep of, in de centra die hiervoor een overeenkomst bedoeld in artikel 23, § 3, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 hebben afgesloten, voor een behandeling met botuline toxine A.»;

e) de tweede toepassingsregel na de verstrekking 558935 - 558946 wordt als volgt vervangen :

« Slechts één van de verstrekkingen 558935 - 558946 of 558051 - 558062 mag in rekening worden gebracht en dit slechts éénmalig, behalve na een corrigerende orthopedische of neurochirurgische ingreep of na een behandeling met botulinetoxine A waarbij één van de verstrekkingen ten hoogste één keer per kalenderjaar in rekening mag worden gebracht. »;

f) de derde toepassingsregel na de verstrekking 558935 - 558946 wordt geschrapt;

3° in II.,

a) worden de volgende opschriften voor het opschrift « II. a) 1° Therapeutische verstrekkingen » ingevoegd :

« II. Therapeutische verstrekkingen, revalidatieverstrekkingen en revalidatiebehandelingen

a) Therapeutische verstrekkingen en revalidatieverstrekkingen »;

b) wordt het opschrift « II. a) 1° Therapeutische verstrekkingen » vervangen door het opschrift « 1° Therapeutische verstrekkingen »;

c) wordt de verstrekking 558736 - 558740 geschrapt;

d) wordt de verstrekking 558456 - 558460 geschrapt;

e) worden na titel « b) Revalidatiebehandelingen » de volgende verstrekkingen en toepassingsregel ingevoegd :

« 558095 - 558106

Complexe monodisciplinaire revalidatie voor postchirurgicaal of postradiotherapeutisch lymfoedeem van een lidmaat op verwijzing van de behandelend geneesheer-specialist K 30

558132 - 558143

Complexe monodisciplinaire bekkenbodembrevalidatie voor acuut ontstane urinaire of faecale incontinentie, op verwijzing van de behandelend geneesheer-specialist K 30

Deze verstrekking mag door de geneesheer specialist in de urologische revalidatie, erkend door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, ook zonder verwijzing van de behandelend geneesheer-specialist worden aangerekend.».

Art. 3. In artikel 23 van de bijlage bij hetzelfde besluit, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1 wordt vervangen als volgt :

« § 1. De verstrekkingen van artikel 22, I, mogen dezelfde dag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen van artikel 22, II.

Per dag mag slechts één verstrekking van artikel 22, II, aangerekend worden, met uitzondering van de verstrekking 558950 - 558961 zoals bepaald in de derde toepassingsregel die volgt op deze verstrekking.

De verstrekkingen van artikel 22, II, mogen dezelfde dag niet gecumuleerd worden met kinesitherapeutische verstrekkingen. »;

2° § 2 wordt vervangen als volgt :

« § 2. De therapeutische verstrekkingen (art. 22, II, a), 1°), revalidatieverstrekkingen (art. 22, II, a), 2°) of revalidatiebehandelingen (art. 22, II, b),) mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging door geneesheer-specialisten die toegang hebben tot deze bedoelde verstrekkingen, behalve in volgende gevallen :

1. bij de uitvoering van de verstrekking 558773 - 558784,

2. bij de uitvoering van de verstrekking 558950 - 558961,

3. bij de eerste verstrekking 558795 - 558806 of 558434-558445, wanneer deze raadpleging wordt aangerekend voor het opmaken van een geïndividualiseerd behandelingsplan in functie van de aandoening,

4. naar aanleiding van de evaluatieraadpleging na afloop van een reeks verstrekkingen 558390, 558423 of 558434 - 558445,

5. naar aanleiding van de evaluatieraadpleging na afloop van een reeks verstrekkingen 558795 - 558806 indien deze niet verdergezet wordt door een reeks 558390. »;

3° in § 3,

a) wordt het tweede lid vervangen als volgt :

« De verstrekking 558633 - 558644 mag eveneens worden vergoed als ze wordt aangerekend door een geneesheer, specialist voor algemene heelkunde of voor orthopedische heelkunde. »;

b) worden na het tweede lid de volgende leden ingevoegd :

« De verstrekking 558773 - 558784 mag eveneens worden vergoed als ze wordt aangerekend door een geneesheer specialist voor orthopedische heelkunde of voor reumatologie.

De verstrekkingen 558795 - 558806, 558390 en 558423 mogen als verwante verstrekkingen worden aangerekend door de geneesheer specialist voor orthopedische heelkunde of voor reumatologie.

De diagnostische verstrekkingen van artikel 22, I., mogen aangerekend worden door de geneesheer specialist in de reumatologie.»;

4° in § 5 wordt het tweede lid als volgt vervangen :

« Bij het uitvoeren van de verstrekkingen nrs. 558810 - 558821, 558014 - 558025 en 558832 - 558843 moet de geneesheer specialist in fysische geneeskunde en revalidatie of in functionele en professionele revalidatie zich persoonlijk rekenschap geven van de evolutie van de behandelingen bij middel van een geïndividualiseerd behandelingsplan, een wekelijkse vergadering met het behandelingsteam, waarvan een verslag wordt opgenomen in het revalidatiedossier, en een regelmatige opvolging van de patiënt aangepast aan zijn noden. »;

5° in § 6,

a) worden in het eerste lid de volgende wijzigingen aangebracht :

- het rangnummer 558456 - 558460 wordt geschrapt;

- worden de rangnummers 558095 - 558106 en 558132 - 558143 ingevoegd na het rangnummer 558434 - 558445;

- worden de woorden « Voltijds dient hierbij begrepen te worden als « voltijds-equivalent ». Bij de uitvoering van de revalidatiebehandeling zijn beide disciplines permanent aanwezig tijdens de ganse duur van de werkzaamheden. De patiënten worden steeds begeleid bij de uitvoering van hun individuele revalidatieprogramma's. » ingevoegd tussen de woorden « aanwezig zijn. » en « De dienst kan »;

b) wordt tussen de twee eerste leden de volgende bepaling ingevoegd :

« Voor de coördinerend geneesheer worden bijkomende beperkingen opgelegd : hij kan deze functie slechts in één revalidatiecentrum van een ziekenhuis uitoefenen en kan alleen aan dit zelfde ziekenhuis verbonden zijn. Deze functie kan ten hoogste verdeeld worden over twee deeltijdse geneesheer specialisten in de fysische geneeskunde en revalidatie die elk aan één enkel ziekenhuis verbonden zijn. »;

c) wordt in het vroegere derde lid, dat het vierde lid wordt, het rangnummer 558456 - 558460 vervangen door de rangnummers « 558095 - 558106, 558132 - 558143 »;

d) wordt het vroegere vierde lid, dat het vijfde lid wordt, vervangen als volgt :

« De verstrekkingen 558095 - 558106 en 558132 - 558143 mogen maximaal 60 keren worden aangerekend, en dit gedurende maximum zes maanden. »;

6° worden in § 8, tweede lid, de woorden « maximum twee per week, » ingevoegd tussen de woorden « verstrekkingen, » en « gedurende »;

7° § 10 wordt geschrapt;

Art. 4. 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 24bis (klinische biologie) (in voege op 01.12.2009)

2 OKTOBER 2009. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 24bis 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. 20.10.2009)

Artikel 1. In paragraaf 1 van artikel 24bis 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° de twee voorwaarden voor terugbetaling van de verstrekking 556732-556743 worden opgeheven;

2° de volgende toepassingsregel wordt ingevoegd na de verstrekking 556732-556743 :

« De verstrekking 556732-556743 kan per periode van medicamenteuze behandeling slechts 4 maal aan het ZIV aangerekend worden, voor zo ver verantwoord in de context van het opvolgen van deze behandeling. »

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 3, § 1, 18, § 2, 24, § 1 en 33bis (Klinische biologie) : K.B. van 31.08.2009 (B.S. d.d. 28.10.2009 – p. 69879) – **ERRATUM**

Artikel 6 (tandheelkundige verstrekkingen) : K.B. van 22.10.2009 (B.S. d.d. 30.10.2009 – p. 70706)

Artikelen 28, § 1 & 35 (oftalmologie & neurochirurgie) : K.B. van 20.09.2009 (B.S. d.d. 09.10.2009 – p. 67216)

Artikel 28, § 8 (mobiliteitshulpmiddelen) : K.B. van 27.09.2009 (B.S. d.d. 05.10.2009 – p. 65878)

Artikel 35 (oto-rhino-laryngologie) : K.B. van 14.05.2009 (B.S. d.d. 26.10.2009 – p. 69601) – **ERRATUM**

Artikel 35bis (heelkunde op de thorax en cardiologie) : K.B. van 20.09.2009 (B.S. d.d. 09.10.2009 – p. 67217)

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

OPLEIDINGSCYCLUS ALGEMEEN MANAGEMENT VOOR GENEESHEREN-SPECIALISTEN 2009-2010 georganiseerd door de EHSAL MANAGEMENT SCHOOL i.s.m. het VBS

Gedetailleerde programma-informatie vindt u op www.hubrussel.be/ems onder de rubriek 'Opleidingen', 'Langlopende opleidingen'.

De volgende module, module 2: algemeen beleid, sessies 4 en 5, gaat door op vrijdag 20/11/2009 en vrijdag 18/12/2009.

Module 2: Algemeen Beleid

Sessie 5	vrijdag 18-12-2009	<ul style="list-style-type: none">• 9u-11u: Balanced Scorecard: "Meten: om te weten of om te meten?"• 11u15-12u45: Balanced Scorecard: Case• 13u45-17u30: Quality assurance in health care	Johan Lambrecht Nathalie Demeere Jean-Luc Demeere
----------	-------------------------------	--	---

VOORLOPIG PROGRAMMA

VBS SYMPOSIUM "Meer en Beter met Minder?" 06.02.2010

08.30-08.50	Onthaal	
08.50-09.00	Op uw gezondheid!!	Dr J.L. DEMEERE, Voorzitter VBS
09.00-09.25	Implantaten	UNAMEC
09.25-09.50	Doelmatig gebruikte Geneesmiddelen zijn goedkoop	Prof. Dr. L. NEELS Algemeen Directeur Pharma.be
09.50-10.15	De rol van gezondheidseconomie bij de introductie van nieuwe technologieën	Prof. Dr. L. ANNEMANS Universiteit Gent
10.15-10.30	Koffiepauze	
10.30-10.55	De nood aan doelmatigheid in de Belgische gezondheidszorg	Dr. R. VAN DEN OEVER LCM
10.55-11.20	Meer en Beter met Minder? De Droom en zijn Grenzen	Dr. F. MATTHYS Ondervoorzitter VBS
11.20-11.50	Actuele gezondheidspolitiek	Dr M. MOENS, VBS en BVAS
11.50-12.30	Discussie	

Plaats

Koninklijke Bibliotheek van België
Keizerlaan 2 – 1000 Brussel

Inlichtingen en inschrijvingen

Secretariaat VBS
Delphine Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 – 1050 Brussel
Tel.: 02/ 649 21 47 Fax: 02/649 26 90

Accreditering aangevraagd in Ethiek & Economie



INSCHRIJVINGSSTROOK

RIZIV-nr.: **Adres:**

Naam: **Postcode:**

Voornaam: **Gemeente:**

Specialisme: **E-mail:**

Ik neem deel aan het symposium van 06.02.2010 en stort het bedrag van:

	<u>Vóór 15.01.2010</u>	<u>Na 15.01.2010</u>
Leden	<input type="radio"/> 25 €	<input type="radio"/> 35 €
Niet-leden	<input type="radio"/> 50 €	<input type="radio"/> 60 €
Kandidaat-specialisten	<input type="radio"/> 5 €	<input type="radio"/> 10 €
	Ter plaatse	<input type="radio"/> 80 €

op rekening 068-2095711-53 van het VBS
met vermelding van de naam van de deelnemer en
"Symposium : Meer en Beter met Minder?"

Datum / Handtekening :

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
- 08099 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 09008* **WEGENS PENSIONERING** zoek ik een overnemer van mijn private praktijk **RADIOLOGIE** in de Gentse regio. Voor meer informatie: 0477 487283.
- 09091 **BRUSSEL** : Medisch centrum ten noorden van Brussel zoekt **GYNAECOLOOG (m/v)**. Om de team te versterken. Tel. 02/267.97.78. Contactpersoon : Mevr. Florence Lopez – cmsmutsaert@skynet.be
- 09100 **FRANKRIJK : GENEESHEER RADIOLOOG** gezocht voor opvolging en overname in een groepspraktijk met drie radiologen in de agglomeratie van 'LILLE' (RIJSEL) FRANKRIJK. Deelname in gebruik van Scanner en I.R.M. Tel. 00.33.3.20.01.53.12 (vanuit België).
- 09106 **KORTRIJK** : De dienst Gynaecologie & Verloskunde van het Kortrijkse fusieziekenhuis AZ Groeninge (1100 bedden – 2500 medewerkers – 200 artsen) heeft een vacature voor: **GENEESHEER IN DE GYNAECOLOGIE (M/V) – VOLTIJDS**. Van de kandidaat wordt volgend profiel verwacht: • erkend zijn als geneesheer-specialist in de Verloskunde & Gynaecologie • dynamische en flexibele persoonlijkheid • open staan voor teamwork • bijzondere bewaking in de gynaecologische oncologie aangezien hij/zij dit als deelspecialisme zal toegewezen krijgen • de basis gynaecologie & verloskunde te verrichten naast zijn deelspecialisme gynaecologische oncologie en de andere subspecialiteiten te respecteren.
Schriftelijke sollicitatie samen met een volledig curriculum vitae wordt verwacht tot eind november en dient gericht te worden aan: • de voorzitter van de raad van beheer AZ Groeninge, mevr. MD. DE JAEGERE, p/a campus Onze-Lieve-Vrouw, Reepkaai 4 te 8500 Kortrijk • de algemeen directeur, dhr. J. DELEU, p/a campus Onze-Lieve-Vrouw, Reepkaai 4 te 8500 Kortrijk • de medisch directeur, dr. S. VANDERSCHUEREN, p/a campus St. Niklaas, Houtmarkt 33 te 8500 Kortrijk. Verdere informatie kan bekomen worden bij dr. G. VANNESTE, medisch diensthoofd gynaecologie & verloskunde, p/a campus St. Niklaas, Houtmarkt 33 te 8500 Kortrijk, tel. 056/36 66 61 – e-mail: guy.vanneste@azgroeninge.be
- 09107 **KORTRIJK** : De dienst anesthesie van het Kortrijkse fusieziekenhuis AZ Groeninge (1100 bedden – 2500 medewerkers – 200 artsen) heeft een vacature voor: **GENEESHEER ANESTHESIST - PIJNTERAPEUT (M/V) – VOLTIJDS**. Van de kandidaat wordt volgend profiel verwacht: • erkend zijn als geneesheer-specialist in de anesthesie • bereid zijn om 60% activiteit in pijntherapie te ontwikkelen en 40% in anesthesie • bereid zijn om een bijkomende opleiding in invasieve pijntherapie van 1 à 2 jaar te volgen in een dienst voor pijntherapie, af te spreken met de dienst anesthesie van AZ Groeninge. U zal deel uitmaken van een dienst anesthesie met 25 stafleden, actief in anesthesie, intensieve zorgen, spoedgevallen en pijntherapie. U zal volledig deelnemen aan het wachstelsysteem anesthesie, en mee helpen om de reeds bestaande afdeling pijntherapie verder te ontwikkelen in samenwerking met de andere stafleden.
Schriftelijke sollicitatie, samen met een volledig curriculum vitae, wordt verwacht vóór 15/12/2009 en dient gericht te worden aan: • de voorzitter raad van beheer AZ Groeninge, mevr. MD. DE JAEGERE, p/a campus Onze-Lieve-Vrouw, Reepkaai 4 te 8500 Kortrijk • de algemeen directeur, dhr. J. DELEU, p/a campus Onze-Lieve-Vrouw, Reepkaai 4 te 8500 Kortrijk • de medisch directeur, dr. S. VANDERSCHUEREN, p/a campus Sint-Niklaas, Houtmarkt 33 te 8500 Kortrijk. Verdere informatie kan bekomen worden bij dr. S. CARLIER, geneesheer-diensthoofd anesthesie - reanimatie, p/a campus Maria's Voorzienigheid, Looftstraat 43 te 8500 Kortrijk, tel. 056/ 23 43 11 of 056/ 24 21 14 – e-mail: stefana.carlier@azgroeninge.be
- 09108 **OVERPELT** : Het Mariaziekenhuis (348 bedden, bijna 90 artsen en iets meer dan 800 medewerkers) heeft een vacature voor : **GERIATER (M/V)**. Het betreft in eerste instantie een voltijdse functie, maar ook kandidatuurstellingen voor een deeltijdse invulling worden weerhouden. Kandidaten die in de toekomst afstuderen komen eveneens in aanmerking voor deze vacature. Gelieve uw kandidatuur met CV te richten aan: • De heer R. Van Reeth, voorzitter raad van bestuur • Dr. J. Bral, voorzitter medische raad • Dr. B. Vanhauwaert, diensthoofd inwendige geneeskunde, Mariaziekenhuis vzw · Maesensveld 1 · 3900 OVERPELT. Inlichtingen kunnen bekomen worden bij Dr. G. Vander Velpen, hoofdgeneesheer (tel. 011/826.478 – gvandervelpen@mznl.be).
- *09111 **TE KOOP** : stevige onderzoekstafel, merk Maquet. Comfortabel model, geschikt voor klinisch onderzoek, ECG, kinesitherapie enz. Crèmekleurig buisstalen onderstel; bedhoogte 75 cm; hoofdsteun 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 hoofdsteun 50 cm). Onmiddellijk beschikbaar. Doe een bod via tel. 02/524.19.33 of e-mail pabecq@base.be.
- 09114 **ANESTHESIST** met ruime ervaring, ook pijnkliniek, ic en privé-klinieken, beschikbaar voor **VERVANGINGEN**, ook langdurig. Tel. 0475/86.39.75 .
- 09117 **BRUSSEL** : Het Universitair Verplegingscentrum Brugmann heeft volgende betrekking vacant: **GENEESHEER RESIDENT BIJ HET DEPARTEMENT INTERNE GENEESKUNDE-KLINIEK GERIATRIE (M/V) – 9 tot 11/11^e** (Ref. : HR/ED – Nr 12/09C september 2009). **PROFIEL EN OPDRACHTEN** • Specialist in geriatrische heelkunde • Zijn activiteit situeert zich in het UVC Brugmann (bestaande uit 2 sites : Horta-Brien) • Neemt deel aan het beheer van een zaal voor gehospitaliseerde patiënten • Hij vervangt de PG en/of generalist tijdens zijn afwezigheid, neemt deel aan de raadplegingen en aan het verstrekken van adviezen in andere zalen van het ziekenhuis • Hij waakt over de goede werking van de opleidingen en verzekert een goede omkadering van de geneesheren in spe en dit in alle disciplines • Hij getuigt van een open en dynamische persoonlijkheid met zin voor initiatief en multidisciplinaire werkzaamheden. **BENT U GEÏNTERESSEERD?** • Wij vragen u de internetsite www.uvc-brugmann.be te raadplegen om bijkomende informatie te verkrijgen (rubriek 'Laatste nieuws', 'Vacatures'). Om u kandidaat te stellen, gelieve uw motivatiebrief en CV te richten aan de Algemeen Directeur, Nicolas Bodson - UVC Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel. • Geen afsluitingsdatum.
- 09118 **BRUSSEL** : Het Universitair Verplegingscentrum Brugmann heeft volgende betrekking vacant: **ADJUNCT KLINIEKHOOFD INTERNE GENEESKUNDE – KLINIEK GERIATRIE (M/V) – van 9 tot 11/11^e** (Ref. : HR/MA – Nr 02c-2009 – Heropening – juni 2009). **PROFIEL** • Erkend zijn als specialist in Geriatrie • Getuigen van een open en dynamische persoonlijkheid met zin voor initiatief en multidisciplinaire werkzaamheden. **OPDRACHTEN** • Uitoefenen van de activiteit op de sites Horta of Brien van het UVC Brugmann op basis van de noden van de kliniek, onder de autoriteit van het kliniekhof • Verantwoordelijk zijn in eerste lijn voor het ziekenbeheer van 60 bedden op de dienst geriatrie in samenwerking met zijn collega's specialisten • Deelnemen aan de raadplegingen en aan het verstrekken van adviezen aan andere zalen van het ziekenhuis • Verzekeren van de continuïteit van de zorgverstrekking zowel op de site waaraan hij (zij) geaffecteerd is als de andere sites van het UVC Brugmann • Superviseren en deelnemen aan het plaatselijk onderwijs. **BENT U GEÏNTERESSEERD?** • Wij vragen u de internetsite www.uvc-brugmann.be te raadplegen om bijkomende informatie te verkrijgen (rubriek 'Laatste nieuws', 'Vacatures').

Om u kandidaat te stellen, gelieve uw motivatiebrief en CV te richten aan de heer Nicolas Bodson, Algemeen Directeur - UVC Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel. • Geen afsluitingsdatum.

- 09119 **HEUSDEN-ZOLDER** : het Sint-Franciskusziekenhuis (CAZ) heeft een vacature voor een **VOLTIJDS GYNAECOLOOG**. Meer info via www.sfz.be, bij dr. Jan Schreurs, diensthoofd gynaecologie (011 57 94 11 – jan.schreurs@caz.be) of dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011 579 409 – luc.geutjens@caz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan Erwin Bormans, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 – 3550 Heusden-Zolder – erwin.bormans@caz.be.
- 09120 **HEUSDEN-ZOLDER** : het Sint-Franciskusziekenhuis (CAZ) heeft een vacature voor een **DEELTIJDS PSYCHIATER**. Meer info via www.sfz.be, bij dr. Sven Estercam, diensthoofd psychiatrie (011 57 94 11 – sven.esticam@caz.be) of dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011 579 409 – luc.geutjens@caz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan Erwin Bormans, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 – 3550 Heusden-Zolder – erwin.bormans@caz.be.
- 09121 **HEUSDEN-ZOLDER** : het Sint-Franciskusziekenhuis (CAZ) heeft een vacature voor een **VOLTIJDS GENEESHEER-SPECIALIST IN DE KLINISCHE BIOLOGIE**. Meer info via www.sfz.be, bij apr. Frans Paulussen, diensthoofd laboratorium (011 57 94 11 – frans.paulussen@caz.be) of dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011 579 409 – luc.geutjens@caz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan Erwin Bormans, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 – 3550 Heusden-Zolder – erwin.bormans@caz.be.
- 09124 **BRUSSEL** : Kliniek St-Anna St-Remi zoekt een ziekenhuisgeneesheer **UROLOOG**, 8/10^{de}, die zijn privé-praktijk in de omgeving van de kliniek heeft. De kandidaturen dienen gericht te worden naar Dr. J.-J. ROMBOUTS, hoofdgeneesheer, Kliniek St-Anna St-Remi, Graindorlaan 66 te 1070 Brussel, e-mail: jean-jacques.rombouts@tristare.be, tel. 02/556.57.24.
- 09126 **CARPENTRAS (PROVENCE – FRANKRIJK)** : **KINDERARTS** gezocht voor vervanging vanaf maart 2010 gedurende 16 maand. Deeltijdse ziekenhuisactiviteit (materniteit 1200 bevallingen/j) en privé-activiteit. Schitterende kwaliteit van leven. Contacteer jo.legein@wanadoo.fr
- 09127 **OVERPELT** : het Mariaziekenhuis vzw heeft een vacature voor een **VOLTIJDS GERIATER**. Info? Dr. Griet Vander Velpen, hoofdgeneesheer (011/82.64.78 of gvandervelpen@mznl.be). Interesse? Uw schriftelijke kandidatuur, samen met een uitgebreid cv, dienen gericht te worden aan dhr. R. Van Reeth, voorzitter Raad van Bestuur, aan dr. B. Vanhauwaert, diensthoofd inwendige geneeskunde en aan dr. J. Bral, voorzitter medische raad - Maesensveld 1 - 3900 Overpelt. Graag voor 31 december 2009. Meer informatie over werken als geneesheer in het Mariaziekenhuis vindt u op www.mariaziekenhuis.be (werken en leren > werken als geneesheer).
- 09128 **OVERPELT** : het Mariaziekenhuis vzw heeft een vacature voor een **VOLTIJDS ONCOLOOG**. Info? Dr. Griet Vander Velpen, hoofdgeneesheer (011/82.64.78 of gvandervelpen@mznl.be). Interesse? Uw schriftelijke kandidatuur, samen met een uitgebreid cv, dienen gericht te worden aan dhr. R. Van Reeth, voorzitter Raad van Bestuur, aan dr. B. Vanhauwaert, diensthoofd inwendige geneeskunde en aan dr. J. Bral, voorzitter medische raad - Maesensveld 1 - 3900 Overpelt. Graag voor 31 december 2009. Meer informatie over werken als geneesheer in het Mariaziekenhuis vindt u op www.mariaziekenhuis.be (werken en leren > werken als geneesheer).
- 09129 **OVERPELT** : het Mariaziekenhuis vzw heeft een vacature voor een **VOLTIJDS ENDOCRINOLOOG**. Info? Dr. Griet Vander Velpen, hoofdgeneesheer (011/82.64.78 of gvandervelpen@mznl.be). Interesse? Uw schriftelijke kandidatuur, samen met een uitgebreid cv, dienen gericht te worden aan dhr. R. Van Reeth, voorzitter Raad van Bestuur, aan dr. B. Vanhauwaert, diensthoofd inwendige geneeskunde en aan dr. J. Bral, voorzitter medische raad - Maesensveld 1 - 3900 Overpelt. Graag voor 31 december 2009. Meer informatie over werken als geneesheer in het Mariaziekenhuis vindt u op www.mariaziekenhuis.be (werken en leren > werken als geneesheer).
- 09130 **OVERPELT** : het Mariaziekenhuis vzw heeft een vacature voor een **VOLTIJDS PEDIATER**. Info? Dr. Griet Vander Velpen, hoofdgeneesheer (011/82.64.78 of gvandervelpen@mznl.be). Interesse? Uw schriftelijke kandidatuur, samen met een uitgebreid cv, dienen gericht te worden aan dhr. R. Van Reeth, voorzitter Raad van Bestuur, aan dr. L. Vandenbossche, diensthoofd pediatrie en aan dr. J. Bral, voorzitter medische raad - Maesensveld 1 - 3900 Overpelt. Graag voor 31 december 2009. Meer informatie over werken als geneesheer in het Mariaziekenhuis vindt u op www.mariaziekenhuis.be (werken en leren > werken als geneesheer).
- 09135 **REGIO MOL** : Polikliniek zoekt **GENEESHEER-SPECIALISTEN** voor uitbreiding medisch aanbod. **ALLE DISCIPLINES**. Dringende vacature voor **REUMATOLOOG**. Eigen labo en radiologie. Regio Mol. Contact : GSM 0474/75.05.05 of 0475/96.34.59.

Inhoudstafel

• Ontwerp van wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg	1
• Zorgverleners betalen voor kwaliteit van zorg: haalbaar in België onder voorwaarden (Persbericht KCE – 16/11/2009)	6
• Nomenclatuur : artikelen 1 (algemene bepalingen), 22 & 23 (fysiotherapie)	7
• Nomenclatuur : artikel 24bis (klinische biologie)	9
• Overzicht diverse nomenclatuurwijzigingen	9
• Opleidingscyclus algemeen management voor geneesheren-specialisten 2009-2010 georganiseerd door de EHSAL Management School i.s.m. het VBS	9
• VBS symposium "Meer en Beter met Minder?" 06.02.2010 (voorlopig programma)	10
• Aankondigingen	11

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.