



**BELGISCHE VERENIGING VAN ARTSENSYNDIKATEN
ASSOCIATION BELGE DES SYNDICATS MEDICAUX
BVAS - ABSyM**

Chaussée de Boondael 6 bte 4
Boondaalsesteenweg 6 bus 4
Bruxelles 1050 Brussel
Tel.: (32 -2) 644.12.88
Fax : (32 -2) 644.15.27

Av. de la Couronne, 20 – 1050 Bruxelles
Kroonlaan, 20 – 1050 Brussel

Aan De Heer Jo DE COCK
Administrateur-generaal

Aan De Heer Dr. Bernard HEPP
Geneesheer-directeur-generaal
Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Aan De Heer Dr. Ri DE RIDDER
Directeur-generaal, leidend ambtenaar,
Dienst voor geneeskundige verzorging

RIZIV
Tervurenlaan 211
1150 BRUSSEL

Brussel, 06.01.2009

Geachte Heer Administrateur-generaal
Geachte Heren Directeur-generaal, Waarde Collegae,

Betreft: de brief van collega Bernard Hepp dd. 11.12.2008 met referentie 401-HQ-D/07002506-26 en met als bijlage de brochure “Infobox RIZIV voor artsen specialisten”.

Van een stagemester kreeg ik zeer recent inzage in de in rand vermelde brief en de mooie publicatie “Infobox RIZIV voor artsen specialisten”. Hij ging er van uit dat ik als lid van meerdere RIZIV-commissies deze publicatie wel al zou kennen, quod non.

In de rush naar het akkoord van 17.12.2008 is de aankondiging op de RIZIV-website dd. 11.12.2008 ons allicht ontgaan. De artsen specialisten in opleiding, stagemesters, LOK-verantwoordelijken, en o.a. ook de BVAS- en VBS- voorzitters ontvingen deze brochure. Hoewel ze op de RIZIV- website ter beschikking staat, ga ik er van uit dat ook andere artsen deze brochure in boekvorm bij het RIZIV kunnen bekomen.

Zoals de “Infobox RIZIV Wegwijzer naar de reglementering voor de huisarts” (70 bladzijden) van november 2006, dat ik destijds spontaan kreeg toegestuurd, is ook deze infobox met zijn 153 bladzijden een bijzonder nuttig naslagwerk, dat ik met grote aandacht integraal heb doorgenomen.

In bijlage bezorg ik U een niet-limitatieve lijst met bemerkingen, melding van foutjes of suggesties tot wijzigingen die zich opdringen bij deze uitgave, die werd afgesloten in september 2008. Ze zijn ondermeer het gevolg van de publicatie van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet dd. 10.07.2008 (Belgisch Staatsblad 07.11.2008) of zullen zich opdringen als het nieuwe akkoord artsen ziekenfondsen van 17.12.2008 zal in voege zijn getreden.

Ik vind het bijzonder jammer dat deze zeer degelijke brochure in het eerste deel “Algemeen kader” in hoofdstuk I “De opleiding tot geneesheer-specialist”, op pagina 13, ontsierd wordt door **twee mijns inziens zeer storende fouten**: één betreffende het “master na master” (MaNaMa) principe (I.1.) en één betreffende het stageplan (I.2.).

I.1. “Wat betekenen de begrippen bachelor, master, master na master”?

In specialistische context stel ik het nut in vraag dat het RIZIV dit punt opneemt in deze brochure voor de startende artsen-specialisten. Niet alleen valt het volledig buiten zijn bevoegdheid, maar bovendien leidt het debat over de academisering van de specialistische geneeskunde – want daar draait het om – vandaag tot belangrijke discussies in de Hoge Raad voor Geneesheren-Specialisten en huisartsen bij de FOD Volksgezondheid.

Eenzijds is het onderwijs dat leidt tot het behalen van het diploma van “arts” een gemeenschapsmaterie die valt onder de bevoegdheid van het Ministerie van Onderwijs van de respectievelijk Franse en Vlaamse Gemeenschap. De vermelding dat de opleiding tot geneesheer-specialist zou beginnen met een “prespecialisatiejaar” is zinloos omdat dat jaar geen onderdeel is van de specialisatieopleiding en omdat die studenten geneeskunde niet gemachtigd zijn om de geneeskunde uit te oefenen.

Anderzijds is de opleiding tot geneesheer-specialist een federale bevoegdheid die valt onder de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Nergens in de Belgische federale wetgeving is er een spoor van de MaNaMa terug te vinden als voorwaarde om erkend te worden als geneesheer-specialist.

Trouwens, in de EU is de Franse Gemeenschap van België bij ons weten vandaag, bijna tien jaar na de op 19 juni 1999 ondertekende Bologna-verklaring over het hoger onderwijs, de enige Europese overheid die, voor wat de specialistische geneeskunde aangaat, deze weg heeft ingeslagen met het gebruik van de term “master complémentaire”¹. Slechts in enkele EU-landen (Finland, Frankrijk, Italië) worden door de universiteiten diploma’s afgeleverd van specialisaties. In de overgrote meerderheid van de EU-landen worden specialismen erkend door “peers”, zoals de Angelsaksische “colleges” en onze, tot op heden, paritair samengestelde (universiteiten-beroepsorganisaties) erkenningscommissies, of door de beroepsorganisaties zoals in Nederland of door de Ärztekammer in Duitsland. De regeling die de Franse Gemeenschap heeft uitgewerkt is helemaal niet van toepassing op de Belgische regelgeving tot erkenning van geneesheren-specialisten. De VLIR (Vlaamse Interuniversitaire

¹ “Bijkomende master”. Cfr. artikel 18 van het Decreet van de Franse Gemeenschap van 31.03.2004 betreffende de organisatie van het hoger onderwijs ter bevordering van de integratie in de Europese ruimte van het hoger onderwijs en betreffende de herfinanciering van de universiteiten (1). (B.S. 18.06.2004).

Raad) is deze démarche al jaren tersluiks aan het voorbereiden. De beroepsverenigingen blijven zich hier terecht tegen verzetten. Het is natuurlijk wel bekend dat de universiteiten graag dergelijk model zouden implementeren op federaal niveau, maar ik herhaal dat er vandaag op federaal niveau in verband met het behalen van een erkenning als arts-specialist nergens sprake is van master na master.

De vermelding van deze vraag zou dus als tendentius kunnen worden beschouwd en het geformuleerde antwoord is in de feiten volstrekt verkeerd. Vraag en antwoord zijn mijns inziens dus onaanvaardbaar in een officiële brochure in verband met de specialistische geneeskunde uitgaande van het federale Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering².

I.2. Wanneer kan ik mijn opleiding starten?

Het laatste aandachtspuntje stelt dat het stageplan moet aanvaard zijn door een “erkende faculteit”. Dit is grove feitelijke vergissing. Iedereen die een beetje met deze materie vertrouwd is, weet dat een stageplan moet **zijn goedgekeurd door de desbetreffende erkenningscommissie**³.

Alweer lijkt het er op dat de academische overheid een onterecht aureool zou krijgen als monopolist van de erkenning van de arts-specialist, terwijl de Belgische wetgever er gelukkig via het K.B. van 21.04.1983 voor heeft gezorgd dat het een paritair systeem betreft tussen beroepsverenigingen en universiteiten .

Wij dringen er zeer sterk op aan dat iedereen die de brochure al ontving schriftelijk zou worden op de hoogte gebracht dat abstractie moet worden gemaakt van vraag één met het daar bijhorend antwoord en dat het laatste punt van vraag 2 wordt verbeterd. Deze verbeteringen dienen ook onmiddellijk te worden doorgevoerd op de RIZIV-website.

Ik maak ook majeur bezwaar tegen de formulering van het onderdeel “b. Forfait klinische biologie en medische beeldvorming” in het punt V.6. “*Bestaat er forfaitaire vergoeding in het ziekenhuis?*” in het 2^{de} deel van de brochure “Aanrekenen van verstrekkingen” (blz. 68-69).

Het onderdeel “b. Forfait klinische biologie en medische beeldvorming” moet

- anders worden betiteld: “b. Forfaitaire honoraria klinische biologie en medische beeldvorming”
- en moet een andere plaats en titel krijgen “x. Bestaan er forfaitaire medische honoraria in het ziekenhuis?”.

Zelfs voor lezers met ervaring is, door het door elkaar haspelen van “forfaits” en van wat eigenlijk als “forfaitaire honoraria” zou moeten benoemd worden, dit gedeelte zeer moeilijk te begrijpen.

Bovendien is de tekst onvolledig, want de forfaitaire honoraria die in de nomenclatuur voorkomen, zoals in artikel 17 Radiologie, §1, 12° en in het artikel 24, Klinische biologie §2 “per opname”, worden niet vermeld. Nochtans worden die dagdagelijks toegepast in het ziekenhuis.

² Het “Nazicht documentatie tot 31 juli 2005” dat ik enkele jaren geleden bij DGEC RIZIV EDUPRO vond, wijdde twee zinnen aan MaNaMa: “*De opleidingen tot huisarts, arbeidsgeneeskunde, sportgeneeskunde zijn vanaf het academiejaar 2006-2007 zgn. MNM-opleidingen, of master na het behalen van een master. Of men kan zich specialiseren.*” Omwille van de tweede zin vond ik het overbodig toen te reageren.

³ Artikelen 10 en 11 van het Koninklijk besluit van 21.04.1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (B.S. 27.04.1983)

Het gebruik van zowel de term “*dagforfait*” bij klinische biologie als de term “*forfait per opname*” bij radiologie is juridisch fout. Er moet staan “het forfaitaire honorarium per verpleegdag klinische biologie (eventueel aangevuld met “pseudonomenclatuurcodenummer 592001”) en het “forfaitaire honorarium radiologie per opname”.

Zoals het nu staat geformuleerd is het onderscheid tussen 6.b., 6.c. en 6.d. nauwelijks te begrijpen en bovendien maken wij er ernstig inhoudelijk-juridisch bezwaar tegen.

We hopen dat u aan onze vragen zult tegemoetkomen en dat we, met de overige bemerkingen in bijlage, een constructieve bijdrage zullen kunnen leveren voor de optimalisering van deze voor het overige zeer gewaardeerde brochure voor zowel artsen-specialisten in opleiding als voor gevestigde artsen-specialisten.

Met dank bij voorbaat en met de meeste hoogachting,

Dr. Marc MOENS,
Ondervoorzitter BVAS,
Secretaris-generaal VBS

Bijlagen: 1

Bijlage bij de brief van Dr. M. Moens dd. 06.01.2009 in verband met de brochure “Infobox RIZIV - Wegwijzer voor de geneesheer-specialist” – September 2008, verzonden samen met de begeleidende brief dd. 11.12.2008 van Dr. Bernard Hepp, Geneesheer-directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

1^e deel. Algemeen kader

I.1. De opleiding tot geneesheer-specialist

(blz. 13)

1. Wat betekenen de begrippen bachelor, master, master na master? Deze eerste vraag betreft louter “Onderwijs”. Vermits “Onderwijs” een gemeenschapsmaterie is doet deze vraag in deze brochure niets ter zake. De vermelding dat de opleiding tot geneesheer-specialist zou beginnen met een “prespecialisatiejaar” is zinloos omdat dat jaar geen onderdeel is van de specialisatieopleiding en omdat die studenten geneeskunde niet gemachtigd zijn om de geneeskunde uit te oefenen.

Zoals vermeld in de brief aan de Heer De Cock en de Drs. Hepp en De Ridder is het antwoord bovendien juridisch fout. Deze vraag dient met zijn antwoord dus volledig verwijderd.

(blz. 13)

I.2. Wanneer kan ik mijn opleiding starten?

Het laatste aandachtspuntje stelt: “ in het bezit zijn van een stageplan, aanvaard door een *erkende faculteit*”. Dit moet natuurlijk zijn “aanvaard door de *bevoegde kamer van de erkenningscommissie van de discipline in kwestie*” (artikel 11 van het K.B. van 21.04.1983; B.S. 26.04.1983).

(blz. 14)

* Bovenaan de bladzijde wordt bij “° voor elke stageperiode” bij het vierde aandachtsstreepje de term “*hoofdverantwoordelijke*” gebruikt.

Hoewel deze term tussen haakjes staat en dus allicht als verklarend werd bedoeld, lijkt het me absoluut niet aangewezen deze nergens in de wettelijke regelgeving voorkomende term te gebruiken.

* Bij “° de volgende verplichte bijlagen” wordt via voetnoot 1 van blz. 14 verwezen naar het artikel 4 van het K.B. van 30.05.2002. Dit K.B. werd opgeheven door artikel 10 van het K.B. van 12.06.2008 betreffende de planning van het medisch aanbod, dat op 1 juli 2008 in voege trad.

De juiste betekenis van het attest bestaat erin dat het “*het bewijs levert dat in de loop van een bepaald jaar de betrokken kandidaat bij de faculteit Geneeskunde van die universiteit een volledige opleiding kan beginnen die leidt tot een van de erkende beroepstitels*” (artikel 1, 1° K.B. 12.06.2008) en dat het aantoonde in hoeverre, indien dit het geval is, de betrokken kandidaat over een vrijstelling van contingentering beschikt.

Het K.B. van 12.06.2008 heeft betrekking op de contingentering, doch regelt niet de inhoud van de specialisatieopleiding. Deze wordt geregeld via het K.B. van 21.04.1983.

Het op blz. 14 vermeld attest heeft alleen en kan ook alleen betrekking hebben op de "specifieke universitaire opleiding" die gelijktijdig moet gebeuren met de eerste twee opleidingsjaren.

Onder “c. Volledigheid” staat te lezen dat het stageplan bovendien de handtekening nodig heeft van de coördinerende stagemeeester. Dit geldt uiteraard alleen maar in zoverre er een coördinerende stagemeeester is geweest.

De laatste zin onder “c. Volledigheid” luidt: *“Bij het indienen van je stageplan moeten het programma en het contract van het eerste jaar opleiding aanwezig zijn. Binnen de 3 maanden moet je dan de rest van je stageplan indienen”*. Dit is tot vandaag niet legaal. Het K.B. van 21.04.1983 voorziet dergelijke mogelijkheid niet, maar in 2006 werd een modus vivendi, Ibis-plan genaamd, uitgewerkt tussen de FOD Volksgezondheid en de universiteiten. Het plan werd naderhand verder op punt gesteld tussen de FOD en het RIZIV met de bedoeling de toekenning van RIZIV- codenummers aan de GSO's te kunnen bespoedigen. Dit Ibis- plan werd aan de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen meegedeeld als laatste punt van de vergadering van 08.02.2007. Jammer genoeg heeft deze pragmatische houding bij sommige universitaire stagemeeesters het vals gevoel doen ontstaan dat ze om de haverklap de stageplannen (en dan nog éézijdig) zouden kunnen wijzigen.

(blz. 15)

I.6. Welke algemene regels moet ik opvolgen tijdens mijn stage?

* De eerste alinea verwijst naar enkele paragrafen van artikel 2 van het M.B. van 30.4.1999. Het is een selectieve keuze die begrijpelijk is in de context van een brochure die werd geschreven vanuit de bekommernis van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle om de GSO's aan te sporen om strikt aan de regelgeving te voldoen. Maar naar de GSO's toe ware het veel vriendelijker geweest als ook een aantal andere interessante paragrafen zouden worden vermeld. In het bijzonder voor de GSO's van het vrouwelijke geslacht, die vandaag ongeveer de helft van het contingent uitmaken, ware het interessant geweest §6 onder hun aandacht te brengen. Die § luidt als volgt:

“§ 6. De zwangere kandidaat-specialist geniet van de bepalingen inzake de moederschapsbescherming, geregeld bij de arbeidswet van 16 maart 1971 en bij het koninklijk besluit van 2 mei 1995 inzake de moederschapsbescherming. Zij geeft, zo snel mogelijk, haar stagemeeester en de bevoegde arbeidsgeneeskundige dienst kennis van haar zwangerschap. Zij moet de richtlijnen van de arbeidsgeneesheer strikt opvolgen. Zij mag enkel belast worden met taken die geen risico voor haar, noch voor het ongeboren kind inhouden. Onder meer mag zij niet blootgesteld worden aan straling, substanties of agentia die schadelijk kunnen zijn voor haar zwangerschap. Zo nodig moet de stagemeeester, in overleg met de arbeidsgeneeskundige dienst, haar uit een risicovolle omgeving transfereren naar een veilige omgeving waar zij haar opleiding kan voortzetten.”

Hoewel §9 expliciet vernoemd wordt in verband met detachering en in verband met de opvang van spoedgevallen, wordt niets gezegd over de verplichting die §9 voor de GSO's bevat om zich vertrouwd te maken met de opvang van alle spoedgevallen zonder onderscheid, ook buiten hun specialiteit, ten einde ervaring te verwerven in het behouden van de vitale functies.

Het ware eveneens nuttig geweest ook te verwijzen naar §10 van artikel 2 van het M.B. van 30.4.1999 die stelt dat, in een ziekenhuis met een erkende functie voor intensieve zorg, een gespecialiseerde spoedgevallenzorg of een mobiele urgentiegroep, de kandidaat-specialisten in één van de 13 specialiteiten die in aanmerking komen voor de erkenning van de gespecialiseerde spoedgevallenzorg, de mogelijkheid krijgen om aan die activiteiten deel te nemen.

* De tweede alinea begint met “*Je behoort tot het personeel van het ziekenhuis ...*”. In de universitaire ziekenhuizen is het sui generis statuut van de geneesheer-specialisten in opleiding niet identiek met een normaal personeelsstatuut, maar ze worden inderdaad grosso modo gelijkgesteld met gewone personeelsleden. In de meeste “perifere” ziekenhuizen staan de geneesheer-specialisten in opleiding op de payroll van het universitair ziekenhuis waar het perifere ziekenhuis een officieus, niet wettelijk erkend netwerk mee vormt en aan wie de perifere stagemeesters de salaris- en administratiekosten voor hun GSO’s doorbetalen. In deze frequent voorkomende omstandigheid is de geneesheer-specialist in opleiding geen “personeel van het ziekenhuis” waar zij/hij tewerkgesteld is. Bovendien vermelden de wettelijke criteria dat de stagemeester verantwoordelijk is voor de remunerering van de GSO’s.

De tweede alinea zou beter luiden als volgt: “*Je behoort tot de staf van het ziekenhuis ... en je moet het ziekenhuisreglement navolgen (in zover dit conform de wetgeving is)*”. Dit is conform artikel 1, 1° van het K.B. van 10.08.1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de medische raad in uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen (ondertussen zijn dit de artikelen 132, 133 en 134 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 10 juli 2008 houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (B.S. 07.11.2008).

(Blz. 17)

8. Op welke minimale werkvoorwaarden heb ik recht als geneesheer-specialist in opleiding (GSO)?

Er wordt een bondige toelichting gegeven over 11 van de 27 criteria die worden opgesomd in het artikel 5 van het M.B. van 30.04.1999 waar stagemeesters moeten aan beantwoorden om stagemeester te worden of te blijven, met name over criterium 17 tot en met 27. De eerste 16 criteria hebben evenveel belang.

(blz. 20)

II. Organisatie van de specialistische geneeskundige activiteit

II.1. a. Over welke voorwaarden gaat het?

In verband met de continuïteit der zorgen is de voetnoot 3 enerzijds onvolledig en anderzijds gedeeltelijk fout. Instaan voor de continuïteit is een wettelijke verplichting volgens artikel 8 – aan te vullen met §1 - van het “K.B. nr 78 m.b.t. de uitoefening van de gezondheidsberoepen van 10.11.1967”

De vermelding in voetnoot 3 van het artikel 4 van het M.B. van 30-04-1999 is m.i. een vergissing. Dit ministerieel besluit tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten stelt in zijn artikel 4 het volgende:

“§ 1. De erkende geneesheer-specialist is ertoe gehouden uitsluitend zijn specialiteit uit te oefenen.

§ 2. De erkende geneesheer-specialist is ertoe gehouden gedurende zijn ganse loopbaan zijn bekwaamheid te behouden en te ontwikkelen door praktische en wetenschappelijke activiteiten.”

De verwijzing naar dit M.B. in voetnoot 3 op blz. 20 is dus zinloos.

(blz. 21)

II.1.e. Moet ik mij inschakelen in de wachtdienst?

In de eerste alinea wordt de term “medische code” beter vervangen door de officiële benaming “code van de geneeskundige plichtenleer” en kan in een voetnota verwezen worden naar de artikelen 113-118 van de code van de geneeskundige plichtenleer.

Als men in de derde alinea de vermelding “*de representatieve beroepsverenigingen mogen in het ziekenhuis wachtdiensten instellen*” wil behouden, wordt best verwezen naar artikel 9 §1 van het K.B. 78 van 10.11.1967.

Het lijkt me minstens zo belangrijk te vermelden dat het een taak is van de hoofdgeneesheer van elk ziekenhuis om de nodige initiatieven te nemen [artikel 5, 9° van het K.B. van 15.12.1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 (inmiddels artikels 18 tot 22 van de bijlage bij het nieuw coördinatiebesluit van 10.07.2008) van de wet op de ziekenhuizen zoals gecoördineerd door het Koninklijk besluit van 7 augustus 1987] om “*de continuïteit van de medische zorgen in de opname-, raadplegings-, urgentie- en medisch-technische diensten ter verzekeren, ondermeer door het organiseren van de medische permanentie in het ziekenhuis en van de medewerking van de geneesheren aan de wachtdiensten zoals bedoeld in artikel 9 van het K.B. nr. 78 van 10 november 1967...*” .

II.2. Praktische organisatie van de specialistische activiteit

(blz. 22)

2.b. Welke bijzondere voorzorgen moet ik nemen indien ik werk buiten het ziekenhuis? Je zult de hierna volgende voorzorgen nemen.

Het eerste aandachtspuntje klinkt logisch, maar ik vind geen deontologische of wettelijke verplichting die een arts die niet werkzaam is in een ziekenhuis zou opleggen om een samenwerkingsovereenkomst af te sluiten met ziekenhuizen of specialisten in de omgeving om spoedopnames van patiënten te kunnen garanderen.

Consequent met de andere voetnoten, lijkt het aangewezen om de datum te vermelden bij de voetnota 2 op dezelfde pagina 22. Het gaat over de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22.08.2002.

(blz.23)

Onder “WETTELIJK” wordt er naar de ziekenhuiswet verwezen.

In voetnoot 2 moet er dus verwezen worden naar de bijlage bij het K.B. van 10.07.2008 dat een nieuwe coördinatie heeft gegeven aan de ziekenhuiswet.

In voetnoot 3 wordt artikel 130 artikel 144 van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet.

In voetnoot 4 wordt artikel 131 artikel 145 van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet.

Het lijkt me gepast om op deze plaats te verwijzen naar de wettelijke verplichting van artikel 132 van de ziekenhuiswet van 10.07.2008 (B.S. 07.11.2008) om in elk ziekenhuis een medische raad op te richten en naar het K.B. van 10.08.1987 betreffende de samenstelling en de werking van de medische raad (B.S. 18.08.1987), want de vermelding onder de titel

“deontologisch” (blz. 24) “*dat de artsen er moeten over waken dat een medische raad wordt opgericht*” is juridisch onvoldoende.

(blz. 24)

Het zesde aandachtspuntje onder DEONTOLOGISCH verwijst weliswaar naar de medische raad, maar de bewoordingen “*moeten er over waken dat een medische raad wordt opgericht*” geven een foutieve voorstelling van de feiten, hoewel dit een letterlijk citaat is uit het artikel 170 van de code van de geneeskundige plichtenleer. Deze code kreeg trouwens nooit een wettelijke basis.

Verder dienen op deze pagina in de voetnoten 2, 3 en 4 de artikelen van de ziekenhuiswet te worden gewijzigd. Artikel 133 wordt 147, artikel 140§1 wordt artikel 155§1 en artikel 140§5 wordt artikel 155§1 van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet.

(blz. 25)

3. De ziekenhuisorganisatie.

a. Beheer.

Artikel 10 wordt 15 en artikel 11 wordt 16 van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet. In voetnota 1 moet worden verwezen naar de ziekenhuiswet van 10.07.2008. In voetnota 2 moet worden verwezen naar artikel 140§§ 1 en 2 van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet.

(blz. 26)

In d. moet worden verwezen naar artikelen 18-19 in plaats van naar art. 13-14 van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet.

Het eerste aandachtsstreepje verwijst naar “*hoofdartsen*”, het tweede naar “*geneesheer-diensthoofd*” en het laatste naar “*alle ziekenhuisartsen*”. Gezien de feminisatie verkies ik het gebruik van het woord “*arts*” boven “*geneesheer*”. Maar de wetgever heeft op 10.07.2008 alleen gecoördineerd en geen rekening gehouden met de gang der geschiedenis, zodat ook in de nieuwe coördinatie overal de termen “*hoofdgeneesheer*” en “*geneesheer-specialist*” en dergelijke bewaard bleven. Het zou logisch zijn om in één rubriek dezelfde terminologie te gebruiken.

Zo wordt in het tweede deel van de brochure uitsluitend het woord hoofdgeneesheer gebruikt.

In d. wordt artikel 15 artikel 20 van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet.

In f. wordt artikel 17 bis artikel 23 van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet.

In g. wordt artikel 17 quater artikel 25 van de nieuwe coördinatie van de ziekenhuiswet.

(blz. 27)

In de tabel verspringt de opeenvolging van de nummers van de RIZIV-dienstcodes van de ziekenhuisdiensten van 450 naar 490 en dan terug naar 480. De overeenstemmende omschrijvingen zijn correct.

(blz. 28)

III. Accreditering

2. Wat moet ik doen om mijn accreditering te verkrijgen?

OP HET VLAK VAN DE NAVORMING

In de derde regel van het eerste aandachtspuntje wordt vermeld “(1 C.P. = 10 navormingseenheden). Dit kan beter worden weggelaten, aangezien de navormingseenheden al sinds 01.01.2007 niet meer worden gebruikt.

(blz. 29)

5. Hoe lang is mijn accreditering geldig?

Uit mijn praktische ervaring binnen de stuurgroep accreditering weet ik dat de laatste zin van dit punt best als volgt zou worden aangevuld. “De voorwaarde van een minimale activiteit valt dan weg, maar alle andere voorwaarden blijven bestaan.”

(blz. 30)

In het grijze blok in de linker marge met het witte plusteken op groene achtergrond lijkt het me aangewezen om tussen de eerste en de tweede zin een inlassing te maken. “... *ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging uitvoeren of laten uitvoeren . Ook ziekenhuizen zijn zorgverleners. Het aanzetten tot het voorschrijven ...*”.

De laatste alinea van bladzijde 30 heeft het over “goedkope geneesmiddelen”. Dit onderwerp wordt ook uitvoerig behandeld in het derde deel en de term komt vier maal voor op bladzijde 101 van de brochure.

Ten gevolge van artikel 16 van de wet van 19.12.2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg (B.S. 31.12.2008) wordt artikel 73, § 2, van de gecoördineerde G.V.U- wet van 14.07.1994 gewijzigd en ook als gevolg van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 17.12.2008 zal, zodra het in voege treedt, de tekst over de regelgeving betreffende de “goedkope geneesmiddelen” moeten herwerkt worden.

(blz. 32)

5. Op welke manier kan ik aansprakelijk gesteld worden voor mijn medisch handelen?

Vermits in de tekst de term “DGEC” op deze pagina voor het eerst opduikt, lijkt het me aangewezen hier de volledige omschrijving te gebruiken en de afkorting tussen haakjes te vermelden: “Dienst geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)”.

6. Wat is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis?

Het valt op dat in dit punt met geen woord gerept wordt over de arts-specialist die als zelfstandige werkzaam is in een ziekenhuis. Dit is nochtans de meest voorkomende situatie. Quasi alleen de universitaire ziekenhuizen werken nog met artsen-specialisten met een werknemersstatuut. Mijns inziens vergt dit punt een juridische aanvulling.

In voetnota 3 op deze pagina 32 dient artikel 11 vervangen te worden door artikel 16.

(blz. 33)

In voetnota 1 dient artikel 17 novies vervangen te worden door artikel 30.

(blz. 37)

VI. Het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen.

Uiteraard zal hier dienen verwezen te worden naar het akkoord van 17.12.2008.

1. Inhoud

In de laatste zin van de eerste alinea wordt ondermeer verwezen naar “*vergoedingen voor verplaatsingen in plattelandsstreken*”.

Ik betwijfel of het zinvol is dit te vermelden in een brochure voor artsen-specialisten.

Ik meende trouwens dat “*vergoedingen voor verplaatsingen in plattelandsstreken*” alleen van toepassing waren voor huisartsen. Uit wat hierover op bladzijde 57 wordt gezegd (2^{de} deel, IV Aandachtspunten uit de nomenclatuur. 1. b. Bezoeken - consulten bij de patiënt thuis) is dat ook niet afleidbaar. Ik ben er niet in geslaagd de omzendbrief verzekeringsinstellingen (V.I.) 2007, nr. 500 (28.12.2007), waar in de voetnota 5 op bladzijde 57 wordt naar verwezen, terug te vinden op de RIZIV-website.

3. Weigering tot toetreding of deeltijdse toetreding.

Gezien de belangrijke wijzigingen die het punt 18 van het akkoord van 17.12.2008 in deze materie aanbracht, zal dit stuk moeten worden herwerkt zodra het akkoord in voege zal zijn getreden (vervolg op blz. 38).

(blz. 39)

In verband met het sociaal statuut lijkt het me logisch van zowel het jaar 2008 als 2009 te vermelden.

2^{de} deel –Het aanrekenen van verstrekkingen.

(blz. 45)

I. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

4. Moet ik de honoraria toepassen die in de nomenclatuur zijn opgenomen?

Ook dit deel zal moeten worden aangepast omwille van de belangrijke wijzigingen die het punt 18 van het akkoord van 17.12.2008 in deze materie aanbracht.

(blz. 46)

NIET-GECONVENTIONEERDEN ARTSEN

Bij het vierde aandachtspuntje onder “*Eenpersoonskamer*” lezen we “*bij een kind vergezeld van een ouder*”. Dit moet logischerwijze aangevuld worden [zoals onder GECONVENTIONEERDE ARTSEN. Bijzondere bepalingen, vierde aandachtspuntje (blz. 45)] met “(tenzij indien expliciete wens v/d ouders schriftelijke vastgelegd in de opnameverklaring)”.

(blz. 48)

II. 2 b. Wat mag deze arts voorschrijven?

VERSTREKKINGEN DIE BEHOREN TOT DE BEVOEGDHEID VAN MEERDERE DISCIPLINES (SPECIALISME DEELS SPECIFIEK)

Het tweede aandachtspuntje zou als volgt moeten worden aangevuld: “*Klinisch biologen met bijkomende bekwaming in de radio-isotopen in vitro mogen de verstrekkingen uit nucleaire geneeskunde in vitro (art. 18, §2, B, e) aanrekenen (art. 19§5ter).*”

(blz. 57)

Cfr. mijn bemerking in verband met blz. 37 over de “*vergoedingen voor verplaatsingen in plattelandstreken*” en over het niet kunnen terugvinden van de omzendbrief verzekeringsinstellingen (V.I.) 2007, nr. 500 (28.12.2007) die in voetnota 5 op blz. 37 wordt vermeld.

(blz. 62)

Het lijkt me aangewezen om aan de titel “*d. Wat is het permanentiehonorarium*” een voetnoot 1 toe te voegen die verwijst naar “*NGV art. 25, §3*”.

(blz. 63)

ONDER WELKE VOORWAARDEN MAG HET WORDEN AANGEREKEND?

Halfweg pagina 63 staat op groene achtergrond een witte i met de vermelding: “*De permanentie waargenomen door een GSO mag slechts worden aangerekend wanneer verricht in het ziekenhuis waar hij volgens zijn stageplan in opleiding is*”.

Conform

- artikel 5, §2, 2°, b, van het inmiddels opgeheven M.B. van 12.11.1993, maar overgenomen in het M.B. van 14.02.2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, van geneesheren-specialisten in de urgentiegeneeskunde en van geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde
- en artikel 9 §1, van het Koninklijk besluit van 27.04.1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg moet voldoen om erkend te worden, dat in zijn 3° een geneesheer definieert die de opleiding, bedoeld in artikel 5, § 2, 2°, b), van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneeskunde gevolgd heeft
- en de recente wijziging van artikel 13 van dit koninklijk besluit van 27.04.1998 door het K.B. van 15.12.2008 (B.S. 23.12.2008) waardoor de overgangstermijn wordt verlengd tot 31.12.2012 waarbinnen de 13 specialismen en hun GSO's vanaf hun 3^{de} jaar opleiding de gespecialiseerde functie spoedgevallen mogen bestaffen met behoud van de erkenning van de functie,

lijkt het me aangewezen om hier aan toe te voegen dat deze GSO al tenminste twee jaar opleiding moet achter de rug hebben in één van de 13 disciplines die zijn opgesomd in artikel 2 van het M.B. van 14.02.2005 (B.S. 04.03.2005). Deze 13 disciplines worden trouwens vermeld in het derde aandachtspuntje onder deze hoofding op deze blz. 63.

(blz. 63)

e. Wat is het beschikbaarheidshonorarium?

Zoals vermeld wordt in punt “*11.2. Beschikbaarheid van de geneesheren-specialisten*” van het akkoord artsen ziekenfondsen van 17.12.2008 (“*Bovendien zal de NCGZ een globale*

herziening van het systeem van de permanenties en de beschikbaarheden in en voor het ziekenhuis voorbereiden) is het Koninklijk besluit van 29.04.2008 “tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten” voor verbetering vatbaar.

Toch lijkt het me logisch, nodig en correct dat alle specialismen die in het artikel 3 van het huidige in voege zijnde K.B. van 29.04.2008 worden opgesomd, ook in dit punt van de brochure worden vermeld.

In de brochure ontbreekt de vermelding van: cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie, geriatrie, neurologie en neuropsychiatrie (specialisatie die sinds 1995 niet meer kan aangevat worden, maar die wel nog bestaat).

(blz. 66)

In het kader onder punt “2. Hoe moet ik het getuigschrift invullen?” ontbreekt m.i. een puntje 6 dat zegt dat ook de datum van uitreiking van het getuigschrift verplicht is.

(blz. 68-blz.69)

Punt V.6. “Bestaat er forfaitaire vergoeding in het ziekenhuis?”

Eenzijds moet het onderdeel “b. Forfait klinische biologie en medische beeldvorming” om juridische redenen anders worden betiteld. Het gaat immers niet om “forfaits” zoals voor de vergoedbare geneesmiddelen (a.) of bij gewone opname (c.) of bij daghospitalisatie (d.), maar om medische honoraria. De titel moet daarom luiden: “Forfaitaire honoraria klinische biologie en medische beeldvorming”.

Om die reden moet dit onderdeel een andere titel en andere plaats krijgen “x. Bestaan er forfaitaire medische honoraria in het ziekenhuis?”.

Door het niet respecteren van de begrippen “forfait” (eigendom van het ziekenhuis) en “forfaitair honorarium” (eigendom van de arts - verstrekker) is dit gedeelte, zelfs voor lezers met ervaring, moeilijk te begrijpen. Het onderscheid tussen 6.b., 6.c. en 6.d. is nauwelijks te vatten en bovendien maken wij er inhoudelijk-juridisch bezwaar tegen.

Anderzijds is de tekst ook onvolledig, want de forfaitaire honoraria die in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen voorkomen, zoals in artikel 17 Radiologie, §1, 12° en in artikel 24, Klinische biologie §2 “per opname”, worden nergens in de brochure vermeld.

Om juridische redenen en om de leesbaarheid te verhogen moet de term “dagforfait” bij klinische biologie en de term “forfait per opname” bij radiologie worden vervangen door respectievelijk “het forfaitaire honorarium per verpleegdag klinische biologie (eventueel aangevuld met “pseudonomenclatuurcodenummer 592001”) en het “forfaitaire honorarium radiologie per opname”.

3^{de} deel - Het voorschrift

(blz. 88)

III Verpleegkundig voorschrift

f. Welke handelingen mag een verpleegkundige uitvoeren?

Voor de volledigheid stel ik voor ook hier al de door artsen toevertrouwde handelingen te vermelden, hoewel die apart worden vermeld in een tabel op blz. 94: “De handelingen zijn opgesomd in de volgende lijst² en in de lijst met toevertrouwde handelingen (cfr. punt III.2.g.)”

(blz. 96)

V. Het voorschrift voor klinische biologie

1. Wie kan de analyses inzake klinische biologie voorschrijven?

Bij sommige lokale ziekenfondsbesturen leeft de idee dat geneesheren klinisch biologen geen analyses inzake klinische biologie zouden mogen voorschrijven. Dit is een misvatting. Geneesheren klinisch biologen zijn geneesheren-specialisten zoals andere geneesheren-specialisten, en zij kunnen analyses klinische biologie voorschrijven als ze

- , zoals de andere specialisten, de regels van artikel 24 §9 respecteren
- en, bijkomend, geen verstrekkingen klinische biologie cumuleren met de honoraria voor de raadpleging (artikel 24 §5)

Omwille van het regelmatig terugkeren van de voormelde misvatting, lijkt het me nuttig deze specificatie op deze bladzijde toe te voegen.

(blz. 101)

Cfr. mijn bemerking bij blz. 30:

Ten gevolge van artikel 16 van de wet van 19.12.2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg (B.S. 31.12.2008) wordt artikel 73, § 2, van de gecoördineerde G.V.U-wet van 14.07.1994 gewijzigd en als gevolg van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 17.12.2008 zal, zodra het in voege treedt, de tekst betreffende de regelgeving over de “*goedkope geneesmiddelen*” moeten herwerkt worden.

(blz. 102)

WELKE ZIJN DE GENEESMIDDELEN DIE IN AANMERKING KOMEN BIJ DE BERKENING VAN HET PERCENTAGE GOEKOPE VOORSCHRIFTEN?

Behalve de inhoudelijke wijzigingen zoals vermeld bij blz. 101, lijkt het me wenselijk om DCI voluit te schrijven in het vierde aandachtspuntje en in de Nederlandse versie ook de veelgebruikte afkorting “VOS” te vermelden: “de geneesmiddelen voorgeschreven op stofnaam (= VOS = algemene benaming van een geneesmiddel = Dénomination Commune Internationale = DCI)”. Nergens anders in de brochure komt immers de afkorting DCI voor. “VOS” treffen we wel aan in de alfabetische lijst op blz. 150.

(blz. 104)

De tekst in het grijze vierkant met het witte plusteken op groene achtergrond in de linkermarge onderaan deze bladzijde is onbegrijpelijk. Ik vermoed dat er moet staan: “*Voor verstrekkingen pathologische anatomie die je uitvoert als niet patholoog anatoom, zie 2^{de} deel – hoofdstuk II, 2. b. (blz. 49) en hoofdstuk II, 9 (blz. 65)*”.

(blz. 105)

VIII. Voorschrift genetische verstrekkingen

De tekst is conform de van toepassing zijnde nomenclatuur, maar sinds het in werking treden van artikel 33 (op 01.08.1988) werd – gelukkig – de beschikking “*voorgeschreven zijn door*

een geneesheer die werkt in het raam van “de genetische raad” in een erkend centrum voor antropogenetica” nooit letterlijk toegepast.

Het is hoog tijd dat de Technisch geneeskundige raad artikel 33 drastisch hervormt. Dit is gepland voor 2009.

(blz. 118)

III Wat betaalt de patiënt voor zijn medische zorg?

1. Wat is het remgeld?

We lezen hier ondermeer “*Het remgeld kan gaan van 0 % voor onmisbare behandelingen tot 80 % voor minder belangrijke behandelingen (bv. categorie Cx van de geneesmiddelen).*”

Het onderscheid “remgeld” en “supplementen” in verband met de veiligheidsgrens van de §§ 4 en 17 van artikel 35 en van de §§ 4, 6 en 13 van artikel 35 bis van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen die op blz. 120 wordt beschreven is niet erg duidelijk.

Niet voor de patiënt en niet voor de arts-specialist, want de supplementen die hier ter sprake komen, zijn andere dan degene waarover in het 2^{de} deel wordt gesproken.

Deze moeilijke materie geeft frequent aanleiding tot disputen met de mutualiteiten, tot voor de rechtbank toe.

Het is m.i. niet logisch dat men op blz. 120 een reeks “remgelden” opsomt, waaronder de veiligheidsmarge van sommige prothesen, terwijl daar op blz. 118 niet wordt over gesproken.

(blz. 120)

3. Wat is de maximumfactuur (MAF) en wie heeft er recht op?

b. Algemeen principe

De uitleg bij de witte i op groene achtergrond maakt de definitie van remgeld op blz. 118 zeer verwarrend, want de termen worden onterecht door elkaar gebruikt. Supplementen gevraagd door artsen zijn nooit remgelden en toch worden ze hier vermeld als een “remgeld” dat niet voor de MAF in aanmerking komt.

(blz. 121)

4. Derdebetalersregeling

Hier ontbreekt een categorie, met name waar de derdebetalersregeling facultatief kan worden toegepast.

Onder “*b. Voor welke verstrekkingen⁴ moet de derdebetalersregeling worden toegepast?*” vind ik als vierde aandachtspuntje “*De verstrekking 102771 (Globaal medisch dossier) en 102852 (Gebruik van een diabetespas), indien de verzekerde er uitdrukkelijk om verzoekt*”.

Dit is correct, maar kan niet ondergebracht worden onder een titel die stelt dat de derdebetalersregeling moet worden toegepast.

(blz. 123)

Tikfoutje halfweg de pagina in het 13^{de} aandachtspuntje “*elke patiënt opgenomen in een SP dienst vanaf de 46^{ste} verblijfsdag*” .

(blz. 129)

De voetnota verwijst naar het akkoord van 20.12.2007. Te vervangen door een verwijzing naar punt 7 van het akkoord van 17.12.2008.

⁴ te verbeteren tikfoutje

Deze opsomming betreft een niet-limitatieve lijst.

Dr. Marc MOENS,
05.01.2009