
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsvereniging 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° 5 / JUNI 2001

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

DE NIEUWE TARIEVEN VAN
TOEPASSING SEDERT 1.6.2001
ZIJN BESCHIKBAAR
OP DE VBS-WEBSITE
<http://www.VBS-GBS.org>

BEROEPSTITELS IN DE ONCOLOGIE OVERGANGSTERMIJN VERLOOPT OP 2 JULI 2001

Het MB van 16 april 1999 (B.S. 22 juni 1999) waarin de opleidings- en erkenningscriteria worden bepaald van de aanvullende beroepstitels in de **medische oncologie** en in de **oncologie**, voor de verschillende betrokken specialismen, voorzigt tevens overgangsbepalingen (de zgn. "verworven rechten"). De termijn binnen dewelke erkende geneesheren-specialisten hierop aanspraak kunnen maken verloopt op 2 juli a.s..

Men weet dat Minister AELVOET begin vorig jaar reeds had aangekondigd dat dit MB zou vervangen worden door nieuwe bepalingen, zodat de administratie van Volksgezondheid besloten had geen verder gevolg te geven aan de ingediende aanvragen. Inmiddels is er echter nog steeds geen officieel nieuw MB voorhanden.

Wie algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam in de oncologie of in de medische oncologie, of die het bewijs levert dat hij sedert tenminste vier jaar na zijn erkenning als geneesheer-specialist, de betrokken oncologische discipline op substantiële en belangrijke wijze uitoefent, kan dus best zo'n aanvraag indienen, in toepassing van artikel 6 van voormeld MB van 16.04.1999 (Adres : Dienst Geneeskundepraktijk, Erkenning Geneesheren-Specialisten, Ministerie van Volksgezondheid, Vesaliusgebouw, RAC, 1010 Brussel). De §1, 2^e lid van dit artikel 6 luidt als volgt:

"Het bewijs dat hij algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam kan geleverd worden door persoonlijke publicaties, zijn deelname aan nationale en internationale congressen, een prestatieprofiel typisch voor de oncologie of voor de medische oncologie."

NB: In antwoord op de ingediende aanvragen schrijft Dr J.P. DERCQ, Leidend ambtenaar van de Directie Geneeskundepraktijk dat de bepalingen terzake, voor wat betreft de oncologie en de medische oncologie, nog niet van toepassing zijn en dat bedoeld besluit waarschijnlijk vernietigd zal worden door de Raad van State.

COMMENTAAR BIJ ONTWERP VAN WET "HOUDENDE MAATREGELEN INZAKE GEZONDHEIDSZORG"

Een aantal artikels luidt de definitieve teloorgang in van de vrije beroepsuitoefening in de medische sector, door het medisch beroep te onderwerpen aan een alles overheersende hospitalocentrische verstaatsing.

HOSPITALOCENTRISME:

-art 76 dat een punt 9^o invoegt in art. 8 van de wet op de ziekenhuizen definieert het begrip "de ziekenhuispatiënt", een term die nochtans nergens in de ziekenhuiswet gebruikt wordt en bijgevolg volledig overbodig is. Volgens de ontworpen definitie wordt echter zelfs de ambulante patiënt die gewoon op een poliklinische afdeling een arts raadpleegt voor louter ambulante onderzoek en behandeling, ook al een "ziekenhuispatiënt". In de memorie van toelichting wordt zonder schroom gesteld dat het de bedoeling is het begrip "opname" te verruimen! Dit wil dus zeggen dat om het even welke ambulante zorg een "opname" kan worden. Zoiets is onaanvaardbaar.

-art 77 voegt een art. 9 ter in waarbij een systeem van "netwerken" van "zorgaanbieders"... en "zorgcircuits" wordt uitgewerkt, uiteraard vanuit de grote ziekenhuizen. Via dit hospitalocentrisme in het kwadraat kunnen alle individuele zelfstandige praktijkinitiatieven gemakkelijk worden onderworpen of uitgeschakeld. In en buiten het ziekenhuis. Ook dit artikel is onaanvaardbaar. Elke burger die "gezondheidszorg verbruikt" wordt bijgevolg rechtstreeks of onrechtstreeks "ziekenhuispatiënt", en verliest van dan af zijn vrije keuzerecht: hij moet de voorafbepaalde paden van het netwerk volgen. De zelfstandige zorgverstrekkers daarentegen worden door een systeem van (vrijblijvende) juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomsten volledig overgeleverd aan de goodwill van de instellingen.

GEDAAN MET HET ZELFSTANDIG INITIATIEF:

-De artikelen 74 en 119 kennen een ongebreidelde voorkeursituatie toe aan de universitaire ziekenhuizen, -diensten, -functies en zorgprogramma's, wier zorgverlening op basis van een soort "droit divin" beter moet vergoed worden, en aan dewelke bovendien het "privilege" wordt gegeven op het vlak van de ontwikkeling van nieuwe technologieën en op dat van de evaluatie van de medische activiteiten. Dit is arbitrair en onaanvaardbaar.

Het uitzonderingsargument opleidingsfunctie, evaluatie van de medische activiteit, clinical research, nieuwe technologieën of technieken is verre van relevant. Ook niet-universitaire ziekenhuizen vervullen een belangrijke rol op elk van die gebieden, zoals de recente medische ontwikkelingen duidelijk hebben aangetoond. Bovendien dient opgemerkt dat klinische research niet door de gezondheidszorg moet gefinancierd worden.

VERSTAATSING

-art 32 voorziet de mogelijkheid om afzonderlijk het budget van de zorgen verstrekt aan hoger vermelde "ziekenhuispatiënten" ("al dan niet opgenomen of verblijvend" –cfr art 2 van de ziekenhuiswet) vast te stellen. En de Koning kan zelfs aanwijzen aan welke ziekenhuizen dat budget wordt toegekend. Dit doelt duidelijk op een arbitraire benadeling van bepaalde praktijkmiddelen en, per definitie...de extramurale praktijk, voor prestaties die nochtans identiek zijn. In feite ligt het er vingerdik op dat men de ambulante specialistische zorg alleen nog wil vergoeden via de ziekenhuizen.

-art 34 kan aanleiding geven tot de inlijving van de medische honoraria in het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Hierbij wordt het akkoordensysteem tussen artsen en ziekenfondsen m.b.t. de honoraria in ziekenhuismilieu grotendeels ontkracht.

-last but not least zorgt art 135 er voor dat de nog steeds "zelfstandige" ziekenhuisartsen individuele overeenkomsten moeten sluiten waarin het essentiële onderdeel van de werkvoorwaarden, nl. het bedrag dat hun toekomt, niet eens kan noch mag bindend zijn. Kan men zich een verdergaande ondergeschiktheid inbeelden? Is dit de liberale ideologie? Alleen loontrekkende geneesheren zouden nog recht hebben op de naleving van hun contract ?

Indien de regering dit wetsontwerp goed zou keuren dan zijn zelfstandige artsen dus morgen geen volwaardige burgers meer.

Wij aanvaarden dit niet, en eisen NU dat

-men de ziekenhuisartsen ook minstens het verzwaard advies van de Medische raden moet teruggeven in geval de beheerder de rechtsverhoudingen wil beëindigen.

-artikel 139bis wordt afgeschaft.

-voor de zelfstandige ziekenhuisartsen de voorgestelde §5 van art. 140 (punt 2° van art. 135 van het wetsontwerp) wordt beperkt tot de overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad "zoals bedoeld in §4", d.w.z. onder dezelfde rechtsbescherming als loontrekkende artsen.

Naast voormelde bepalingen treffen we nog andere maatregelen en sancties aan, die alle ingegeven lijken door een stilaan groeiende politico-sociologische beleidsconstante. Ze draagt al een naam, "iatriisme", en geeft uiting van een nieuwsoortige vorm van maatschappelijk reductionisme t.o.v. een welbepaalde beroepsgroep: de zelfstandige geneesheren-specialisten.

Dr. M. MOENS
Secretaris-generaal

Prof. Dr. J. GRUWEZ
Voorzitter

TEKENEN DE ACHT BEVOEGDE MINISTERS HET PROTOCOL OVER DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG, DE VERBORGEN AGENDA INCLUIS?

(Opiniestukje, ter publicatie gestuurd aan het weekblad "De Huisarts" op 29.5.2001)

N.a.v. een bespreking op het kabinet AELVOET op 09.05.2001, 's namiddags met de artsensyndicaten en 's avonds ook met UHAK en FORUM, over de huisartsenkringen, bleek dat, achter de tegemoetkomende houding van de ministeriële medewerkers, duidelijk de verborgen agenda zit van de totalitaire benadering van de gezondheidszorg.

Twee ontwerp teksten over resp. de erkenning en de financiering van de huisartsenkringen, ter plekke uitgedeeld, werden door de BVAS bedolven onder scherpe kritiek. Hetzelfde scenario 's avonds vanwege UHAK, alhoewel de kabinetsmedewerkers beweerden dat de artsensyndicaten geen problemen hadden met de teksten.

Zodoende blonken de kabinettaards niet alleen uit in de goeie ouwe politieke cultuur die de waarheid "interpreteert", maar onderscheidde ze zich bovendien ook in de klassieke deugd van het selectief vergeten. In casu hadden ze "er niet aan gedacht" de genodigden te melden dat deze ontwerpen ondergeschikt zijn aan een "Protocol" over de eerstelijnsgezondheidszorg, dat – volgens het ontwerp – in principe had moeten ondertekend worden op 30 mei 2001 door de acht in mindere of meerdere mate over Volksgezondheid en aanverwanten bevoegde ministers die ons Koninkrijk arm is.

Dit protocol wijkt in niets af van de dogma's uit de conceptnota van april 2000 die groen-links in deze regering de Belgische bevolking door de strot wil duwen.

Eén enkel citaat uit de aanhef van het protocol geeft meteen de teneur aan :

"Overwegende dat een betere zorgorganisatie noodzakelijk is om kwaliteitsvolle zorg te verzekeren op het meest geschikte echelon ...". Elkeen krijgt alvast een veeg uit de pan. Wat artsen en andere verzorgenden doen is dus niet goed genoeg en is niet kwaliteitsvol.

Alhoewel recent nog bleek dat Europa België zijn laagdrempelige en kwalitatief hoogstaande medische zorg benijdt, meent een medewerker van AELVOET dat kolchozenstructuren de ideale oplossing zijn om de Belgische gezondheidszorg naar een hoger niveau te tillen. Hij waant zich in zijn koloniaal verleden.

Het is geenszins de patiënt die centraal staat in dit ontwerp van protocol. Wel het doordrukken van nieuwe structuren, ideologisch geschoeid op een leest waar 90 % van de artsen en 99,8 % van de patiënten niet willen van weten en waar geen noodzaak toe is. Huisartsen willen terecht ondersteuning en waardering van wat ze lokaal en op vrijwillige basis hebben georganiseerd.

De extra-murale specialisten worden doodgezwegen in het protocol. De minister weet perfect dat 6000 van deze vrij gevestigde specialisten beroepsactief zijn, kostenbesparend voor de sociale zekerheid en erg gewaardeerd door de patiënten. Ze is ze liever kwijt dan rijk. Door ze niet te vermelden, wordt de toegang tot de extramuralen beperkt.

Ondertussen werkt haar kabinet een notariaat uit voor de eerstelijnszorg dat wordt bijgehouden door een 100-tal "diensten". Eén dienst per 100.000 inwoners in een aaneengesloten geografisch gebied binnen hetwelk de zorgverstrekkers zullen gekadastreerd worden.

Dergelijke staatsgeneeskunde heeft UHAK ongetwijfeld niet gewenst toen ze om erkenning vroeg van de huisartsenkringen.

Ook BVAS en VBS wijzen dergelijke etatisering met klem af. Ze vinden het bovendien onbegrijpelijk dat de liberale regeringspartners deze teloorgang van ons gezondheidsstelsel geen krachtdadig halt toeroepen.

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

PROTOCOL MET BETREKKING TOT DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG

Commentaren bij het "Protocol gesloten tussen de Federale Regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg."

Aanhef

"Overwegende dat de bevoegdheden ten aanzien van de verschillende sectoren van de eerste lijn verdeeld zijn onder de onderscheiden bestuursniveaus;"

Momenteel worden de meeste elementen uit de "eerstelijnsgezondheidszorg" federaal geregeld via het ministerie van Sociale Zaken (RIZIV) en Volksgezondheid (o.m. de erkenning van de verschillende verstrekkers, enz...). Via dit ontwerp van protocol wil men maatregelen treffen die vanuit de gemeenschappen kunnen geregeld worden. Betreft het de organisatievormen, de erkenning van individuele en/of collectieve praktijkvestigingen, structuren, praktijkvereisten ... ?

"Overwegende dat de behoefte van de patiënt aan een kwaliteitsvolle en laagdrempelige eerstelijnszorg centraal staat;"

Niet de patiënt staat centraal, maar de door de nogal tautologisch geformuleerde behoefte aan "kwaliteitsvolle en laagdrempelige eerstelijnszorg". De drempel naar de huisarts is voor sommige patiënten blijkbaar nog niet laag genoeg, ondanks de mogelijkheid van het huisbezoek. Vermits de geneesheer-specialist nergens wordt vernoemd, wordt de drempel naar de extramurale specialist gewild verhoogd.

Het is opmerkelijk dat geen enkele precieze behoefte wordt vermeld. Evenmin wordt een concreet probleem van te hoge drempels aangestipt. Wel wordt er zeer veel aandacht besteed aan vanuit een dogmatische opstelling gecreëerde structuren waaraan de patiënt niet de minste behoefte heeft. Misschien wil de overheid de vis verdrinken.

"Overwegende dat een betere zorgorganisatie noodzakelijk is om kwaliteitsvolle zorg te verzekeren op het meest geschikt echelon om een meer rationeel gebruik van de beschikbare middelen te bekomen en om de plaats van de actoren van de eerste lijn beter te definiëren;"

Zoals destijds de spoedgevallenzorg, krijgt hier de eerste lijn verwijten toegestuurd in verband met een gebrek aan kwaliteitsvolle organisatie. Dit gebeurt louter ideologisch, dogmatisch in feite, en zonder vermelding van enige concrete grief. De enige bedoeling blijkt te zijn tot een "meer rationeel gebruik van de beschikbare middelen" te komen. Of het voorgestelde systeem daaraan iets kan verbeteren, valt stellig te betwijfelen.

Het "definiëren van de plaats van de actoren van de eerste lijn" is mogelijk binnen de context van de federale G.V.U.-wet. Deze kan niet het voorwerp uitmaken van protocollen met de gemeenschappen. De multidisciplinaire samenwerking wordt trouwens al binnen dit kader geregeld. Niets verhindert de gemeenschappen eventueel bijkomende ondersteuning te verschaffen, doch zonder discriminatie van de actoren van de "multidisciplinaire" samenwerking.

"Overwegende dat in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, wat betreft de verstrekkingen aan thuisverblijvende rechthebbenden, geen tussenkomst is voorzien voor activiteiten die in een multidisciplinair verband worden verricht inzake overleg, evaluatie van zorgbehoeften en zorgplanning;"

Dit is pertinent onjuist. Op dit ogenblik bestaat er een reglementering i.v.m. palliatieve thuiszorg en eerstdaags zal een K.B. verschijnen dat een codenummer invoert in de de nomenclatuur der

geneeskundige verstrekkingen i.v.m. het multidisciplinair oncologisch consult, waarbij ook de huisarts wordt betrokken en waarbij het ook om een ambulante patiënt kan gaan.

In feite wordt de ganse medische zorgverlening aan zowel opgenomen als ambulante (dus thuisverblijvende) patiënten op interdisciplinaire basis verleend, in onderling overleg, met evaluatie van de zorgbehoeften en zorgplanning, tussen de patiënt en de zorgverleners die HIJ bij dit proces betreft. De vrijheid van de patiënt, diens zelfbeschikkingsrecht en keuzevrijheid, zijn van primordiaal belang, doch worden in dit ontwerp onverstoord aan banden gelegd, daar het de bedoeling is de patiënt aan te wijzen tot welke zorg hij zich moet wenden, en wel binnen een duidelijk afgebakend geografisch gebied ("zone").

1) Definitie

-*"thuisverzorging"* en *"eerstelijnsgezondheidszorg"* zijn duidelijk twee verschillende begrippen.

"...Men verstaat onder "eerstelijns gezondheidszorg" het gezondheidszorgniveau waar professionele hulpverleners zich toeleggen op de eerste deskundige opvang en begeleiding...met het oog op het behoud van de patiënt in zijn natuurlijke omgeving."

Het betreft hier de bepaling van de toegangsweg naar de gezondheidszorg. In de huidige organisatie van de gezondheidszorg wordt de eerste deskundige opvang en begeleiding verzekerd door artsen, ongeacht hun bijzondere bekwaamheid. Blijkbaar wil de minister dit veranderen door ook verpleegkundigen in te schakelen (zie 4,1° "de engagementen van beide partijen") die, m.a.w. over de deskundigheid beschikken om autonoom het gezondheidsprobleem van de patiënt op te vangen.

In elk geval opteert de minister niet –wat men nochtans vanuit Evidence Based Medicine-benadering zou verwacht hebben- voor de "meest" deskundige opvang.

Vermoedelijk anticipeert de minister hier op mogelijke wantoestanden die zouden kunnen ontstaan tussen dit en enkele jaren als er in dit land een geëchelonneerd zorgaanbod, zoals zij voorstelt, wordt ingevoerd. Blijkbaar vindt ze haar inspiratie bij de zéér actuele problemen van overbelasting van de huisartsenpraktijken zoals die bestaan in landen waar dergelijk systeem tot een ware ravage heeft geleid. Wij hoeven echter niet de Nederlandse problemen op te lossen. Wel de Belgische, met name een zeer verregaande, veralgemeende plethora van artsen en een chronisch gebrek aan verpleegkundigen.

Tenslotte weze opgemerkt dat –indien mogelijk- om het even welke zorgtussenkomst moet gericht zijn op het "behoud van de patiënt in zijn natuurlijke omgeving". Dit impliceert dat de patiënt slechts kan opgenomen worden wanneer hij niet langer ambulant kan verzorgd worden. Het is echter de patiënt zelf die hierover uiteindelijk beslist, waarbij zich wel het probleem stelt van de mogelijks wilsonbekwame patiënt. Maar dat is nét waar de redenering van de minister spaak loopt: ze wil alle patiënten als wilsonbe-kwamen behandelen.

2. Doelstellingen

-*"...op het meest aangewezen niveau."*

In de ontwerpen m.b.t. de patiëntenrechten wordt van de zorgverlener een zo volledig mogelijke informatie verwacht, met inbegrip van de alternatieve mogelijkheden inzake behandeling. Het verwondert ons dan ook dat de overheid zelf het nu bij de "meest aangewezen" laat. Aangezien het om een wetenschappelijke benadering van de gezondheidsproblemen gaat, zou men best de voorkeur kunnen geven aan "het meest gepaste deskundig niveau".

-puntsgewijze:

-*"1° de patiënt beter te informeren, te adviseren en te begeleiden doorheen het zorgproces"*.

Als de beschikbare informatie ontoereikend is ("beter te...") dan is dit in de eerste plaats toe te schrijven aan de overheid die er zelf nooit werk van gemaakt heeft om de bevolking wegwijs te maken in de verschillende soorten van instellingen met hun respectievelijke bestemming in de gezondheidszorg, wat nochtans haar rol is. Een "gids" voor elke Gemeenschap, ten behoeve van de bevolking zou dus een nuttig initiatief zijn. Anderzijds wordt de bevolking regelmatig om de tuin geleid door ophefmakende berichtgeving (of gecamoufleerde publiciteit) van nieuwe diensten of zorgaanbiedingen in universitaire ziekenhuizen. Zonder dat daarop door de overheid enige bemerking werd gemaakt.

"2°de samenwerking tussen de actoren van de eerste lijn te optimaliseren".

De code van geneeskundige plichtenleer vormt op dat vlak een essentieel tuchtrechterlijk instrument, en de accreditering een kwaliteitsbevorderend incentief .

Het zou ongepast zijn, indien de overheid hieraan een coërcitief systeem zou toevoegen. Het is immers de patiënt zelf die de actoren van zijn keuze bij het zorgproces betreft. En zo moet het blijven.

"3° op diverse wijzen de permanentie en de continuïteit van het zorgproces te versterken, zowel binnen de eerste lijn als tussen de verschillende echelons"

Dit behoort tot de federale bevoegdheid op grond van de artikels 8 en 9 van het KB nr 78 en wordt georganiseerd onder toezicht van de Provinciale geneeskundige commissies die ressorteren onder het Ministerie van Volksgezondheid. Niets verhindert de overheid om een duidelijkere vormgeving in die context te realiseren, zonder dat daarvoor een protocol onder de Gemeenschappen noodzakelijk is.

Moet "... zowel binnen de eerste lijn als tussen de verschillende echelons", beschouwd worden als een zinspeling aan het adres van de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen, als zouden deze niet tot de eerste lijn behoren?

Niets is minder waar. Gelukkig maar. Kan men zich inbeelden wat een ramp de geëchelonneerde aanpak van spoedgevallen zou zijn?

"4° Stimuleren van kwaliteitszorg door verschillende maatregelen, zoals..."

De niet-limitatieve term "zoals", voorziet de mogelijkheid om een onbeperkt aantal maatregelen te treffen, zonder onderscheid van aard en draagwijdte. Het bestaande federale wettelijke kader wordt dus gewoon voorbijgelopen door..."maatregelen", welke die ook mogen zijn.

"Gegevensverzameling": zonder enige precisering. Gaat het hier over patiëntengegevens, medische gegevens, instellingengegevens, gegevens betreffende aanbod en praktijkvestigingen (kadaster)?

"Op punt stelling van geïntegreerde zorgprogramma's": Wat is "oppunt stelling"? De erkenningsnormen van zorgprogramma's behoren tot de federale wetgeving (ziekenhuiswet). Is het de bedoeling van de overheid om nader te gaan bepalen wie wat doet in welk zorgprogramma, en om bovendien precies vast te leggen welk spoor de patiënt moet volgen. Het opnemen van zorgprogramma's, zoals bepaald in uitvoering van de ziekenhuiswet, in de eerste lijn, doet minstens vragen rijzen.

3. Functionering van het systeem

De indeling in drie niveau's getuigt van een kortzichtige zucht tot schematisering en een totaal gebrek aan voeling met de zorgverlenende werkelijkheid.

Zowel het eerste als het tweede niveau situeren zich in de praktijk en in het rechtstreeks contact met de patiënt.

Het derde niveau kan enkel betrekking hebben op de bezinning en onderling overleg over de werking van de structuren binnen een bepaalde regio.

4. De engagementen

Het is uitermate zonderling dat het eigenlijke voorwerp van het protocol zich beperkt tot de "**bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging**" (toepassing art 5 wet van 27.6.1978).

Dit kan in geen geval aanleiding zijn om een ganse organisatiestructuur van de zgn. "eerste lijnsgezondheidszorg" in te voeren, en bovendien nog te koppelen aan een "programmatie"!

Programmatie wil immers zeggen dat men een 100-tal diensten in de plaatst stelt van de bestaande huisartsenpraktijken (en de artsen - specialisten?) en structuren van de verpleegkundige thuiszorg, doch met een bestemming die, volgens de "doelstellingen" véél ruimer is en kan uitgebreid worden tot de ganse draagwijdte die men zou kunnen geven aan het onbepaalde begrip "eerstelijnszorg".

Wat de taken van die diensten dan ook mogen zijn is één en al onduidelijkheid. Ze "*voorzien dat de volgende verstrekkingen kunnen worden verleend :praktische organisatie (van wat, waar, hoe, met wie?), ondersteuning van multidisciplinaire patiëntgerichte samenwerking (wat is dat, onder wie, hoe wordt ondersteund?), taakafspraken (onder wie, welke taken, binnen welke bevoegdheden, quid het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt?), het zorgplan (wat is dat, wie stelt dat op, quid zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, binnen welke bevoegdheden?, enz...) en de evaluatie van de zelfredzaamheid (wiens bevoegdheid, wie evalueert, quid controle adviserend arts ziekenfonds, gaat het hier uitsluitend over patiënten met verminderde zelfredzaamheid, enz...?)*).

De tekst wordt volstrekt onbegrijpelijk wanneer gesteld wordt dat "dit alles" wordt uitgevoerd door de zorgverstrekkers die de patiënt vrij kiest!! Wat doet dan eigenlijk de "dienst" vermits uiteindelijk de "zorgverstrekkers" 'dit alles' uitvoeren? Is het dienst die dicteert wat en hoe de gekozen zorgverstrekkers moeten uitvoeren? En die vervolgens "de activiteiten" registreert, en wel ten behoeve van de Gemeenschappen en de Federale overheid.

In feite wordt hier het notariaat van de eerste lijnszorg gecreëerd, dat wordt bijgehouden door een 100-tal "diensten".

Bovendien worden de zorgverstrekkers per "dienst" gekadastreerd, vermits er slechts één "dienst" mag bestaan per aaneengesloten geografisch gebied (zone = ongeveer 100.000 inwoners).

Of zoiets werkbaar kan zijn en welke kosten zoiets kan veroorzaken is totaal onberekenbaar.

Blijkbaar is dat ook de conclusie van de auteur van dit ontwerp, want voor alle zekerheid wordt maar voorzien dat "waar nodig en nuttig" de regelgeving progressief zal aangepast worden om een "meer coherente gezondheidsstructuur te realiseren". De wettelijkheid van dit concept is blijkbaar bijzaak.

De zorgverstrekkers hebben zelf, zonder vergoeding en zonder logge, geldverslindende structuren, een coherente zorgverlening opgezet. Ze werkt veel efficiënter dan bvb. de Britse of Nederlandse staatsgeneeskunde. Het enige wat de zorgverleners vragen is erkenning en ondersteuning van wat ze zelf hebben uitgebouwd, om dit te bestendigen en te optimaliseren. De "kolchozenaanpak" of "broussepraktijk-organisatie" van de Heer Herman VAN LOON is nergens voor nodig.

Ze brengt alleen mee dat de coherentie van het huidige gezondheidsbeleid ernstige vragen doet rijzen.

Protocol gesloten tussen de Federale Regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg.

(Dit betreft het ontwerp zoals het er op 29.5.2001 uitzag. De datum van 30 mei werd niet gehaald, vermits op die dag de interkabinettenwerkgroep zich boog over een aantal amendementen,

waaronder één vanwege minister VANDENBROUCKE. De nieuw vooropgestelde datum voor ondertekening is 29.6.2001.)

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden van de federale Staat en van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, hierna de Gemeenschappen/Gewesten genoemd, wat betreft de structurering van de eerstelijnsgezondheidszorg;

Overwegende dat de bevoegdheden ten aanzien van de verschillende sectoren van de eerste lijn verdeeld zijn onder de onderscheiden bestuursniveaus;

Overwegende dat het aangewezen is een globale benadering van gezondheid te ontwikkelen;

Overwegende dat er tal van raakvlakken bestaan tussen preventie, gezondheidspromotie en thuiszorg en andere aspecten van de welzijnszorg,

Overwegende dat de behoefte van de patiënt aan een kwaliteitsvolle en laagdrempelige eerstelijnszorg centraal staat;

Overwegende dat een betere zorgorganisatie noodzakelijk is om kwaliteitsvolle zorg te verzekeren op het meest geschikte echelon om een meer rationeel gebruik van de beschikbare middelen te bekomen en om de plaats van de actoren van de eerste lijn beter te definiëren;

Overwegende dat multidisciplinaire samenwerking een belangrijke meerwaarde biedt die structureel moet worden ondersteund;

Overwegende dat in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, wat betreft de verstrekkingen aan thuisverblijvende rechthebbenden, geen tussenkomst is voorzien voor activiteiten die in een multidisciplinair verband worden verricht inzake overleg, evaluatie van zorgbehoefte en zorgplanning;

Overwegende dat dergelijke interventie moet mogelijk gemaakt worden gezien de groeiende nood aan thuisverzorging;

Wordt het volgende overeengekomen :

De federale Staat en de Gemeenschappen/Gewesten besluiten, in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, de volgende initiatieven te nemen inzake thuisverzorging en eerstelijnsgezondheidszorg :

1. Definitie :

Men verstaat onder "eerstelijns gezondheidszorg" het gezondheidszorgniveau waar professionele hulpverleners zich toelagen op de eerste deskundige opvang en de begeleiding van gezondheidsproblemen, die de patiënt ervaart zelf niet te kunnen oplossen, en met het oog op behoud van de patiënt in zijn natuurlijke omgeving.

2. Doelstellingen:

Dit protocol heeft als algemeen doel de patiënt een zo coherent en toegankelijk mogelijk zorgaanbod aan te reiken op het meest aangewezen niveau.

Om dit doel te bereiken, is het aangewezen :

- 1° De patiënt beter te informeren, te adviseren en te begeleiden doorheen het zorgproces.
- 2° De samenwerking tussen de actoren van de eerste lijn te optimaliseren.
- 3° Op diverse wijzen de permanentie en de continuïteit van het zorgproces te versterken, zowel binnen de eerste lijn als tussen de verschillende echelons.
- 4° Stimuleren van kwaliteitszorg door verschillende maatregelen, zoals:
 - Gegevensverzameling en snelle feedback aan de verstrekkers,
 - Multidisciplinair overleg,
 - Op punt stelling van geïntegreerde zorgprogramma's.

3. Functionering van het systeem :

De eerste lijn functioneert op drie niveaus:

1. Het eerste niveau (de praktijk): dit is het contactniveau tussen de patiënt en de verstrekker.
2. Het tweede niveau (lokaal): het gaat hier om het, waar nodig, multidisciplinair overleg tussen de verschillende actoren rond de patiënt.
3. Het derde niveau (loco-regionaal): dit niveau groepeerde alle actoren binnen een bepaalde geografische zone. Dit niveau zorgt voor afstemming tussen de verschillende diensten en structuren op het terrein; dit geldt eveneens voor het ene of meerdere ziekenhuizen in de betreffende zone.

4. De engagementen van beide partijen :

De federale regering engageert zich, in functie van haar bevoegdheden, om :

- 1° In toepassing van art. 5 van de wet van 27.6.1978 normen vast te stellen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en het aantal diensten te programmeren. Deze bijzondere erkenning kan worden verleend aan een dienst die aan volgende kenmerken voldoet:
 - minimaal dienen de huisartsen en verpleegkundigen binnen de zone zoals verder bepaald, vertegenwoordigd te zijn in de dienst;
 - de dienst dient de samenwerking tussen zorgverstrekkers te bevorderen;
 - de dienst dient in zijn zone structureel samen te werken met de thuisvervangende voorzieningen, de verplegingsinrichtingen en de voorzieningen inzake thuiszorg;
 - de dienst voorziet dat de volgende verstrekkingen kunnen worden verleend: de praktische organisatie en de ondersteuning van multidisciplinaire patiëntgerichte samenwerking, de taakafspraken, het zorgplan en de evaluatie van de zelfredzaamheid. Dit alles wordt uitgevoerd door zorgverstrekkers die door de patiënt vrij worden gekozen;
 - de dienst staat in voor de registratie van de activiteiten in dit verband ten behoeve van de respectievelijke ondertekenende partijen;
 - Slechts één dienst kan worden erkend per aaneengesloten gebied, behalve voor het Brussels hoofdstedelijk gewest waar een geografische zone deel kan uitmaken van het werkingsgebied van een dienst die zich bekend als behorend tot, hetzij de Vlaamse Gemeenschap, hetzij de Franstalige Gemeenschapscommissie, hetzij de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
 - Het aantal geïntegreerde diensten voor thuisverzorging wordt beperkt tot één dienst per volledige schijf van 100.000 inwoners, met dien verstande dat iedere Gemeenschap/Gewest minstens 2 diensten mag erkennen.
- 2° In het kader van de gecoördineerde wet van 14.7.1994 op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, te voorzien in een forfaitaire tussenkomst voor de onder 1 vernoemde verstrekkingen van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging. Dit zal onder meer de vergoeding mogelijk maken van de zorgverstrekkers die deelnemen aan multidisciplinaire besprekingen en van de werkingskosten in dat verband.
- 3° waar nodig en nuttig haar regelgeving progressief aan te passen ten einde een meer coherente gezondheidsstructuur te realiseren;

De Gemeenschappen/Gewesten, in functie van hun bevoegdheden, engageren zich om :

- 1° de afbakening van de zones te bepalen erover wakend het ganse bevoegdheidsgebied te bestrijken zoals bepaald onder 4.1;
- 2° de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging te erkennen;
- 3° wetgeving op te stellen welke toelaat bijkomende opdrachten te enten op de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging en een aangepaste financiering voor deze opdrachten te voorzien;
- 4° waar nodig en nuttig hun regelgeving progressief aan te passen ten einde een meer coherente gezondheidsstructuur te realiseren;

De federale regering en de Gemeenschappen/Gewesten engageren zich gezamenlijk om:

Onverminderd de initiatieven van elk Gewest en/of Gemeenschap, in het kader van de interministeriële conferentie volksgezondheid binnen een werkgroep overleg te voeren over de mogelijkheid om een samenwerkingsakkoord af te sluiten over het structureren van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het betreft meer bepaald:

- 1° het onderzoeken welke opdrachten, die behoren tot de bevoegdheid van hetzij de federale hetzij de gewest- of gemeenschapsregeringen, eventueel kunnen worden toegewezen aan een specifieke voorziening voor eerstelijnsgezondheidszorg vanuit boven vermelde doelstellingen,
- 2° het vastleggen van de gemeenschappelijke minimale criteria ervan,
- 3° het bepalen van het financieringskader hiertoe.

Aldus gesloten te Brussel, op 30 mei 2001.

HET "EXPERTISE"-BELEID VAN MINISTER AELVOET: DE SAGA VAN DE TANDHEELKUNDE EN STOMATOLOGIE, EN MOND-, KAAK- EN AANGEZICHTSCHIRURGIE

Minister Aelvoet wil de studies van de tandheelkunde verlengen. Dat kan. Maar het behoort wel tot de bevoegdheid van de Gemeenschapsministers van Onderwijs. Om toch maar haar plan door te voeren, beroept ze zich echter op de specialisatie-begrippen die een zeer bijzondere betekenis krijgen in het door haar ontworpen artikel 139 van het ontwerp van Gezondheidswet. Een op het eerste zicht een vrijwel onschuldige bepaling waarbij een artikel 3bis wordt ingelast in het KB nr 78 van 10.11.67 over de geneeskunst, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

Voormeld artikel scheidt evenwel een zeer ernstig probleem. Het stelt dat als een deelgebied van de tandheelkunde het voorwerp wordt van een bijzondere erkenning (specialisatie), dit gebied slechts autonoom en onafhankelijk kan beoefend worden door de houders van de bijzondere beroepstitel. Met andere woorden: bvb. tandarts-parodontologen worden specialisten, terwijl "gewone" tandartsen niet-autonome beoefenaars, m.a.w. hulpkrachten worden. Want het deelgebied wordt "gereserveerd".

Dit is wel een primeur in het KB nr 78. Zelfs in de geneeskunde geven de specialisaties alleen een titelbescherming, doch geen domeinreservering. En gelukkig maar, gelet op de eenheid van de medische wetenschap en de onvermijdelijk globale benadering van de patiënt. Hier verlaat men dus definitief de principiële eenheid van de tandheelkunde.

Maar er is meer. Door dit art 3bis, zullen voortaan ook de stomatologen, orale en maxillo-faciale chirurgen, als ze dat deel van hun vakgebied (zie verder) willen beoefenen, ofwel hulpkrachten worden van de tandartsen-specialisten, ofwel een bijzondere erkenning moeten halen in het deelgebied van de tandheelkunde, en wel voor een erkenningscommissie bestaande uit tandartsen-specialisten.

Inmiddels is er al een ontwerp van ministerieel besluit klaar waarin haarfijn gedetailleerd een definitie van de handelingen van het deelgebied "parodontologie" wordt opgenomen. Nota bene: de nadere bepaling van handelingen behorend tot de geneeskunst moet normaal bij in ministerraad overlegd KB geregeld worden, i.p.v. gewoon MB, en vergt ook het advies van de Academiën van Geneeskunde.

Dat parodontologie ook een onderdeel is van de opleiding in de stomatologie, orale en maxillo-faciale chirurgie, werd blijkbaar over het hoofd gezien. Het staat nochtans zeer duidelijk in de erkenningscriteria. Zelfs meer dan dat: in de criteria voor stomatologie en maxillo-faciale chirurgie, staat de opleiding in de parodontologie vermeld als zijnde buiten de tandheelkunde, en wel als een

onderdeel van de hogere medische opleiding. En dit bewijst maar al te goed dat het hier om een medisch deelgebied gaat. Daarover kan bijgevolg niet autonoom en uitsluitend door de Raad van de tandheelkunde geadviseerd worden.

In de toekomst zouden geneesheren-specialisten in de stomatologie, of in de stomatologie en in de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, ondanks hun 2 à 2,5 x langere opleiding, niet meer autonoom parodontale verrichtingen (alhoewel ze tot hun vakgebied behoren) kunnen uitvoeren, tenzij ze een erkenning verkrijgen vanwege de bijzondere erkenningscommissie van de tandheelkunde-parodontologie. Want de bepalingen van art.3, samengelezen met het nieuwe art 3bis leiden tot volgende situatie:

-eerste niveau van gebiedsreservering: de tandheelkunde, voorbehouden tot de LTH (binnenkort "Master"?). Ook een arts mag slechts tandheelkunde uitoefenen als hij dat diploma heeft.

-tweede niveau van gebiedsreservering: de tandheekundige specialiteit, bvb. parodontologie. Art 3bis zegt: niemand mag nog onafhankelijk en autonoom de tandheelkunde beoefenen als hij niet houder is van een specialiteit, van zodra daarvoor criteria voorzien worden. Zoals het er geschreven staat conditioneert de tweede gebiedsreservering bovendien de toegang tot de (volledige?) tandheelkunde (of een deel ervan?).

In feite komt dit erop neer dat de huidige wettelijke basis van de uitoefening van de tandheelkunde, nl. het wettelijk diploma van licentiaat in de tandheelkunde, tot "niets" wordt herleid en de eigenlijke juridische basis verlegd wordt naar ministeriële uitvoeringsbesluiten. In normale omstandigheden zou zoiets volmachten vergen.

In de toekomst kunnen geneesheren-specialisten in stomatologie of maxillo-faciale chirurgie bijgevolg niet meer opgeleid worden zonder specialisatie in een deelgebied van de tandheelkunde. Nochtans ligt het voor de hand dat een maxillo-faciaal chirurg tijdens een ingreep mogelijks op een bepaald ogenblik in het parodontologisch activiteitsveld terecht komt. Moet hij dan de instrumenten neerleggen?

Natuurlijk kunnen gevestigde tandheekundigen (stomatologen en maxillo-faciale chirurgen inclusief) zich beroepen op "verworven rechten". Niemand weet echter met de tekst van art 3bis wat dit juist betekent: de voortzetting van bestaande (polyvalente) activiteiten van de tandheelkunde al dan niet beperkt wat de gespecialiseerde deelgebieden betreft, of het verwerven van een specialisatie in een welbepaald deelgebied op basis van ervaring?

In het ontwerp MB over de parodontologie wordt, wat de overgangsbepalingen betreft, verwezen naar het "ministerieel besluit tot vaststelling van de gemeenschappelijke criteria voor de erkenning van tandartsen-specialisten". De inhoud van dit ministerieel besluit is ons onbekend en ook onvindbaar op de website van het Ministerie van Volksgezondheid. Reden: het betreft een ontwerp dat in de maak is en dat onlangs van de Raad van State zou teruggekomen zijn met het advies dit te versmelten tot één document samen met de bijzondere criteria van de specialisaties in de algemene tandheelkunde, in de orthodontie en in de parodontologie. De tekst kunnen we u niet mededelen. Hij is geheim, althans voor medici.

Een zéér belangrijk bijkomend element is dat het ontwerp van bijzondere criteria voor de parodontologie –en zoals ons mondeling bevestigd werd, ook voor de andere specialisaties- uitdrukkelijk het principe van de exclusieve uitoefening van het deelgebied voorziet als voorwaarde voor het behoud van de titel (NB: titel = machtiging tot autonome uitoefening van het deelgebied van de tandheelkunde). Bijgevolg stelt zich voor de stomatologen en orale en maxillofaciale chirurgen een onoplosbaar probleem:

-zodra ze meer doen dan algemene tandheelkunde, verliezen ze de beroepstitel (én machtiging) van de specialisatie in "algemene tandheelkunde" (in feite dus al vóór ze hun hogere opleiding beginnen);

-zodra ze meer doen dan "parodontologie", verliezen ze de beroepstitel (en machtiging in dit activiteitsveld, alhoewel het een onderdeel vormt van hun medisch activiteitsgebied);

-bovendien kan men zich afvragen of de stomatologen en orale en maxillo-faciale chirurgen, overeenkomstig hun erkenningscriteria, niet verplicht zijn de specialisatie in de parodontologie te bekomen, want de opleiding in de parodontologie situeert zich voor hen na het behalen van het LTH-diploma en is een verplicht deel van de hogere opleiding.

Het verlies van de beroepstitel, welke ook, in de tandheelkunde, heeft dus tot gevolg dat de stomatologen en orale en maxillo-faciale chirurgen wel degelijk hulpkrachten worden van tandartsen-specialisten.

Het is uiteraard onmogelijk om de juiste draagwijdte van de gezamenlijke bepalingen in te schatten zolang we niet beschikken over de ontwerpteksten betreffende de erkenningscriteria inzake de tandheelkunde, ware het om de weerslag van de onderlinge gebiedsafbakening van de deelspecialisaties en de zgn. overgangsmaatregelen te evalueren. Tot waar zal bvb. de bevoegdheid van de "algemene tandheelkundige" reiken in de verschillende deelgebieden?

Eén ding staat evenwel vast: het nieuwe artikel 3bis dat een machtiging tot autonome uitoefening van een activiteitsgebied koppelt aan een wettelijk beschermde gespecialiseerde beroepstitel, scheidt een oeverloze impasse. Temeer daar het activiteitsgebied minstens ook medisch is en –als men het ontwerp MB over de parodontologie mede in beschouwing neemt – deels louter medisch.

ART 139 VAN HET ONTWERP VAN GEZONDHEIDSWET

Aan Mevrouw M. AELVOET
Minister van Volksgezondheid
Kunstlaan 7
1210 Brussel

Brussel, 17 mei 2001.

Betreft : Art 139 van het ontwerp van Gezondheidswet (inlassing art. 3bis in KBnr.78 van 10.11.1967)

Ontwerp van MB inzake Parodontologie
Briefwisseling Raad van Tandheelkunde
Standpunten Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT),
Briefwisseling Technische Tandheelkundige Raad (TTR)

Mevrouw de Minister,

Thans zijn onder Uw bevoegdheid drie initiatieven in ontwikkeling die ogenschijnlijk los van mekaar evolueren, maar die naar resultaat toe zò convergeren, dat dit nauwelijks nog toeval kan zijn. Naar ons aanvoelen zullen ze een bijzonder negatieve invloed hebben op de geneeskunst in België, in het bijzonder wat het aspect patiëntenzorg betreft.

Chirurgie is een aanéenschakeling van irreversiebele handelingen. Iedere insnede en verwonding van zenuwen, bloedvaten, huid moet op de best mogelijke wijze ongedaan gemaakt kunnen worden, en de beoefenaar moet mogelijke complicaties kunnen opvangen. Het is vanuit die basisfilosofie dat chirurgische specialismen een lange opleiding kennen uit veiligheid voor de patiënt. Dit principe blijkt in de wetgeving die nu in de maak is, terzijde te worden geschoven.

Inderdaad, het ontwerp M.B. inzake de Parodontologie definieert de parodontologie als "*het tandheelkundig specialisme dat diagnose, planning van behandeling en behandeling van alle parodontale aandoeningen (zowel plaque gerelateerde als niet-plaque gerelateerde) omvat, door middel van onder andere initiële parodontale therapie, chirurgie van de parodontale weefsels, weefselregeneratietechnieken, het verwijderen van parodontale kysten, de behandeling van*

furcatieproblemen, het chirurgische extraheren, trans- of reïmplanteren van tanden evenals het plaatsen van enossale implantaten en hun abutments. De parodontologie omvat op geen enkele wijze de prothetische rehabilitatie.”

Dit is géén onschuldige bepaling van een nieuw specialisme in de tandheelkunde dat zich onmiddellijk profileert met een duidelijk “chirurgisch” profiel. Immers in de toelichting die de Raad van Tandheelkunde hieraan geeft wordt gerefereerd naar een gebiedsomschrijving van de tandheelkunde uit de Europese richtlijn EC.78.687 die bepaalt: “*De Lid-Staten dragen er zorg voor dat de beoefenaars der tandheelkunde algemeen toegang hebben tot de werkzaamheden verband houdende met het voorkomen , de diagnose en de behandeling van afwijkingen en ziekten van tanden , mond , kaken en omliggende weefsels , en tevens die werkzaamheden mogen uitoefenen , onder eerbiediging van de reglementaire bepalingen en de voorschriften inzake deontologie die voor het beroep gelden op het tijdstip van kennisgeving van deze richtlijn .*” Dit gebied gaat wel degelijk vanaf de hals tot aan de schedelbasis.

Deze bepaling gaat in ruime mate vélder dan de tot op heden gangbare werkterreinbepaling van de tandarts zoals bepaald in de basiswet van 1 juni 1934 waarbij de operatieve activiteit van de tandarts wordt bepaald als volgt: “*De houders van het wettelijk diploma van licentiaat in de tandheelkunde mogen geen bloedige bewerkingen uitvoeren, dan aan de tanden en de daarmee samenhangende weefsels.*” Tot op heden bestond inzake het werkterrein van de tandheelkundige chirurgie decennia lang géén probleem : de tand en de tandkas en de daaraan gekoppelde gingiva en mucosa.

In de laatste twee decennia heeft de parodontologie in België zich ontwikkeld tot een tandheelkundig specialisme dat inderdaad onze steun geniet voor haar voornaamste aandachtsveld : het behoud van de tanden. Immers de parodontale aandoeningen zijn, naast cariës, de voornaamste oorzaak van tandverlies in België. De parodontologie speelt dan ook een rol in de handhaving van een gezonde mond, hetgeen een essentieel element is voor een algemene gezondheidstoestand. Dit aandachtsveld is zéér ruim en wordt door ons ten volle ondersteund.

Helaas gaat het ontwerp van M.B. inzake de parodontologie haar essentieel werkterrein vérbuiten wat betreft het « chirurgisch » werkterrein. Dit is op zich te verstaan aangezien de parodontologie steeds een onderdeel is geweest van de geneeskundig-specialistische opleiding tot stomatoloog en mond-,kaak- en aangezichtschirurg (cfr. erkenningscriteria). Het is precies vanuit de deskundigheid van prof. van Steenberghe, zélf geneesheer-stomatoloog, geneesheer-diensthoofd van de Afdeling Parodontologie aan de KUL, dat de parodontologie in België aan reputatie heeft gewonnen in binnen- en buitenland.

Helaas wordt echter van de gelegenheid gebruik gemaakt om via het thans voorliggende ontwerp MB een werkterrein te bepalen dat wel normaal is voor een geneesheer-specialist in de stomatologie en mond-,kaak- en aangezichtschirurgie, maar géénszins voor een tandarts.

Zo wordt onder meer bepaald dat tot het werkterrein behoort de plaatsing van enossale implantaten. Dit zonder enige restrictie dan deze bepaald onder EC78/687. Welnu, implantaten worden inderdaad geplaatst door tandartsen en in de regel in een bestaande tandkas. Hiermee hebben wij géén enkel probleem. Probleem hebben wij wel dégelijk wanneer dezelfde implantaten geplaatst worden in gebieden waar de tandkas niet meer bestaat, en waarin omliggende weefsels in het gedrang kunnen komen, waarbij de tandarts zélf de complicaties niet meer aankan, ook niet de gespecialiseerde tandarts. We kunnen wel degelijk briefwisseling voorleggen waarin « gespecialiseerde » tandartsen dit gebied zonder vrees of schroom betreden, zonder te beseffen dat hiervoor een geneeskundige opleiding noodzakelijk is.

We zijn dan ook van oordeel dat implantaten moeten kunnen geplaatst worden zowel door de algemeen tandheelkundige als de tandarts-parodontoloog behalve evenwel in die gebieden waar gevaar bestaat voor de penetratie van de nervus alveolaris inferior in de atrofische onderkaken , de neusholte, de sinus maxillaris, de schedelbasis, de orbita en de pterygoïdplaten van het os sferoïdale. Wil men dit laatste toestaan dan zou men moeten evolueren naar een titel van geneesheer-tandarts-parodontoloog.

Paranoia is ongepast. Maar in de media laat een groep tandartsen die dit werkveld willen betreden, zich liever « mondarts » noemen dan wel tandarts, laten vele tandartsen van deze groep die zich liever "Dokter" noemen dan tandarts (en hanteren deze titulatuur in hun briefwisseling); evenwel zonder een geneeskundig diploma behaald te hebben, richt precies deze groep tandartsen verenigingen op met de titulatuur « orale chirurgie ».

Wij hebben géén enkele moeite met de breedte van het werkveld zoals omschreven in EC78/687 voor zover het gaat over preventie, diagnostiek, en niet-chirurgische behandeling.

Wanneer het evenwel gaat over operatieve ingrepen is deze restrictie noodzakelijk voor de bescherming van de patiënt.

Diezelfde redenering is ook van toepassing wanneer de parodontologen in het ontwerp MB de chirurgische behandeling claimen van parodontale kysten en alle vormen van ingesloten tanden. Ook hier is er een belangrijk probleem gezien de chirurgische relevantie. Wij hebben géén enkel probleem met de chirurgische behandeling van alle vormen van parodontale kysten die zich in de gingivo-dentale streek voordoen, noch met de verwijdering van bindweefselig ingesloten tanden. Voor de andere vormen van kysten en geïmpacteerte elementen die in de kaakbeenderen ingesloten zijn, is precies de geneeskundige specialisatie stomatologie geeïgend. Ook hier dient er een restrictie te bestaan voor de tandarts-parodontoloog.

Kortom : in het voorliggend ontwerp M.B. wordt de opleidingsgebied stomatologie en mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde (= 7 jaar geneeskunde + 3 jaar tandheelkunde + 2 jaar stomatologie + 2 jaar MKA-chirurgie) voor een ruim gedeelte tot onderafdeling van de parodontologie uitgeroepen, daar waar de parodontologie tot op heden precies één onderdeel vormde binnen onze opleiding zoals bepaald in de erkenningscriteria.

Precies in deze context vormt artikel 139 van het ontwerp van Gezondheidwet een enorm probleem. Het stelt dat als een deelgebied van de tandheelkunde het voorwerp wordt van een bijzondere erkenning (specialisatie), dit gebied slechts autonoom kan beoefend worden door de houders van de bijzondere beroepstitel. Het deelgebied wordt « gereserveerd ». Dit is een primeur in het KB 78. Zelfs in de geneeskunde geven de specialisaties alleen een titelbescherming, doch geen domeinreservering. Dit geldt zelfs ten overstaan van de geneesheer-specialisten in de stomatologie, waar de parodontologie een onderdeel is van de opleiding ! Dit is een bijzonder inventieve inversie, maar inhoudelijk volstrekt onbegrijpelijk.

Onbegrijpelijk omdat hiervoor onze beroepsgroep nooit werd geconsulteerd, omdat men ervan uitgaat dat de Raad van Tandheelkunde dit volstrekt autonoom kan bepalen, omdat hierdoor de handelingen van de geneeskunst bij MB zullen bepaald worden en niet meer bij KB, omdat de geneesheer-specialisten in stomatologie en mond-, kaak- en aangezichtschirurgie door de bepaling van het nieuwe artikel 3bis zelfs niet meer autonoom parodontale verrichtingen zal kunnen uitvoeren.

Tegenover deze achtergrond is ook de recente briefwisseling vanuit de DentoMut en de Tandheelkundig Technische Raad te situeren ten aanzien van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, waarbij een ontdebelling of overheveling gevraagd wordt van geneeskundige verstrekkingen naar de tandheelkunde. De samenhang met voorgaande kan geen toeval zijn. De vraag behelst bovendien ongeveer 35 % van het budget stomatologie inzake nomenclatuur ! Het zal wellicht ook géén toeval zijn dat de parodontologen in de zéér ruime bepaling van hun werkterrein toch akkoord zijn gegaan om expliciet op te nemen dat zij géén prothetische verzorgingen zullen uitvoeren, hoewel zij hiertoe precies wél goed zijn opgeleid : "*De parodontologie omvat op geen enkele wijze de prothetische rehabilitatie*". Deze bepaling verzekerde de steun van de belangrijkste tandheelkundige beroepsverenigingen voor dit ontwerp MB.

Het is vanzelfsprekend begrijpelijk om via een MB een lange geneeskundige opleiding trachten te by-passen, vanuit het standpunt van de kandidaat-specialist. Dit staat wel haaks met de visie van onze professie die op 30.09.2000 nog aan de KUL een concensusconferentie had met vertegenwoordigers van de Universiteiten, beide Erkenningscommissies en de Beroepsvereniging,

waaruit bleek dat men niet alleen vond dat beide basisdiploma's een inhoudelijke noodzaak bleven, maar dat zelfs de opleidingsinhoud diende verzwaard te worden om tegemoet te komen aan de toenemende medische risico's van een vergrijzende populatie en ook om tegemoet te komen aan de nieuwe medische ontwikkelingen.

Tevens moet vastgesteld worden dat de geneesheer-specialisten in de stomatologie en m.k.a.-chirurgie voldoende in aantal zijn én zullen blijven (gelet op het aantal assistenten in opleiding) om het gehele werkveld perfect te bestrijken gedurende de komende twee decennia. Wachtlijsten zijn er nauwelijks en de toegewijde inzet van de stomatologen voor hun patiënten is onbesproken (cfr het « dossier stomatologie » in Artsenkrant dd. 6.2.2001).

Wij zien dan ook géén inhoudelijk beleidsmatige onderbouwde argumentatie om inzake het chirurgisch werkterrein een nieuwe discipline in het leven te roepen, zoals ons overigens werd bericht in het schrijven van de toenmalige Minister van Volksgezondheid op 5 juni 1998 : " En reponse a votre lettre du 16/02/1998, j'ai l'honneur de vous faire savoir que je veillerai à ce que les lois actuellement en vigueur concernant la chirurgie buccale/orale soient respectées. Il n'est d'ailleurs pas dans mes intentions d'envisager une reconnaissance en chirurgie buccale pour les L.S.D. Comme vous avez souligné, à juste titre, la situation actuelle dans laquelle la chirurgie orale et maxillo-faciale est pratiquée par les médecins spécialistes agréés répond le mieux aux besoins de la santé publique en Belgique."

Wij hopen dat het huidige beleid waarbij professionele medische expertise wordt vereist inzake chirurgische behandelingen van parodontologie, niet lichtvaardig wordt verlaten. Wij danken U voor Uw aandacht en blijven steeds tot Uw dienst voor nadere toelichting of bespreking.

Met de meeste hoogachting.

Dr M. MOENS
Secretaris-generaal

Prof. Dr. J. GRUWEZ
Voorzitter VBS

Dr C. POLITIS
Secretaris B.B.G.S. in Stomatologie,
mond-, kaak- en aangezichtschirurgie

BESPARINGSMAATREGELEN : IN VOEGE VANAF 1.6.2001

30 MEI 2001. - Koninklijk besluit tot wijziging van 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. 1.6.2001)

[...]

Artikel 1. In artikel 17 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, in § 1, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 juli 1994, 7 augustus 1995, 31 augustus 1998, 9 oktober 1998, 29 april 1999 en in § 3, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

A. In § 1 :

1. in 1°,

a) wordt de verstrekking 450133 - 450144 geschrapt;

b) wordt de verstrekking 451533 - 451544 in de omschrijving van de verstrekking 450015 - 450026 geschrapt;

2. in 2°, wordt de verstrekking 451533 - 451544 in de omschrijving van de verstrekking 450516 - 450520 geschrapt

3. in 3°,

- a) worden de verstrekkingen 451533 - 451544 en 451570 - 451581 geschrapt;
- b) wordt de verstrekking 451533 - 451544 in de omschrijving van de verstrekking 451010 - 451021 geschrapt;
- c) wordt de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 451850 - 451861 geschrapt;
- 4. in 4°, worden de verstrekkingen 452771 - 452782 en 452830 - 452841 geschrapt;
- 5. in 5° :
 - a) wordt de waarde "N 650" die vermeld is in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 453073 - 453084 gewijzigd in "N 585" en de waarde "N 800", vermeld in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 453095 - 453106, gewijzigd in "N 720";
 - b) worden de betreffende waarden van de verstrekkingen 453110 - 453121 en 453132 - 453143 gebracht op respectievelijk N 270 en N 450;
 - c) worden de verstrekkingen 453353 - 453364 en 453375 - 453386 geschrapt.
- 6. in 6° :
 - a) worden de verstrekkingen 454156 - 454160 en 454193 - 454204 geschrapt;
 - b) wordt de tweede toepassingsregel die volgt op de verstrekking 454193 - 454204 geschrapt;
- 7. in 8°, worden de verstrekkingen 456153 - 456164, 456175 - 456186 en 456212 - 456223 geschrapt;
- 8. in 9°, worden de verstrekkingen en de toepassingsregels geschrapt;
- 9. in 10°, worden de verstrekkingen en de toepassingsregels geschrapt;
- 10. in 11°, in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 458894 - 458905, worden de termen « , en evenmin met de verstrekking nr 456816 - 458620 » geschrapt;
- 11. in 12°
 - a) in de omschrijving van de verstrekking 460670 :
 - wordt in punt 1) de verstrekking 450133 geschrapt
 - worden de verstrekkingen opgenomen onder de punten 4) en 8) geschrapt
 - wordt in punt 6) de verstrekking 454193 vervangen door de verstrekking 454075;
 - b) in de omschrijving van de verstrekking 460994 :
 - wordt in punt 1) de verstrekking 450133 geschrapt
 - worden de verstrekkingen opgenomen onder de punten 4), 5) en 7) geschrapt
 - c) de verstrekking 458356 wordt geschrapt in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 461016.
- B. in § 3 : wordt in littera a) het « 9° , » geschrapt.

Art. 2. In artikel 17bis, § 1, B, 2 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 juli 1994 en 18 februari 1997 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1. wordt de betreffende waarde van de verstrekking 460316 - 460320 op N 94 gebracht;
- 2. wordt de betreffende waarde van de verstrekking 460331 - 460342 op N 112 gebracht;
- 3. wordt de betreffende waarde van de verstrekking 460353 - 460364 op N 94 gebracht;
- 4. wordt de betreffende waarde van de verstrekking 460633 - 460644 op N 94 gebracht.

Art. 3. In artikel 17ter van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 juli 1994, 18 februari 1997, 31 augustus 1998 en 9 oktober 1998 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

A. In A :

- 1. in 1°, wordt de verstrekking 461112 - 461123 geschrapt;
- 2. in 4° worden de verstrekkingen 463772 - 463783 en 463831 - 463842 geschrapt;
- 3. in 5°,

a) wordt de waarde "N 650" die vermeld is in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 464074 - 464085 gewijzigd in "N 585" en de waarde "N 800", vermeld in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 464096 - 464100, gewijzigd in "N 720";

b) worden de betrekkelijke waarden van de verstrekkingen 464111 - 464122 en 464133 464144 gebracht op respectievelijk N 270 en N 450;

4. in 6° :

a) worden de verstrekkingen 465150 - 465161 en 465194 - 465205 geschrapt;

b) wordt de tweede toepassingsregel die volgt op de verstrekking 465194 - 465205 geschrapt

5. in 8° worden de verstrekkingen en de toepassingsregels geschrapt;

B. In B, 2°

1. in a), wordt de verstrekking 461112 - 461123 geschrapt;

2. in d), wordt de verstrekking 463772 - 463783 geschrapt;

3. in h), worden de verstrekkingen 465150 - 465161 en 465194 - 465205 geschrapt

4. in l), wordt de verstrekking 463831 - 463842 geschrapt;

5. in p), worden de termen « 8° (manipulaties) en » geschrapt.

Art. 4. In artikel 26 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 31 januari 1986, 28 november 1986, 7 december 1989, 21 januari 1991, 22 oktober 1992, 25 juli 1994, 31 augustus 1998, en 21 maart 2000 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

A. In § 1bis :

1. worden "A" en de erin vermelde verstrekkingen geschrapt;

2. a) wordt de letter "B" geschrapt;

b) wordt de betrekkelijke waarde van de verstrekkingen 599815, 599830 en 599852 op K 160 gebracht.

B. In § 9, worden de verstrekkingen 452830 - 452841, 454156 - 454160, 454193 - 454204, 456816 - 456820, 458032 - 458043 en 458216 - 458220 geschrapt.

C. In § 12, worden de verstrekkingen 463831 - 463842, 465150 - 465161, 465194 - 465205, 468031 - 468042, 468053 - 468064, 468075 - 468086 en 468215 - 468226 geschrapt.

Art. 5. In artikel 34, § 1, a) van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 januari 1991, 25 juli 1994, 12 augustus 1994, 7 juni 1995, 10 juli 1996, 9 oktober 1998, 29 april 1999 en 6 november 1999, worden de betrekkelijke waarden van de verstrekkingen 589013 589024 en 589035 589046 respectievelijk op I 1350 en I 675 gebracht.

Art. 6. Dit besluit treedt in werking op 1 juni 2001.

Art. 7. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Bonza, 30 mei 2001.

NIET CONFORME VOORSCHRIFTEN VAN GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN: DE FOUT VAN DE VERSTREKKER OF VAN DE VOORSCHRIJVER?

Artikel 170, b) van de gecoördineerde G.V.U.-wet (Wet op de geneeskundige verzorging en uitkeringen) van 14.07.1994 bepaalt dat elke beoefenaar van de geneeskunst die, na waarschuwing door de beambten bevoegd om de inbreuk vast te stellen, meermaals weigeren aan de rechthebbenden in de vastgestelde vormen de bescheiden uit te reiken welke zijn voorgeschreven door deze wet en de uitvoeringsbesluiten en –verordeningen, gestraft worden met een gevangenisstraf van acht dagen tot een maand en/of een geldboete van 26 tot 500 Bef per inbreuk (te vermenigvuldigen met 200).

Eén van die bescheiden is het voorschrift voor geneeskundige verstrekkingen (labo-onderzoeken, medische beeldvorming, pathologische anatomie,...). De voorschrijver heeft er dus alle baat bij geen onvolledige voorschriften af te leveren. Nochtans...

Recent bleken tijdens een banaal routine-onderzoek van de Dienst Geneeskundige Controle van het RIZIV (DGC) bij een radioloog, de voorschriften van 31 patienten niet te voldoen aan de reglementaire vereisten:

- bij 23 waren ze niet gedateerd door de voorschrijver, wat bij verscheidene voorschriften trouwens herhaald voorkwam.
- bij 2 werd de patiënt niet geïdentificeerd.
- bij 3 was geen toelichting omtrent de diagnostische vraag voorzien.
- bij 2 was de voorschrijver zelf niet geïdentificeerd.

Zoals "gebruikelijk" maakte de geneesheer-inspecteur reeds aanstalten om de overeenstemmende "ten onrechte betaalde" bedragen bij de radioloog terug te vorderen.

Het ligt nochtans voor de hand dat alleen de voorschrijver de juiste datum van het voorschrift, de juiste identiteit van de patiënt, de aard van de diagnostische vraagstelling en zijn persoonlijke identificatie kan certifiëren.

De RIZIV-verordening (KB van 24.12.1963) op de geneeskundige verstrekkingen voorziet in artikel 9ter,§14, dat voor de verstrekkingen van...(in casu medische beeldvorming) de verzekeringstussenkomst slechts kan toegekend worden op voorwaarde dat de aanvraag of het voorschrift alle gegevens bevat die vermeld zijn onder bijlage 58. Deze laatste zegt duidelijk dat deze gegevens moeten ingevuld worden "door de voorschrijver".

Artikel 164 van de gecoördineerde Gvu-wet van 14.07.1994 (Hoofdstuk III, Afdeling II : Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties) bepaalt:

" De waarde van de aan een rechthebbende ten onrechte uitegkeerde prestaties wordt terugbetaald door de zorgverlener, die niet over de vereiste kwalificatie beschikt of zich niet aan de wets-of verordeningsbepalingen heeft gehouden..."

"...De ten onrechte uitbetaalde prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging die langs de derdebetalersregeling zijn betaald, moeten terugbetaald worden door de zorgverstrekker die de wets-of verordeningsbepalingen niet heeft nageleefd..."

Het is nochtans duidelijk dat de inbreuk op de wets-of verordeningsbepalingen niet aan de uitvoerende zorgverstrekker kan toegewezen worden. In feite hebben in dit geval alleen de voorschrijvende artsen een overtreding begaan door, met het oog op de aangevraagde onderzoeken, niet conform met de regelgeving voorschriften te hebben afgeleverd welke zij verondersteld worden onder hun handtekening en onder hun verantwoordelijkheid in te vullen (met o.m. ook de vermelding van hun RIZIV-identificatienummer).

De zorgverstrekker die de prestaties uitvoert is er anderzijds toe gehouden de op hem wegende verplichtingen die voortspruiten uit de wettelijke en reglementaire bepalingen na te leven, en meer bepaald artikel 13 van het KB nr 78 over de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de provinciale geneeskundige commissies, dat luidt als volgt:

"Elke beoefenaar bedoeld bij de artikelen 2,3 of 4 is gehouden, op verzoek of met akkoord van de patiënt, aan een ander behandelend beoefenaar door de patiënt aangeduid om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle nuttige of noodzakelijke hem betreffende inlichtingen van geneeskundige of farmaceutische aard mede te delen."

Bovendien heeft diezelfde geneesheer overeenkomstig artikel 15 van hetzelfde KB, mits eerbiediging van de regelen van geneeskundige plichtenleer, recht op honoraria of forfaitaire bezoldigingen voor de door hem geleverde prestaties.

Hem bijgevolg willen verplichten zijn honoraria terug te betalen voor herhaalde inbreuken die gepleegd werden door voorschrijvende collegae, zou er dus op neerkomen dat de wets- en verordeningsbepalingen worden toegepast in de tegenovergestelde zin van de wet.

Tot nog toe hebben de geneesheren-inspecteurs van de Dienst Geneeskundige controle van het RIZIV bijna blindelings "pro justitia's" opgesteld, ervan uitgaande dat de klinisch bioloog, de radioloog, de patholoog-anatoom, enz... er maar zorg moest voor dragen dat de op rang te bewaren voorschriften conform waren. Erger nog, de ratio van dat standpunt zou zelfs geïnterpreteerd kunnen worden als een aansporing tot valsheid in geschrifte. Temeer daar nooit

enig geneesheer-inspecteur van de DGC bij dit soort "pro justitia's" een vermaning heeft gericht aan de foutieve voorschrijvers, zoals artikel 170,b) voorziet. Kwaaddenkens zouden daaruit zelfs afleiden dat de DGC de niet-conforme voorschriften liever niet beteugelde om met des te meer resultaat de verstrekkers te kunnen vervolgen.

Onlangs wees een advocaat dergelijk "pro justitia" af aangezien de grieven van de DGC niet aan zijn cliënt radioloog konden toegewezen worden, waarbij voormelde argumentatie ontwikkeld werd. Enige tijd later ontvingen de verschillende voorschrijvers uit het dossier een aangetekende verwittiging met verwijzing naar artikel 9ter,§14 van het KB van 24.12.1963, artikel 17,§12 van de nomenclatuur (radiologie), en artikel 164 van de GVU-wet : (wij citeren het originele document)

"Il ressort de ces textes que lorsqu'une prescription d'actes de radiologie ne reprend pas toutes les données exigées, mentionnées ci-dessus, les prestations correspondantes ne sont pas remboursables et le rédacteur de la prescription y voit sa responsabilité engagée."

Waarna de opsomming volgde van de onvolledige voorschriften met telkens vermelding van de tekortkoming en het potentiële ten onrechte betaalde bedrag.

En de geneesheer-inspecteur eindigde met: *"Je vous invite au respect le plus strict des dispositions légales et réglementaires en matière d'assurance Soins de Santé et Indemnités. La présente vous est adressée à titre d'information et de mise en garde. Un contrôle ultérieur de votre activité sera effectué"*.

Voor alle duidelijkheid herhalen wij hierna de specifieke nomenclatuurvereisten m.b.t. het voorschrift:

a. Medische Beeldvorming (art 17 en 17bis)

- de naam en voornaam van de patiënt
- de naam, voornaam, het adres en het identificatienummer van de voorschrijver
- de datum van het voorschrift
- de handtekening van de voorschrijver.

Het voorschrift dient een explicitering te bevatten van de diagnostische vraagstelling naar de radioloog toe, en een aanduiding van het gewenste type van onderzoek.

NB: Aan deze vereisten moet voldaan worden voor elk voorschrift van medische beeldvorming gericht aan een radioloog. Wanneer een niet-radioloog een patiënt verwijst voor een echografisch onderzoek (art 17bis) naar een ander collega niet-radioloog die de patiënt niet zelf in behandeling heeft, moet eveneens aan deze vereisten voldaan worden.

b. Klinische biologie:

Wat de klinische biologie betreft werd de verantwoordelijkheid van de voorschrijver ook in de nomenclatuur zelf opgenomen.

Via het KB van 14.11.1995 werd aan het einde van de artikels i.v.m. de klinische biologie (art. 3, art. 18,§2,B,e) en art. 24) de volgende tekst in de nomenclatuur opgenomen:

"Wat betreft de eventuele diagnostische criteria veronderstellen de hierboven vermelde regels dat de ermee verbandhoudende gegevens worden medegedeeld op het voorschrift. Het is de verantwoordelijkheid van de voorschrijver deze gegevens kenbaar te maken."

Bovendien bepalen de §§9 en 10 van art. 24 van de nomenclatuur een reeks specifieke regels betreffende de modaliteiten inzake voorschrift van klinische biologie:

"K.B. 31.8.1998"

"§ 9.

1. Om te mogen worden aangerekend moeten de analyses inzake klinische biologie van artikel 3, § 1, C, artikel 18, § 2, B, e) en artikel 24 zijn voorgeschreven door de praktizerende die de patiënt in behandeling heeft, hetzij door een geneesheer in het raam van de algemene of gespecialiseerde geneeskunde, hetzij door een tandarts in het raam van de tandverzorging, hetzij door een vroedvrouw in het raam van de verloskundige hulp die tot haar bevoegdheid behoort.

Die praktizerenden mogen geen analyses voorschrijven over het medisch belang waarvan zij geen voldoende kennis zouden bezitten of die zij niet correct zouden kunnen interpreteren in de klinische context van hun patiënten.

Het voorschrift voor analyses inzake klinische biologie mag alleen maar na onderzoek van de patiënt worden opgemaakt.

2. Op het voorschrift moeten de volgende administratieve gegevens voorkomen :
 - naam, voornaam, adres, geboortedatum en kunne van de patiënt;
 - naam, voornaam, adres en identificatienummer van de voorschrijver;
 - datum van het voorschrift en handtekening van de voorschrijver;
 - datum van afname van het monster indien de voorschrijver de afname doet of onder zijn verantwoordelijkheid doet doen door paramedisch personeel."

"K.B. 31.8.1998"

- "3. Het voorschrift moet, als dat nuttig kan zijn, de klinische gegevens bevatten die de (klinisch) bioloog nodig heeft om zijn onderzoeken te kunnen oriënteren en deskundig uit te voeren. Die klinische gegevens mogen nooit ontbreken op het voorschrift voor een analyse waarvoor een diagnosereguleer geldt die de vergoeding afhankelijk maakt van het bestaan van een bepaalde klinische toestand.

Op het voorschrift moet bovendien worden vermeld :

- hetzij de positieve lijst van de diverse gevraagde analyses;
- hetzij de aanvraag om een biologisch onderzoek van een bepaald syndroom of het type van de gewenste onderzoeken, gelet op een gegeven klinisch beeld, opdat de geneesheer, specialist voor klinische biologie, de meest geëigende tests en de volgorde ervan kan selecteren om de diagnose zo goed mogelijk te omschrijven of de behandeling met een minimum aan tests te leiden.

Daartoe mag de geneesheer, specialist voor klinische biologie, op grond van de klinische gegevens of van de reeds verkregen gedeeltelijke resultaten de lijst van de gevraagde analyses wijzigen door schrappingen of toevoegingen of de tests kiezen die het best beantwoorden aan de door de voorschrijver omschreven behoeften.

De apotheker-bioloog of de licentiaat in de wetenschappen moet de voorafgaande instemming van de behandelend geneesheer verkrijgen in de gevallen waarin hij zich voorneemt de lijst van de voorgeschreven analyses te wijzigen, rekening ermee houdende dat de toegepaste techniek geschikt moet zijn voor de behandeling of voor de toestand van de patiënt.

Ingeval op het voorschrift alleen maar de aanvraag om een biologisch onderzoek van een bepaald syndroom of het type van de gewenste onderzoeken is vermeld, moet hij de tests die moeten worden uitgevoerd, door de behandelend geneesheer, na een discussie met laatstgenoemde, doen toelichten.

De analyses mogen worden voorgeschreven via telematica, indien die methode de identificatie, de goedkeuring en de authenticatie van de voorschrijver waarborgt.

4. De analyses moeten positief worden voorgeschreven. De aanvragen waarin op vooraf opgemaakte lijsten de niet gewenste analyses geschrapt zijn, worden niet aanvaard.

Als de aanvragen bestaan uit vooraf op een papieren drager of een beeldscherm opgemaakte lijsten, moeten ze het de voorschrijver mogelijk maken elke gevraagde analyse positief en afzonderlijk aan te duiden. Het gebruik van omschrijvingen die talrijke verstrekkingen omvatten of van hoofdvakken waarmee verscheidene analyses ineens kunnen worden gevraagd, is niet toegestaan."

[...]

"K.B. 9.12.1994"

"§ 10. De tests voor het opsoren van aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen die zijn opgenomen in de programma's voor neonatale screening, georganiseerd door een wetgeving van Volksgezondheid, mogen noch worden voorgeschreven, noch worden aangerekend in het raam van de ziekte- en invaliditeitsverzekering."

c. Pathologische anatomie

§ 8. Om te mogen worden aangerekend moeten de verstrekkingen inzake pathologische anatomie die worden verricht door een geneesheer, specialist voor pathologische anatomie aan de volgende voorwaarden voldoen :"

"K.B. 22.7.1988" + "K.B. 9.10.1998" +
"K.B. 29.4.1999"

1. Voor de patiënt zijn voorgeschreven door een geneesheer die deze patiënt in behandeling heeft, hetzij in het raam van de algemene geneeskunde, hetzij in het raam van een geneeskundig specialisme, met uitsluiting van de klinische biologie en de pathologische anatomie, hetzij door een tandarts in het raam van tandverzorging."

[..]

2. Op het voorschrift voor onderzoeken inzake pathologische anatomie moeten de volgende inlichtingen voorkomen :

- naam, voornaam adres en geboortedatum van de patiënt;
- naam, voornaam, adres en identificatienummer van de voorschrijvende geneesheer;
- datum van het voorschrift en handtekening van de voorschrijvende geneesheer.

NIEUWE NOMENCLATUUR VOOR DE RADIOTHERAPIE IN VOEGE VANAF 1.6.2001

19 APRIL 2001. - Koninklijk besluit tot wijziging van 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. 28.4.2001)

[...]

Artikel 1. In artikel 10, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 22 juli 1988, 12 augustus 1994 en 7 juni 1995 worden de woorden "specialist voor radiotherapie" vervangen door "specialist voor radiotherapie-oncologie"

Art. 2. In artikel 18, van dezelfde bijlage, § 1, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 23 mei 1985, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 19 december 1991, 10 juli 1996 en 9 oktober 1998, § 2, A, gewijzigd door het koninklijk besluit van 7 januari 1987 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. § 1 wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 1. Worden beschouwd als verstrekkingen die de bekwaming van geneesheer, specialist voor radiotherapie-oncologie (X), vereisen :

A. Behandeling van de aandoeningen opgenomen in artikel 19, § 1

A.1. Behandeling

I. Behandeling met uitwendige bestraling : één of meer lokalisaties met hoge energie of gammatherapie (lineaire accelerator, telekobalt, neutronen, protonen)

444113 - 444124

Forfaitair honorarium voor een een-voudige uitwendige bestralingsreeks van 1 tot 10 fracties voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 1, 5 of 6 ... K 500

444135 - 444146

Forfaitair honorarium voor een een-voudige uitwendige bestralingsreeks van minstens 11 tot 35 fracties voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 2, 5 of 6 ... K 1200

444150 - 444161

Forfaitair honorarium voor een complexe uitwendige bestralingsreeks voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 3, 5 of 6 ... K 1600

444172 - 444183

Forfaitair honorarium voor een complexe uitwendige bestralingsreeks voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 4 ... K 2000

444194 - 444205

Forfaitair honorarium voor een uitwendige bestralingsreeks met uitsluitend elektronen voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 9 ... K 300

Onder complexe uitwendige bestraling wordt verstaan een bestraling waarbij het doelgebied is omschreven aan de hand van een CT en/of kernspintomografie van minstens 20 vlakken waarbij in minstens 10 verschillende vlakken het doelgebied en plaats van de kritieke organen werd vastgelegd en op basis waarvan individuele bestralingsopzetten worden vervaardigd.

De verstrekkingen met uitwendige bestraling zijn tijdens dezelfde bestralingsreeks niet cumuleerbaar met verstrekkingen voor een conventionele behandeling of met curietherapie behoudens de uitzonderingen waarin wordt voorzien voor de gecombineerde behandeling bij patiënten van categorie 5 of 6.

De verstrekking 444194 - 444205 kan niet gecumuleerd worden met verstrekkingen uit de rubriek A2 (bijkomende honoraria).

II. Behandeling met curietherapie : één of meer lokalisaties met één fractie of met gefractioneerde curietherapie met een interval van minstens 5 dagen

444216 - 444220

Forfaitair honorarium voor exclusieve curietherapie voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 7 ... K 500

444231 - 444242

Forfaitair honorarium voor exclusieve curietherapie voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 9 ... K 300

444253 - 444264

Forfaitair honorarium voor exclusieve curietherapie voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 8 ... K 1200

444275 - 444286

Forfaitair honorarium voor exclusieve curietherapie voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 10 (restenosepreventie) ... K 300

De verstrekking 444231 - 444242 en 444275 - 444286 kunnen niet gecumuleerd worden met verstrekkingen uit de rubriek A2 (bijkomende honoraria).

444290 - 444301

Forfaitair honorarium voor curietherapie gecombineerd met uitwendige bestralingsreeks voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 5 ... K 800

444312 - 444323

Forfaitair honorarium voor curietherapie gecombineerd met uitwendige bestralingsreeks voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 6 ... K 500

De verstrekkingen met curietherapie zijn tijdens dezelfde bestralingsreeks niet cumuleerbaar met verstrekkingen voor een conventionele behandeling of met uitwendige bestraling behoudens de uitzonderingen voorzien voor de gecombineerde behandeling bij patiënten van categorie 5 of 6.

III. Conventionele behandeling met x-stralen 50 tot 300 kV

444334 - 444345

Forfaitair honorarium voor een conventionele behandeling (röntgentherapie 200 tot 300 KV, contacttherapie 50 KV) van 1 tot 15 fracties voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 11 ... K 300

De verstrekking 444334 - 444345 is tijdens dezelfde bestralingsreeks niet cumuleerbaar met verstrekkingen uit rubriek A 2 (bijkomende honoraria).

A 2. Bijkomende honoraria bij behandelingen van de aandoeningen opgenomen in artikel 19, § 1

444356 - 444360

Forfaitair honorarium voor de voorbereidingen met simulator van een behandeling met uitwendige bestraling of curietherapie, per bestralingsreeks voor een patiënt van categorie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 of 8, eerste simulatie ... K 300

444371 - 444382

Forfaitair honorarium voor de voorbereidingen met simulator van een behandeling met uitwendige bestraling of curietherapie, per bestralingsreeks voor een patiënt van categorie 2, 3, 4, 5, 6 of 8, tweede simulatie ... K 150

De verstrekking 444371 - 444382 (tweede simulatie) kan per bestralingsreeks slechts éénmaal vergoed worden voor de patiënten van categorie 2, 3, 4, 5 of 6 indien in de loop van dezelfde uitwendige bestralingsreeks, een dosis van 50 GY (of BED g 55) op het doelgebied overschreden wordt of voor patiënten van categorie 5, 6 of 8 behandeld met een gefractioneerde curietherapie met een interval van minstens 5 dagen.

444393 - 444404

Forfaitair honorarium voor de berekening van de individuele dosisverdeling van een behandeling met uitwendige bestraling of curietherapie voor patiënten van categorie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 of 8, eerste planning ... K 250

444415 - 444426

Forfaitair honorarium voor de berekening van de individuele dosisverdeling van een behandeling met uitwendige bestraling of curietherapie voor patiënten van categorie 2, 3, 4, 5, 6 of 8, tweede planning ... K 125

De verstrekking 444415 - 444426 kan per bestralingsreeks slechts éénmaal vergoed worden voor de patiënten van categorie 2, 3, 4, 5 of 6 indien in de loop van dezelfde uitwendige bestralingsreeks, een dosis van 50 GY (of BED g55) op het doelgebied overschreden wordt of voor patiënten van categorie 5, 6 of 8 behandeld met een gefractioneerde curietherapie met een interval van minstens 5 dagen enkel na uitvoering van een tweede simulatie (444371 - 444382).

444430 - 444441

Bijkomend honorarium bij de verstrekking 444393 - 444404 (eerste planning) voor de berekening van de individuele driedimensionele dosisverdeling voor uitwendige bestraling voor patiënten van categorie 3, 4, 5 of 6 ... K 125

444452 - 444463

Bijkomend honorarium bij de verstrekking 444393 - 444404 (eerste planning) voor de individuele dosisberekening met gebruik van een intensiteitsmodulatieprogramma voor bestraling met multileafcollimator voor patiënten van categorie 3, 4, 5 of 6 ... K 100

444474 - 444485

Honorarium voor gammagrafie bij een patiënt behandeld met uitwendige bestraling van categorie 1, 2, 3, 4, 5 of 6, maximum 4 per bestralingsreeks ... K 25

444496 - 444500

Honorarium voor on-line-imaging bij een patiënt behandeld met uitwendige bestraling categorie 1, 2, 3, 4, 5 of 6, maximum 4 per bestralingsreeks ... K 25

444511 - 444522

Honorarium voor in-vivo dosimetrie bij patiënten behandeld met uitwendige bestraling van categorie 1, 2,3, 4, 5 of 6, maximum 4 per bestralingsreeks ... K 25

De verstrekkingen 444474 - 444485 en 444496 - 444500 zijn tijdens eenzelfde bestralingsreeks niet cumuleerbaar.

444533 - 444544

Bijkomend honorarium voor bestraling met een multileafcollimator voor de patiënten van categorie 3 4, 5 of 6, per bestralingsreeks ... K 150

444555 - 444566

Bijkomend honorarium bij curietherapie voor gebruik van een automatische afterloading apparaat op afstand voor de patiënten van categorie 5, 6, 7 of 8, per bestralingsreeks ... K 100

De verstrekking 444555 - 444566 is slechts éénmaal vergoedbaar in geval van gefractioneerde curietherapie.

444570 - 444581

Maskers of individuele fixatiesystemen bij uitwendige bestraling voor de patiënten van categorie 1 voor de regio hoofd en hals en voor de patiënten van categorie 2, 3, 4, 5 of 6, per bestralingsreeks ... K 125

444592 - 444603

Individuele blokken bij een behandeling met uitwendige bestraling en/of curietherapie van patiënten van categorie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 of 8, per bestralingsreeks ... K 75

De verstrekkingen 444592 - 444603 en 444533 - 444544 zijn tijdens éénzelfde bestralingsreeks niet cumuleerbaar.

De verstrekking 444592 - 444603 is slechts éénmaal vergoedbaar in geval van gefractioneerde curietherapie.

B. Andere behandelingen

442116 - 442120

Bestraling van bloed of bloedderivaten met het oog op transfusie bij immuno-gecompromitteerde patiënten, per eenheid ... K 7

De verstrekking 442116 - 442120 mag alleen in rekening gebracht worden samen met de verstrekking 149170 - 149181 of verstrekking 474655 - 474666 uitgevoerd bij dezelfde immuno-gecompromitteerde patiënt.

2. in § 2, punt A littera a), wordt de lijst van verstrekkingnummers "440215 - 440226, 440414 - 440425, 440613 - 440624 of 440812 - 440823", door de lijst van verstrekkingnummers "444216 - 444220, 444231 - 444242, 444253 - 444264, 444275 - 444286, 444290 - 444301 of 444312 - 444323" vervangen.

Art. 3. Artikel 19 gewijzigd door de koninklijke besluiten van 14 oktober 1985, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 13 november 1989, 9 december 1994 en 29 november 1996 wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 1. De verstrekkingen opgenomen in artikel 18, § 1 worden enkel vergoed aan rechthebbenden die voldoen aan één van de hierna vermelde criteria of lijden aan één van hierna vermelde aandoeningen :

Categorie 1

Patiënten behandeld met uitwendige bestraling wegens volgende maligne en niet-maligne aandoeningen :

Maligne tumoren :

- metastasen (bot, hersenen, huid, lever, weke delen)

Niet-maligne aandoeningen

- heterotopie botaanmaak

- hypersplenisme (miltbestraling)

- radiocastratie (ovarieel)
- preventie gynecomastie (bestraling borst bij prostaatcarcinoma)

Categorie 2

Patiënten behandeld met uitwendige bestraling met curatief oogmerk of met oog op definitieve tumorcontrole binnen een bestraald gebied wegens maligne of één van de volgende niet-maligne aandoeningen :

Niet-maligne aandoeningen :

- maculadegeneratie
- Graves'exophtalmie
- vertebrale hemangiomen
- hypofysetumoren
- goedaardige hersentumoren, ook meningeomen en craniopharyngeomen
- cerebrale arterioveneuze malformaties of hemangiomen
- chordoma
- midline granuloma
- agressieve fibromatose
- spondylitis ankylosans

Categorie 3

- Driedimensionele behandelingen bij patiënten van categorie 1 of 2 wegens hersentumoren, hoofd-hals tumoren (behalve larynx TI T2NO), longtumoren, prostaat, cervix, pancreas

- Mantelvelden (ziekte van Hodgkin) of infradiafragmatische complexe grote velden (ziekte van Hodgkin, testis of ovarium-carcinomen of lymfomen)

- Complexe velden voor medulloblastomen of ependymomen en andere kindertumoren
- Hyperfractionering bij patiënten van categorie 1 of 2

Categorie 4

- Totale lichaamsbestraling in het kader van een beenmerg-transplantatie

- Peroperatieve elektronenbestraling of foto-nenbestraling via lineaire versneller uitgerust met specifieke applicatoren.

De dosimetrische karakteristieken van de applicatoren moeten individueel voor elke beschikbare elektronenergie in 3 dimensies zijn opgemeten.

- Totale huid elektronentherapie (minimaal 15 fracties)

De dosimetrische karakteristieken van de gebruikte velden en hun aansluitingen moeten opgemeten zijn.

- Stereotactische radiotherapie voor AVM behandeling, meningiomen, hypofysetumoren en acusticus neurinomen, of bij maligne hersentumoren kleiner dan 3 cm.

- Radiotherapie met gemoduleerde intensiteit (IMRT) bij patiënten van categorie 3 volgens één der volgende technieken :

tomotherapie, statische gesegmenteerde bundels (min 15 segmenten), dynamische multileafcollimatie (sliding window, close-in, dynamische wig is geen IMRT), patiëntindividueel vervaardigde compensatoren of IMAT.

Minstens 15 fracties dienen volgens IMRT toegediend te worden.

Voor de technieken met statische bundelincidenties, dienen de berekende fluentieprofielen van elke bundel bij het patiëntdossier te worden gevoegd.

Categorie 5

Patiënten behandeld met een combinatie van curietherapie en externe bestraling voor localisaties in neus-keel- en orangebied, oog, huidepitheliomen van meer dan 3 cm, sarcomen, pelvische, retroperitoneale en cerebrale localisaties.

Beide behandelingstypes zijn cumuleerbaar tijdens éénzelfde behandelingsperiode.

Categorie 6

Patiënten behandeld met een combinatie van curietherapie en externe bestraling voor borsttumoren en intraluminele toepassingen op slokdarm, bronchus of galwegen.

Beide behandelingstypes zijn cumuleerbaar tijdens éénzelfde behandelingsperiode.

Categorie 7

Patiënten die beantwoorden aan de criteria of lijden aan een aandoening opgenomen in categorie 1, exclusief behandeld met curietherapie.

Categorie 8

Patiënten die beantwoorden aan de criteria of lijden aan een aandoening opgenomen in categorie 2, exclusief behandeld met curietherapie.

Categorie 9

Patiënten exclusief behandeld met curietherapie of electronen wegens volgende maligne of niet-maligne aandoeningen :

Maligne tumoren :

- huidepitheliomen van minder dan 3 cm zonder metastasen.

Bij ontstentenis van fotografisch bewijs wordt elk huidepitheloom zonder metastase geacht de 3 cm niet te overschrijden.

Niet-maligne aandoeningen

- keloiden, keratoacanthoma
- pterygium

Categorie 10

Patiënten behandeld met intraluminele curietherapie voor coronaire of vasculaire restenosepreventie na angioplastie.

Categorie 11

Patiënten behandeld met conventionele bestraling of contacttherapie voor een van volgende maligne of niet-maligne aandoeningen.

Maligne tumoren :

- huidepitheliomen van minder dan 3 cm zonder metastasen

Bij ontstentenis van fotografisch bewijs wordt elk huidepitheloom zonder metastase geacht de 3 cm niet te overschrijden.

Niet-maligne aandoeningen :

- keloiden, keratoacanthoma
- pterygium

« § 1bis. Onder complexe uitwendige bestraling wordt verstaan een bestraling waarbij het doelgebied is omschreven aan de hand van een CT en/of kernspintomografie van minstens 20 vlakken waarbij in minstens 10 vlakken het doelgebied en plaats van de kritieke organen werd vastgelegd op basis waarvan individuele bestralingsopzetten worden vervaardigd. »¹

Onder fractie wordt verstaan één bestralingszitting per dag van één of meer velden.

Onder hyperfractionering wordt verstaan de meerdere bestralingszittingen per dag van één of meer velden met een tussen-periode van minstens 4 uren.

Curietherapie mag vergoed worden in een of meerdere fracties dewelke worden beschouwd als een bestralingsreeks.

Onder doelgebied wordt verstaan de tumor zelf, met een veiligheidsmarge om medisch en fysische redenen, samen met aangrenzende weiknoopgebieden die in dezelfde zitting worden behandeld.

¹ Erratum – K.B. d.d. 19.4.2001 (B.S. d.d. 18.5.2001)

De herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen hetzelfde jaar, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks, mag niet aangerekend worden behoudens wanneer vooraf een aanvraag om herhaling op basis van een schriftelijk verslag opgemaakt door de geneesheer-coördinator van een multidisciplinair consult voor akkoord aan de adviserend geneesheer werd voorgelegd.

Deze bepaling is niet van toepassing voor patiënten van categorie 2 behandeld met herbestraling door curietherapie met curatief oogmerk of met het oog op een definitieve tumorcontrole voor recidief of tweede tumor binnen éénzelfde doelgebied.

De herhaling van een externe bestralings-reeks van een ander doelgebied tijdens hetzelfde jaar, mag voor de patiënten van categorie 1 en 2 slechts driemaal aangerekend en vergoed worden.

§ 2. De honoraria voor de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde omvatten de kosten welke met die onderzoeken verband houden. Nochtans is de prijs van de gebruikte producten niet begrepen in de honoraria die zijn vastgesteld voor de behandelingen en voor de tests met radioactieve isotopen, exclusief de radioactieve producten die worden gebruikt voor alle verstrekkingen van artikel 18, § 2, B, e.

§ 3. De honoraria voor de radiotherapeutische verstrekkingen en voor de behandelingen met radioactieve isotopen mogen tijdens eenzelfde bestralingsreeks maximum tweemaal gecumuleerd worden met de honoraria voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer.

§ 4. Voor de radiotherapeutische verstrekkingen is de bekwaming van geneesheer-specialist voor radiotherapie-oncologie vereist, behoudens voor de oppervlaktetherapieën bedoeld onder de code 444334 - 444345 die mogen gehonoreerd worden wanneer ze verricht worden door een geneesheer erkend als geneesheer-specialist voor dermatologie-venereologie.

§ 5. De geneesheren die zijn erkend als specialist voor een ander specialisme dan radiotherapie-oncologie, mogen de verstrekkingen inzake radiotherapie aanrekenen die verwant zijn met hun specialisme.

De geneesheren die zijn erkend als specialist voor een ander specialisme dan nucleaire geneeskunde, mogen de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde aanrekenen die verwant zijn met hun specialisme.

Nochtans mogen de verstrekkingen inzake curietherapie en nucleaire geneeskunde alleen worden verricht door de geneesheren en in de inrichtingen die, overeenkomstig de ter zake geldende wettelijke bepalingen, ertoe gemachtigd zijn radioactieve stoffen onder zich te houden en te gebruiken tot geneeskundige doeleinden.

§ 5bis. De apothekers en de licentiaten in de wetenschappen die door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten en die bovendien door dezelfde Minister als bevoegd zijn erkend om tests met radio-isotopen in vitro te verrichten, mogen die in artikel 18, § 2, B, e, opgenomen verstrekkingen aanrekenen welke overeenstemmen met de groepen van verstrekkingen inzake klinische biologie waarvoor zij zijn erkend.

Nochtans mogen die verstrekkingen alleen worden verricht door de apothekers en de licentiaten in de wetenschappen en in de inrichtingen die overeenkomstig de ter zake geldende wettelijke bepalingen, ertoe gemachtigd zijn radioactieve stoffen onder zich te houden en te gebruiken tot geneeskundige doeleinden.

§ 5ter. De geneesheren specialist voor klinische biologie, die door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, zijn erkend om in het raam van de klinische biologie tests met radio-isotopen in vitro uit te voeren, mogen de in artikel 18, § 2, B, e, opgenomen verstrekkingen aanrekenen.

Nochtans mogen die verstrekkingen alleen worden verricht door de geneesheren, specialist voor klinische biologie, die overeenkomstig de terzake geldende wettelijke bepalingen ertoe gemachtigd zijn radio-actieve stoffen onder zich te houden en te gebruiken tot geneeskundige doeleinden.

§ 5quater. De geneesheren die vóór 19 maart 1985 door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, ertoe zijn gemachtigd radio-isotopen onder zich te houden en te gebruiken tot geneeskundige doeleinden in de toepassingen in vitro en die, hoewel ze hun oorspronkelijke erkenning behouden, van vorenvermelde Minister bovendien een getuigschrift hebben bekomen waaruit hun bevoegdheid inzake nucleaire geneeskunde in vitro blijkt, mogen de in artikel 18, § 2, B, e), opgenomen verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde uitvoeren voor de patiënten die hun door een ander geneesheer worden gestuurd, net als voor hun eigen patiënten.

§ 5quinquies. Met betrekking tot de 22 ver-strekkingen uit artikel 18, § 2, B, e), beoogd onder de nummers 433134 - 433145, 433031 -433042, 433053 - 433064, 433075 - 433086, 433090 - 433101, 433112 - 433123, 433016 -433020, 434571 - 434582, 434335 - 434346, 434394 - 434405, 434593 - 434604, 434615 -434626, 434313 - 434324, 343630 - 434641, 434652 - 434663, 434674 - 434685, 436170 -436181, 436192 - 436203, 436214 - 436225, 436236 - 236240, 438093 - 438104 en 438115 -438126 en die eveneens in artikel 24 voorkomen onder de nummers 541391 - 541402, 541413 -541424, 541435 - 541446, 541450 - 541461, 541472 - 541483, 541494 - 541505, 542010 -542021, 546114 - 546125, 546136 - 546140, 546151 -

546162, 546173 - 546184, 546195 - 546206, 546210 - 546221, 546232 - 546243, 546276 - 546280, 546291 - 546302, 548310 - 548321, 548332 - 548343, 548354 - 548365, 548376 - 548380, 556253 - 556264 et 556275 - 556286, dient te worden opgemerkt, dat de verstrekkers die bevoegd zijn om deze 22 analyses uit de nucleaire klinische biologie uit te voeren, eveneens de verwante overeenstemmende 22 verstrekkingen uit artikel 24 mogen uitvoeren en aanrekenen.

Die toegang tot de 22 verstrekkingen uit artikel 24 geldt slechts zolang de voornoemde 22 verstrekkingen eveneens substantieel volgens de isotopenmethode worden verricht

§ 6. De honoraria voor de curietherapeutische verstrekkingen en de behandelingen met radioactieve isotopen dekken de manipulaties voor het aanbrengen van de producten : curiepunctuur, intracavitare applicaties inclusief de dilatatie van de baarmoederhals, vervaardigen van gemouleeerde oppervlaktetoestellen of herbruikbare toestellen, die de radioactieve bron bevatten.

De radioactieve producten gebruikt voor curietherapie of metabole behandelingen worden terugbetaald op basis van het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten.

De gemouleeerde toestellen met loodprotectie vervaardigd voor curietherapie bij neus-, keel en orenindicaties worden beschouwd als individuele blokken en mogen aangerekend worden onder verstrekking 444592 - 444603.

De tandprothesen die de radioactieve bron bevatten mogen aangerekend worden onder verstrekking 317295 - 317306 en vergoed volgens de modaliteiten voorzien in artikel 15, § 7.

De heekundige handelingen en anesthesieën die nodig zijn voor de applicaties van radioisotopen, mogen worden aangerekend volgens de voor die specialismen geldende bepalingen.

§ 7. De radiografische onderzoeken die worden verricht voor de controle op het aanbrengen van radifere toestellen of voor de controle op de centrages van de teleradiotherapiebehandelingen, mogen worden aangerekend overeenkomstig de bepalingen die van toepassing zijn inzake röntgendiagnose, met uitsluiting van de radiografieën die met therapietoestellen of een simulatietoestel worden genomen.

§ 8. Benevens het volgnummer van de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde, moeten ook de typen van de tests en scintigrafieën die zijn opgenomen in artikel 18, § 2, B, a), b), c), op de getuigschriften voor verstrekte hulp worden vermeld.

Benevens het volgnummer van de radiotherapie-verstrekkingen moeten de begin- en einddatum van de bestralingsreeks, het aantal zittingen en de respectievelijke data op het getuigschrift voor verstrekte hulp worden vermeld.

§ 8bis. De centra voor radiotherapie zijn verplicht deel te nemen aan de activiteiten van de Peer Review Commissie, ingesteld door het Ministerie van Volksgezondheid. Deze Peer Review Commissie rapporteert jaarlijks aan het RIZIV de globale resultaten van de toetsing in functie van verdere correcties en/of aanpassingen van de nomenclatuur.

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.

Evenwel moeten de behandelingen die begonnen werden vóór het in werking treden van dit koninklijk besluit en die beëindigd werden na deze datum, aangerekend worden op basis van de verstrekkingnummers, omschrijvingen en toepassingsregels die voorzien waren vóór het in werking treden van dit besluit.

Art. 5. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 19 april 2001.

INTERPRETATIEREGELS BETREFFENDE DE NOMENCLATUUR VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN

(B.S. 31.5.2001)

Op voorstel van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringsinstellingen van 21 november 2000 en in uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor

geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 2 april 2001 de hiernagaaende interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 27 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

« INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Bestaat er voor maatwerkmetaal een systeem van lijsten van voor vergoeding aangenomen producten ?

ANTWOORD

Neen, het systeem van de lijsten van voor vergoeding aangenomen producten wordt enkel toegepast voor prefabmetaal. »

De voornoemde interpretatieregels heeft uitwerking vanaf 13 maart 2000.

Op voorstel van de Technische Raad voor Implantaten van 19 oktober 2000 en in uitvoering van artikel 22, 4°bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 2 april 2001 de hiernagaaende interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 28, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

« INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Mag de borstprothese ingeplant na preventieve mammectomie aangerekend worden met de verstrekking 614412 - 614423 ?

ANTWOORD

Een preventieve mammectomie is een mutilerende ingreep op een borst. De ingeplante borstprothese mag dus worden aangerekend onder het codenummer 614412 - 614423 Borstprothese na totale mammectomie of unilaterale agenesie of wegens sequellen van een mutilerende ingreep op een borst.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Mag de borstprothese ingeplant in geval van eenzijdige ernstige aangeboren hypoplastie aangerekend worden met de verstrekking 614412 - 614423 ?

ANTWOORD

De borstprothese ingeplant in geval van eenzijdige ernstige aangeboren hypoplastie mag worden aangerekend onder het codenummer 614412 - 614423 Borstprothese na totale mammectomie of unilaterale agenesie of wegens sequellen van een mutilerende ingreep op een borst Y 350 »

De voornoemde interpretatieregels hebben uitwerking vanaf 2 april 1999.

NOMENCLATUUR I.V.M. DE SCREENINGSMAMMOGRAFIE IN VOEGE VANAF 15.6.2001

23 MEI 2001. - Koninklijk besluit tot wijziging van 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. 31.5.2001)

[...]

Artikel 1. In artikel 17, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 juli 1994, 7 augustus

1995, 31 augustus 1998, 9 oktober 1998 en 29 april 1999, wordt een littera 1°bis ingevoegd, luidend als volgt :

« 1°bis - Screeningsmammografie.

450192 -

Mammografie van beide borsten, in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek N 120

Deze verstrekking is enkel aanrekenbaar bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar, eenmaal per twee kalenderjaren. Zij is niet onderworpen aan de bepalingen van artikel 1, § 4bis. Betreffende artikel 17, § 12 mag de uitnodiging door de organiserende overheid gelden als voorschrift. Deze uitnodiging moet de naam en de voornaam van de patiënte vermelden, en de datum van het versturen. In dit geval zijn de punten § 12, 1, 2 en 4 niet van toepassing.

Deze verstrekking kan enkel vergoed worden na attesteren van het nummer 450214 voor dezelfde verzekerde door een tweede lezer. Ingeval van afwezigheid van één borst is het onderzoek ook aanrekenbaar.

450214 -

Tweede lezing van een screeningsmammografie van beide borsten, in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek N 12

Deze verstrekkingen kunnen met geen enkele andere verstrekking gecumuleerd worden, ook niet met een forfaitair honorarium of een consultancy-honorarium. »

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 15 juni 2001.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 23 mei 2001.

MAMMOGRAFISCHE BORSTKANKERSCREENING IN VOEGE VANAF 15.6.2001

23 MEI 2001. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen (B.S. 31.5.2001)

[...]

Overwegende dat een snelle en correcte uitvoering van voornoemd protocol van groot belang is voor de desbetreffende doelgroep; dat omtrent dit programma van mammografische borstkankerscreening reeds informatiecampagnes zijn gestart; dat het dientengevolge noodzakelijk is omtrent de gewekte verwachtingen onverwijld duidelijkheid te creëren teneinde een voldoende grote participatie van de doelgroep te vrijwaren; dat de borstkanker die met dit programma van mammografische borstkankerscreening opgespoord kan worden een ernstige aandoening is die geen uitstel toelaat; dat dit besluit bijgevolg onmiddellijk dient gepubliceerd te worden;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 7quinquies, § 3, 1e alinea, van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, ingevoegd door het koninklijk besluit van 11 december 1996, wordt de beschikking « 460670 en 460795 » vervangen door de beschikking « 460670, 460795, 450192 en 450214 ».

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 15 juni 2001.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 23 mei 2001.

REGLEMENT EURO SPACE FOUNDATION SPECIALISATIEBEURS

- Art. 1. - Op initiatief van **Euro Space Foundation vzw** kent het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek/Fonds National de la Recherche Scientifique een **Euro Space Foundation Specialisatiebeurs** toe.
- Art. 2. - Deze specialisatiebeurs, ten bedrage van **1.000.000 BEF (25.000 EUR)** is bestemd om, langs een buitenlands verblijf om, een nationale competentie te verwerven in het domein van **ruimtevaart-geneeskunde**. Het bedrag van deze beurs is bestemd voor het dekken van de algemene onkosten van dit verblijf.
- Art. 3. - De kandidaat dient Belg te zijn of onderdaan van één van de lidstaten van de Europese Unie en dient houder te zijn van een diploma van Arts. De kandidaten dienen, tijdens de specialisatie in het buitenland hun wedde in België te behouden.
- Art. 4. - De kandidaten dienen enerzijds verbonden te zijn aan een Vlaamse Universiteit vermeld in art. 3 van het decreet betreffende de universiteiten in de Vlaamse Gemeenschap dd. 12 juni 1991; en anderzijds verbonden aan één van de universitaire instellingen vermeld in art. 1 van het decreet betreffende universitaire studies en academische graden van de Franse Gemeenschap van België dd. 5 september 1994.
- Art. 5. - De kandidaten dienen een werkplan voor te leggen.
- Art. 6. - De kandidaten voor een Euro Space Foundation Specialisatiebeurs mogen bij het aanvragen van de beurs op 1 oktober 2001, de leeftijd van 35 jaar niet overschreden hebben.
- Art. 7. - Op het einde van zijn/haar specialisatiebeurs dient de beneficiant bij het N.F.W.O./F.N.R.S. een wetenschappelijk en financieel verslag over zijn wetenschappelijke activiteiten doorgevoerd tijdens zijn/haar specialisatiebeurs, in te dienen.
- Art. 8. - De kandidaturen worden voorgelegd aan een Wetenschappelijke Commissie door het N.F.W.O./F.N.R.S. samengesteld, die de kwalificaties van de kandidaten beoordeelt. De Commissie brengt aan de Raad van Bestuur verslag uit. De aanstelling gebeurt door de Raad van Bestuur van het N.F.W.O./F.N.R.S.
- Art. 9. - De beneficiant van een Euro Space Foundation Specialisatiebeurs verbindt er zich toe, om na het beëindigen van zijn/haar beurs, naar België terug te keren.
- Art. 10. - De kandidaturen dienen, op de daartoe bestemde formulieren en onder vertrouwelijke omslag, op het secretariaat-generaal van het N.F.W.O., Egmontstraat 5 te 1000 Brussel, ingediend te zijn **vóór 1 oktober 2001**.
- Art. 11. - Alle eventuele problemen in verband met de ontvankelijkheid van de ingediende kandidaturen, alsook deze omtrent de toekenning van de prijs zelf, worden, zonder mogelijkheid van verhaal, door het N.F.W.O./F.N.R.S. beslecht.
- Art. 12. - De kandidaten voor deze specialisatiebeurs mogen geen deel uitmaken van het personeel van de Euro Space Foundation vzw.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING

International Association for the Study of Pain
10th WORLD CONGRESS ON PAIN
August 17-22, 2002 – San Diego, California, USA

The scientific program of the congress will be composed of : plenary sessions, free communication sessions, topical workshops and minisymposia, and refresher courses. Presentation topics will include virtually every aspect of acute and chronic pain from basic science to clinical practice. The official language of the Congress is English.

IASP Secretariat :
 909 NE 43rd St., Suite 306
 Seattle WA 98105 USA
 Tel. : 206-547-6409
 Fax : 206-547-1703
 email : iaspdesk@juno.com
 Congress web site : www.halcyon.com/iasp

Congress Secretariat :
 10th World Congress on Pain
 Uniglobe Main Events, Inc.
 5280 Carroll Canyon Rd, Suite 210
 San Diego, CA 92121, USA
 Tel. : 858-625-0400, ext 3024
 Fax : 858-625-0444
 email : Tina Clarke – tclarke@umainevents.com

AANKONDIGINGEN

- 01047 **HALLE** : Specialist in 1500 Halle vraagt hulp op consultatie. Paramedicus A1 of A2. Full-time, vast uurrooster. Technische onderzoeken, hulp aan de diagnose en behandeling. Onthaal, hulp aan de secretaresse. Bel voor een afspraak 0478/75.74.71 (of boodschap laten).
- 01051 **GENT** : Het Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas, Groenebriël 1 te 9000 Gent, en het Algemeen Ziekenhuis Volkskliniek, Tichelrei 1 te 9000 Gent, die een groep vormen en samen 830 acute bedden tellen, hebben behoefte aan een **OFTALMOLOOG**. Kandidaturen, met opgave van curriculum vitae, worden door de algemeen directeur, Peter Degadt, ingewacht. Nadere inlichtingen kunnen bekomen worden bij de hoofdgeneesheren, Dr Hugo Dierckxsens (tel. 09/224.62.20) en Dr Frank Hublé (tél. 09/235.46.80).

Inhoudstafel

• Beroepstitels in de oncologie – Overgangstermijn verloopt op 2 juli 2001	1
• Commentaar bij ontwerp van wet "houdende maatregelen inzake gezondheidszorg" ..	1
• Tekenen de acht bevoegde ministers het protocol over de eerstelijnsgezondheidszorg, de verborgen agenda inclusief?	3
• Protocol met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg	4
– Commentaren	4
– Protocol gesloten tussen de Federale Regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg	7
• Het "expertise"-beleid van minister Aelvoet: de saga van de Tandheelkunde en de Stomatologie, en mond-, kaak- en aangezichts chirurgie	10
• Art. 139 van het ontwerp van Gezondheidswet	12
• Besparingsmaatregelen in voege vanaf 1.6.2001	15
• Niet conforme voorschriften van geneeskundige verstrekkingen: de fout van de verstrekker of van de voorschrijver?	17
• Nieuwe nomenclatuur voor de radiotherapie in voege vanaf 1.6.2001	21
• Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen	28
• Nomenclatuur i.v.m. de screeningsmammografie in voege vanaf 15.6.2001	29
• Mammografische borstkankerscreening in voege vanaf 15.6.2001	30
• Euro Space Foundation specialisatiebeurs	31
• Wetenschappelijke vergadering	31
• Aankondigingen.....	32