

---

# 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@GBS-VBS.org](mailto:info@GBS-VBS.org)

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 7 / OKTOBER 2001**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## "HET"

**Het** zit met al zijn tegenstrijdige realiteiten en verantwoordelijkheden verweven in een verregaande historische achtergrond, met alsmaar verder aangebouwde tuinhuisjes van wettelijke en reglementaire, vooral scheeftrekkende maatregelen door de opeen-volgende regeringen. **Het** zit als kant verweven in de haarfijne juridische technologie van de ziekenhuiswet en de GvU-wet. We hebben het over het zich alsmaar verder vermenigvuldigende systeem van afhoudingen op de honoraria van de ziekenhuisartsen. **Het** berust op de onrechtvaardige en nefaste beleidsonlogica volgens dewelke elke tekortkoming in de overheidsfinanciering van de ziekenhuizen wordt doorgeschoven naar de artsen.

**Het** is onrechtvaardig, omdat de overheid haar zwaar ontoereikende financieringsmiddelen van de medische activiteit kortweg blijft beschouwen alsof het aanvullende sociale zekerheidsbijdragen zijn voor haar eigen financieringstekorten in de ziekenhuissector. De regering VERHOFSTADT met haar versteende budgetnorm, drijft dit systeem tot in het ongerijmde: een eindeloos perpetuum mobile van knipperlichtoperaties, een structureel tekort van de ziekenhuizen geraamd op 17 miljard dat gedoemd is tot systematisch aanzwellen, en een groeinorm gegrepen uit het politiek luchtledige, mijlen beneden de groeiende reële zorgbehoeften.

**Het** is nefast, omdat in dit extreem scenario medische prioriteiten geen schijn van kans krijgen en sowieso de plaats moeten ruimen voor de economisch-financiële overlevingsnoodzaak van de instellingen. De "evidence" van het overlevings-management weegt met gans haar overwicht op elke, weze het ook maar de geringste medische beslissing. Een voorbeeldje. In december 2000 gaf de minister van sociale zaken een toespraak waarin hij aanstuurde op regels om de keuze tussen klassieke- en daghospitalisatie te funderen op medische i.p.v. op financiële redenen. Nog geen maand geleden, schreef een ziekenhuisbeheerder aan zijn chirurgen dat ze maatregelen moesten treffen om bepaalde ingrepen nog uitsluitend in dagziekenhuis te verrichten, zoniet zou zijn ziekenhuis een zware financiële afstraffing krijgen.

Het ergst van al is nog dat de regering VERHOFSTADT juist nú naar de Kamer stapt met een wetsontwerp waarin andermaal nieuwe juridische trekkingsrechten op de honoraria worden gecreëerd (*een nieuwe §5 van art.140 van de ziekenhuiswet*). En niet de minste! De

contractuele rechten van de individuele arts, worden gewoon van de kaart geveegd zodra ze iets met zijn financiële voorwaarden te maken hebben (*financiële afspraken tussen beheerder en medische raad worden automatisch bindend*). Zowel het **onrecht** als het **nefaste** zitten er al vooraf ingebakken, als glasscherven in het dagdagelijkse brood. Onrecht, omdat voor elke andere burger in dit land een individueel contract de partijen bindt. Nefast, omdat het voor de beheerder al volstaat een financiële vraag aan de Medische Raad te richten, om de betrokken arts tot economische onderdanigheid te dwingen.

Maar, wie het heel even aandurft een sluier op te lichten van wat dat laatste precies kan inhouden, krijgt als de bliksem een golf van verontwaardiging over zich uitgestort. Want alleen artsen kunnen verantwoordelijk gesteld worden voor... "**het**".

Hoofdredacteur Luc Vanderkelen van "Het Laatse Nieuws", de in Vlaanderen meest gelezen en erg populistische krant, was in zijn "Onze Opinie" dd. 19.09.2001 van deze doorgaans in één adem met de Vlaamse liberalen vernoemde "tabloid", van oordeel dat de stakende artsen – specialisten hun verantwoordelijkheden ontvluchten. Wij citeren : "De dokters gebaren van kromme haas. De regering moet de huisartsen maar dwingen om minder onderzoeken aan te vragen, is hun stelling. "Wij zijn uitvoerders" zeggen de stakende specialisten. "Wij zijn uitvoerders". Ja, dat zei dokter MENGELE ook. Het is een lafhartige redenering. Medici horen hun verantwoordelijkheid op te nemen. ....".

Het is een lafhartige redenering van Vanderkelen om laaghartige nonsens als een vergelijking met de nazi-beulen op papier te zetten. Een flagrante uiting van ethische normvervaging die de krant waarvoor de auteur werkt niet tot eer strekt.

"**Het**" blijkt dus ook goed te zijn voor om het even welk verwijt, van welk verwerpelijk allooi ook. Als **het** maar de artsen treft.

---

## HOORZITTING OVER DE ZIEKENHUISFINANCIERING

**Verenigde commissies voor de Sociale Zaken en voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing van de Kamer van Volksvertegenwoordigers**

Brussel 25 september 2001

**Commentaar betreffende het Wetsontwerp Gezondheidszorg**

Dr. Marc Moens, ondervoorzitter BVAS.

Geachte Dames en Heren Volksvertegenwoordigers en Senatoren,  
Dames en Heren,  
Waarde collegae,

Voorafgaandelijk dien ik Dr. Jaques de Toeuf, voorzitter van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten of BVAS, te verontschuldigen. Hij houdt op dit eigenste ogenblik op een internationale wetenschappelijke bijeenkomst in Italië een uiteenzetting over de organisatie van de permanente medische navorming, zoals die via het tot op heden gebruikelijke overleg tussen artsen, ziekenfondsen en Overheid in België tot stand is gekomen..

Mede namens Dr. de Toeuf dank ik U voor deze uitnodiging.

Het ontwerp houdende maatregelen inzake de gezondheidszorg (doc 50 1376/001) wijzigt o.m. de GVU -wet en de Wet op de Ziekenhuizen. Het luik over de ziekenhuisfinanciering, waarover de Kamer ons standpunt wenst te leren kennen, heeft niet alleen betrekking op het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, doch ook op bepalingen die betrekking hebben op de financiering van de uitrusting of van de zware medisch-technische diensten, evenals de financiering van de verstrekkingen van artikel 34 van de GVU -wet uitgevoerd in ziekenhuisverband. Deze verschillende punten zullen dus in onze commentaar aan bod komen.

*Het eerste deel van ons betoog handelt over de wijzigingen van de GVU – Wet.*

### **Artikel 5**

Dit artikel wijzigt artikel 52 van de GVU –wet dat het afsluiten van akkoorden regelt tussen verzekeringsinstellingen en die zorgverleners die vragen om hun verstrekkingen volgens een forfaitair systeem uit te betalen.

Een lacune in het bestaande systeem, waaraan door de voorliggende wetswijziging niet wordt verholpen, is het probleem van de continuïteit der zorgen. Bij het uitbrengen van adviezen over af te sluiten akkoorden binnen het Verzekeringscomité, wordt er door de artsenbank regelmatig op gewezen dat ofwel de betrokken verstrekkers, in casu huisartsen, zò ver van hun praktijk gedomicilieerd zijn dat ze onmogelijk de continuïteit der zorgen kunnen verlenen, ofwel dat het grondgebied waarover het akkoord zich uitstrekt dermate uitgestrekt is, dat continue zorgverlening evenmin mogelijk is. De opmerking vanwege de RIZIV- administratie dat het waken over deze deontologische verplichting een zaak is voor de Orde der geneesheren is correct, maar voorkomen is ons inziens nog altijd beter dan genezen. Wij dringen derhalve aan dat een dergelijke bepaling zou worden ingelast.

### **Artikel 7**

Dit artikel wijzigt nogmaals het complexe artikel 51 van de GVU –wet met betrekking tot de jaarlijkse globale en partiële begrotingsdoelstellingen. De toepassing ervan is beter bekend onder de de bewoordingen “het knipperlichtensysteem” (K.B. 05 oktober 1999; B.S. 09 november 1999).

In § 2 vijfde lid wordt nu ook het woord “verwachte” ingevoerd. Dus niet alleen een vastgestelde overschrijding op jaarbasis is al voldoende om tot automatische tariefverminderingen over te gaan, maar nu ook al een “verwachte”. Op basis van welke parameters? Zal deze wetswijziging selectief worden toegepast voor bepaalde sectoren?

Ook de toevoeging van een derde en vierde lid aan § 4 roept vragen op met betrekking tot de orthodoxie van het opstellen van een begrotingsdoelstelling. Het is alsof men in de wettekst wil vastleggen dat men steeds te krappe budgetten zal vastleggen en, als de verwachting uitkomt dat de doelstelling weer eens wordt overschreden, de RIZIV – budgetcontrole commissie op elk willekeurig moment ambtshalve tariefverminderingen zal doorvoeren.

Volgens van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse Taal betekent “begroting” 1/ raming, m.n. voorlopige berekening van de kosten van een te maken werk; 2/ raming van de kosten van een lands-, gemeentebestuur over een toekomstig tijdperk; 3/ wetsontwerp waarbij de staatsuitgaven, en de middelen om daarin te voorzien, jaarlijks worden vastgesteld.

Indien de Regering minder middelen kan of wil ter beschikking stellen dan er behoeften zijn, dan kan ze de overschrijding van de overeenkomstige budgetten niet systematisch

afwentelen op de verstrekkers van die zorgen. De Overheid mag geen valse verwachtingen creëren bij de bevolking door de terugbetaling van bepaalde zorgen in het vooruitzicht te stellen of goed te keuren, wanneer ze daar geen of onvoldoende middelen tegenover stelt.

## **Artikel 8**

Dit artikel wijzigt art. 56 bis van de GvU-wet. Dit artikel laat de Koning toe om bij een in Ministerraad overlegd Besluit het globaal budget van de financiële middelen vast te stellen voor hetzij de volledige activiteit van het ziekenhuis, hetzij voor een deel van de ziekenhuisactiviteit, hetzij voor de activiteit in het kader van een zorgprogramma. De oorspronkelijke formulering voorzag uitdrukkelijk dat deze aan de Koning geboden mogelijkheid kon worden uitgevoerd "overeenkomstig de bestaande procedures", en meer in het bijzonder wat betreft de akkoorden en overeenkomsten. Deze bepaling verdwijnt zowel in §1 als in §4.

In het voorliggend Ontwerp bepaalt de Koning bovendien voor welke verstrekkingen, en voor welk(e) ziekenhuis(zen). Men zit niet meer in een systeem, maar in een individuele door de Koning bepaalde casuïstiek ! Dit kan uitgevoerd worden in de zin van minder middelen voor ziekenhuizen met één welbepaalde karakteristiek, en meer voor ziekenhuizen met een andere karakteristiek. Verbloemde willekeur wordt dus makkelijker dan ooit mogelijk.

Artikel 8 vervangt de naleving van de bestaande procedures, in §4, door de woorden « na advies van het Verzekeringscomité ». In het algemeen stelt de BVAS zich de vraag waarom het akkoorden- en overeenkomstensysteem moet uitgeschakeld worden. Het Verzekeringscomité heeft hier immers nu ook al een doorslaggevende inspraak. Is het niet democratischer overeenkomsten te bekrachtigen, dan beslissingen van de uitvoerende macht op te leggen na een louter vrijblijvende raadpleging van een adviesinstantie ? Deze maatregel strekt de democratie niet tot eer.

De BVAS vindt deze wijziging dus zeer zorgwekkend. De door de Minister van Sociale Zaken voorgestelde wijziging heeft tot gevolg dat, wat de geneesheren betreft, de Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen haar advies niet kan uitbrengen, en maakt het bovendien mogelijk af te wijken van de inhoud van de nationale akkoorden, ook al werden deze bekrachtigd, door de particuliere financieringsmodaliteiten vast te stellen voor de medische activiteit van een welbepaald ziekenhuis, buiten het kader van het akkoord om. Dit is de totale willekeur. Als de minister dat wil, dan moet hij zijn intenties duidelijk aankondigen: wil hij de bevoegdheid van de Commissie Artsen - Ziekenfondsen wegnemen op het vlak van de verzekeringstegemoetkoming voor medische zorg aan opgenomen patiënten ? Dan moet hij dat duidelijk zeggen. Dit ontwerp is formeel in strijd met het openlijk door de minister aangekondigde voornemen om de financiële (en andere) responsabilisering van de zorgverleners in te voeren, en flagrant in strijd met de uitdrukkelijke vraag die hij herhaaldelijk heeft gericht aan de Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen om bij te dragen tot het invoeren van systemen om de uitgaven te beheersen.

Wij menen dus dat artikel 56bis in zijn huidige formulering moet behouden blijven. Wij zijn van oordeel dat dit behoud een belangrijke bijdrage betekent tot het respect van de Belgische democratie.

## **Artikel 9**

Dit artikel betreft nog een wijziging aan de reeds onder "Artikel 7" vermelde complexiteit van artikel 51 van de GVU-wet. Volgens de BVAS is alle redelijkheid zoek. In een hopeloze warboel van bepalingen voorziet de GVU-wet nu al twee grote types van automatische systemen van lineaire provisionele tariefvermindering. Wat is dan de bedoeling van deze nieuwe maatregel? Dat beide recuperatiesystemen simultaan kunnen toegepast worden op dezelfde verstrekkingen bedoeld bij art. 59 c.q. 69, voor éénzelfde budgetoverschrijding, risico op budgetoverschrijding, of verwacht risico op budgetoverschrijding? Zowel art. 51 als 59, c.q. 69 voorzien nu de bepaling van het in te leveren bedrag. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat eenzelfde inlevering tweemaal kan verrekend worden.

## **Artikel 10**

Artikel 10 voert een art. 64 bis in in de GVU -wet. De inlassing van dit artikel stemt logischerwijze overeen met de vermenigvuldiging van de situaties waarbij een gemengde financiering wordt toegekend voor zware apparatuur en zware medisch-technische diensten. Wij kennen nl. voor sommige verstrekkingen, een financiering van de investerings- en werkingskosten via het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, en een gedeeltelijke aanvullende financiering via het honorarium en de nomenclatuur, met name de honorering van de medische handeling zelf. Het ligt voor de hand dat, wanneer een nieuw apparaat gedeeltelijk wordt gefinancierd door het ziekenhuisbudget, verhoudingsgewijs het overeenstemmend honorarium van de nomenclatuur moet verminderd worden. Dit werd recentelijk toegepast voor de PET-scan via het akkoordensysteem artsen - ziekenfondsen. Het tweede lid van het nieuwe artikel vergeet echter te vermelden dat dit proportioneel moet gebeuren. De Koning verkrijgt bovendien de mogelijkheid om de overeenkomstig de reglementering of bij de akkoorden vastgestelde regeling te wijzigen.

Het laatste lid van het nieuwe artikel 64 bis kent dus een buitensporige bevoegdheid toe aan de Koning aangezien Hij de onbeperkte mogelijkheid verkrijgt om nadere regels te bepalen voor de toepassing van dit artikel.

## **Artikel 15**

Dit artikel brengt een wijziging aan het artikel 197 § 4 aan met betrekking tot de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen. Wanneer het logisch is dat deze verantwoordelijkheid gedeeltelijk wordt opgeheven in het geval de meeruitgaven boven de begrotingsdoelstelling het gevolg zijn van een ongewoon boekingsritme in de uitgaven – waar nota bene meestal de verzekeringsinstellingen zelf of de ziekenhuis - factureringsdiensten voor verantwoordelijk zijn en slechts hoogst zelden een individuele verstrekker – dan is het minstens even logisch een dergelijke clause in te schrijven in het artikel 51 van de bestaande GVU –wet. Het is volstrekt onaanvaardbaar dat de honoraria of andere vergoedingen van de individuele verstrekkers worden verminderd, wanneer de overschrijding van de begrotingsdoelstelling het gevolg is van een "ongewoon boekingsritme".

Hierbij dient daarenboven te worden vermeld dat de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen al grotendeels werd geneutraliseerd ten gevolge van de herhaalde wijzigingen van het artikel 51 van de GVU –wet, in het bijzonder door de wetten van 24.12.1999, 12.08.2000, 02.01.2001 en 19.07.2001. Deze wijzigingen hebben er immers voor gezorgd dat de overschrijdingen van de budgetten voor de honoraria van de

verstrekkers integraal ten hunnen laste worden gelegd. Het systeem van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen kent naast een eventuele recuperatie ook een mogelijke bonificatie. Dergelijk systeem is niet voorzien in het artikel 51. Verzekeringsinstellingen enerzijds en verstrekkers anderzijds worden dus met twee maten en twee gewichten door de wetgever behandeld, terwijl hij hen beiden financieel wil responsabiliseren.

Het tweede deel van onze uiteenzetting handelt over de bespreking van een aantal wijzigingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

### **Artikel 51**

De wijzigingen van artikel 5 van de wet op de ziekenhuizen maakt het mogelijk de gesloten psychiatrische instellingen en de medisch - pedagogische instellingen als ziekenhuizen te beschouwen. De implicaties moeten duidelijk zijn. De financiering van de gesloten psychiatrische instellingen is gedeeltelijk ten laste van de Minister van Justitie. Moeten wij hieruit nu afleiden dat de volledige financiering en de regelgeving van de praktijkomstandigheden in deze instellingen bijgevolg in de toekomst volledig zullen behoren tot het domein van het ministerie van Volksgezondheid? In de medisch - pedagogische instellingen wordt de financiering van de geneeskundige verstrekkingen voorzien onder de vorm van de forfaits voor functionele revalidatie die worden vergoed via de RIZIV- begroting. Zal bijgevolg in deze sector een budgettransfert plaatsvinden zoals dat gepland wordt voor de financiering van het chirurgisch dagziekenhuis ?

### **Artikel 53**

Dit artikel neemt opnieuw een artikel 9 ter op in de ziekenhuiswet , nadat dit werd nietig verklaard in zijn oorspronkelijke formulering door het Arbitragehof. De tekst kreeg eigenlijk alleen een nieuwe opschik om te beantwoorden aan de motiveringen van het arrest van het Arbitragehof. Via een zeer brede interpretatie laat § 2 toe dat doelgroepen van patiënten die heden hoofdzakelijk verzorgd en behandeld worden in de extramurale ambulante sector, kunnen opgenomen worden in een netwerk of zorgcircuit. Is het de bedoeling van de Minister om ganse deelgebieden van de ambulante medische zorg, zowel huisartsgeneeskunde als extramurale specialistische zorg, te laten aanhechten door de ziekenhuissector via een verwerpelijke en gevaarlijke hospitalo-centrische opvatting? En wat blijft er over van de individuele bewegingsvrijheid van de patiënt in de zgn. « zorgpaden » van deze netwerken en circuits ?

Dergelijk concept van zorgcircuits en zorgnetwerken kan uitgebreid worden tot alle psychiatrische patiënten, alle diabetespatiënten, alle hartpatiënten, enz...Wat wordt dan de positie van de huisarts in deze zorgverlening?

Dit artikel 53 lijkt ons volstrekt nutteloos en bovendien gevaarlijk.

### **Artikel 61**

Dit artikel wijzigt artikel 40 van de Wet op de ziekenhuizen in die zin dat de uitbating van zware medische apparatuur verboden wordt zonder voorafgaande vergunning vanwege de Overheid. Het ontwerp voorziet dat de toestemming van de Overheid vereist is zelfs wanneer de initiatiefnemer geen beroep doet op een financiële tussenkomst van de subsidiërende overheid, en zelfs wanneer de investering gebeurt buiten het ziekenhuis. Wij kunnen aannemen – alhoewel met heel wat terughoudendheid - dat de tussenkomst van de overheid in de installatie - en werkingskosten, en in de terugbetaling door het

RIZIV, voor de zware apparatuur onderworpen kan zijn aan verschillende voorwaarden. Maar wij kunnen niet aanvaarden dat men een arts, een groep van artsen of een ziekenhuis zou verbieden het initiatief te nemen om een “zwaar” medisch toestel - wat dit ook moge wezen wanneer het tenminste een bewezen diagnostische of therapeutische aanwinst inhoudt voor de patiënten te installeren en te laten functioneren, zonder dat een openbare financiering gevraagd wordt en zonder beroep te doen op een terugbetaling via verzorgingsgetuigschriften. Wij dringen dan ook aan dat artikel 61 zou worden aangevuld met een tweede lid luidend als volgt: « De bepalingen van het eerste lid zijn niet toepasselijk in het geval dat het toestel geïnstalleerd en uitgebaat wordt zonder dat er beroep gedaan wordt op subsidiëringaanvraag en waarbij geen aanvraag tot terugbetaling wordt ingediend bij de verzekeringsinstellingen. ».

Het lijkt ons een evident patiëntenrecht dat een Belgisch burger ook in ons land zou kunnen genieten van bepaalde nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden, waarvoor hij zich anders naar het buitenland zou moeten begeven.

### **Artikel 63**

Dit artikel wijzigt artikel 41 van de ziekenhuiswet en houdt verband met de zware medische apparatuur. Hier geldt dezelfde bemerking als voor artikel 61. Dit artikel kan slechts toepasselijk zijn voor zware medische apparatuur die geïnstalleerd en uitgebaat wordt binnen het kader van de wet op de ziekenhuizen en de GvU-wet. Dit artikel kan geen betrekking hebben op apparaten die vrijelijk werden geïnstalleerd en die worden gebruikt buiten het systeem van de sociale zekerheid.

### **Artikels 64 en 65**

Deze artikels wijzigen de art. 44 en 44ter van de wet op de ziekenhuizen. De volledige onder-afdeling 3, heeft betrekking op de medische diensten en medisch - technische diensten. Dit ontwerp gaat volledig in tegen de voorstellen die door de BvAS recentelijk werden ingediend om te komen tot een betere beheersing van de uitgaven van de geneeskundige verstrekkingen in de ziekenhuissector. De BvAS is immers van oordeel dat hiertoe een verruiming van de rol van de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen essentieel is. Deze artikels moeten ons inziens dringend en volledig herschreven worden.

### **Artikel 86**

Dit artikel wijzigt art. 94 van de Ziekenhuiswet met de invoering van het begrip « budget van financiële middelen van het ziekenhuis », dat de vroegere verpleegdagprijs vervangt. Het tweede lid stelt echter ambitieus « De Koning omschrijft de in het eerste lid bedoelde kosten ». Tot op heden heeft de Koning dat nog nooit gedaan, zodat hij dus met een onbeschreven lei moet beginnen. Het valt te vrezen dat het nooit echt mogelijk zal zijn om een exhaustieve lijst van de kosten in een zo multifunctioneel bedrijf als een ziekenhuis te omschrijven. Het zou trouwens een ongelooflijk omvangrijke catalogus worden. Dat probleem werd tot nog toe opgelost door artikel 95, dat trouwens ongewijzigd blijft, en dat zegt welke kosten niet in het budget zijn inbegrepen. Minder ambitieus maar vermoedelijk handiger zou zijn te schrijven: « De Koning kan...omschrijven. ».

### **Artikel 88**

Dit artikel vervangt artikel 97 van de Wet op de ziekenhuizen. Wat het vaststellen van activiteitsparameters betreft als voorwaarde voor de financiering van de erkenningsnormen, menen wij dat volumes van geneeskundige verstrekkingen, hier hoe

dan ook moeten uitgesloten worden. In de Memorie van Toelichting wordt dit nochtans uitdrukkelijk gesuggereerd : “moet gepaard gaan met voldoende activiteit (derde lid)”, “vermits de *verantwoorde activiteit* terzake (vierde en vijfde lid)” die dan in het zevende lid wordt geëxpliciteerd als “ondermeer de verblijfsduur, de opname, de daghospitalisatiegraad, het voorschrijfgedrag inzake geneesmiddelen en medische handelingen in het algemeen ».

Dergelijke bepalingen induceren het opdrijven van het prestatievolume en dat is nu net wat de artsen te allen prijze willen vermijden (cfr ook onze bemerkings bij de artikels 64 en 65).

Het voorlaatste en laatste lid van §1 voert twee begrippen in die nergens in de Wet voorkomen en die bijgevolg kunnen aanleiding geven tot een zekere willekeur. De verdere vaststelling ervan wordt immers overgelaten aan de Koning. Wij zijn daarentegen van oordeel dat dit uitdrukkelijk zou moeten worden voorzien in de Wet zelf. Zo heeft het voorlaatste lid het over « soorten » van ziekenhuizen. Buiten de universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen, en eventueel de zogenoemde referentiecentra, voorzien in het ontwerp, kent de Wet geen andere soorten ziekenhuizen. Best ware het te schrijven « het soort van ziekenhuis of gedeelten van een ziekenhuis, zoals omschreven in de Wet. ».

Het laatste lid heeft het dan weer over « ziekenhuizen met een gelijksoortige opdracht ». Nochtans wordt in de wet geen typologie van « opdrachten » bepaald volgens dewelke ziekenhuizen hetzij als verschillend, hetzij als vergelijkbaar kunnen worden beschouwd en behandeld. Indien men dergelijke opdrachten wil omschrijven dan moet dit op dezelfde manier als in het vorige lid worden aangepakt. Het is gewoon een kwestie van rechtszekerheid.

#### **Artikel 94**

Dit artikel wijzigt art. 102 van de wet op de ziekenhuizen, dat handelt over de bijzondere subsidiëring van sommige ziekenhuizen. De tekstwijzigingen verfijnen de wijze van toekenning van een bijkomende toelage voor de universitaire ziekenhuisdiensten. Men dient bijgevolg, *mutatis mutandis*, dezelfde maatregelen te voorzien voor de referentiecentra zoals die in leven worden geroepen door art. 78 van ditzelfde wetsontwerp.

#### **Artikel 98**

Het artikel 98 voegt een artikel 104 ter toe aan de Wet op de ziekenhuizen. Wij gaan er van uit dat het probleem van de onverzekerden in eerste instantie slaat op de bijzondere groep van uitzonderlijke sociale gevallen en asielzoekers. Vallen in deze context ook EU-onderdanen die niet in een dergelijke situatie verkeren onder het begrip « verzekerden » op basis van de GvU-wet? In dit geval stelt zich de vraag of aan – doorgaans zeer welstellende - EU- inwoners zoals vb. Nederlanders en Duitsers die zich ook vandaag al in België komen laten verzorgen, alleen de door de Koning bepaalde prijs mag aangerekend worden. En wat met welstellende personen van buiten de EU, zoals het diplomatiek corps, bedrijfsleiders, oliemagnaten, enz...

### **Artikel 99**

Dit artikel wijzigt art. 104 quater van de Wet op de ziekenhuizen. Het beoogt een beschrijving van de wijze waarop een deel van de overtollige uitgaven ten laste wordt gelegd van de ziekenhuizen. Zoals het hier wordt voorgesteld biedt het ontwerp de mogelijkheid aan de Koning om zelf nader de regels te bepalen om de verschillen tussen de uitgaven en de begroting vast te stellen, en om de inhaalbedragen ten laste te leggen van de instellingen. De bevoegdheid die aan de Koning wordt verleend is bijzonder ruim. Het geheel van deze regels zou moeten vastgesteld worden in de Wet om elke vorm van arbitraire beslissing onmogelijk te maken. Het tweede en derde lid van dit nieuwe artikel 104 quater zouden bijgevolg geschrapt moeten worden.

### **Artikel 100**

Dit artikel wijzigt het artikel 107 van de Ziekenhuiswet. Samenvattend kan worden gesteld dat de toepassing van de regelgeving betreffende de dekking van de kosten die vroeger via de verpleegdagprijs gebeurde, en nu wordt gedragen door het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, evenals de toepassing van de regels betreffende de bijzondere toelagen, voortaan bovenop de gewone regelgeving ook nog worden onderworpen aan de voorwaarden die worden gesteld ter naleving van de programmatie van zware medische apparatuur en zware medisch-technische diensten, van de functies en van de zorgprogramma's. Deze wijziging bevestigt eens te meer de wil van de auteurs van deze tekst om elk medisch initiatief buiten de strikte context van de programmatie te verhinderen. Wij kunnen ons alleen verzetten tegen deze sclerotiserende opvatting. Er zullen zeer spoedig tijden aanbreken waarin het privé initiatief méér dan nodig zal zijn om de geneeskunde volgens moderne maatstaven op peil te houden. Met andere woorden om aan "Evidence based medicine" te kunnen doen.

### **Artikel 105**

Wijzigt art. 116 van de ziekenhuiswet. Punt 8°(octavo) legt gevangenisstraffen en boetes op voor wie zware medische apparatuur uitbaat zonder toestemming en zonder ingeschreven te zijn in de programmatie. Dit vervoegt onze reeds eerder gemaakte bemerkingen betreffende de onaanvaardbaarheid van het verbod zware medische apparatuur buiten de programmatie uit te baten wanneer geen beroep gedaan wordt op subsidiëring of op de tussenkomst van de ziekteverzekering voor de dekking van de kosten.

### **Artikel 106**

Dit artikel wijzigt art. 138 van de ziekenhuiswet. Het concretiseert het akkoord dat tot stand is gekomen tussen de artsen, de ziekenfondsen en de Minister, einde 2000.

### **Artikel 108**

De regering wil blijkbaar art 139 bis behouden, vermits ze de wijziging beperkt tot het louter vervangen van de term « verpleegdagprijs » door « budget van financiële middelen van het ziekenhuis ». Alle ziekenhuisartsen, van alle syndicale strekkingen, hebben al bij herhaling de schrapping van artikel 139 bis gevraagd, ondermeer omdat dit artikel in de dagelijkse praktijk aan de basis blijkt te liggen van het opdrijven van het oneigenlijk gebruik van bepaalde prestaties.

Tot voor kort behield men dit artikel 139 bis onder het voorwendsel dat dit artikel de wettelijke basis gaf voor het onderdeel B6 van het ziekenhuisbudget. Vermits nu het tweede lid van artikel 94 de Koning de mogelijkheid biedt om nader de kosten gedekt door het budget van financiële middelen te omschrijven, kan zulks gebeuren via een positieve definitie van het onderdeel B6.

### **Artikel 109**

Punt 2° van dit artikel voegt een nieuwe §5 in bij artikel 140 van de Ziekenhuiswet. Deze bepaling heeft tot gevolg dat een essentieel element van de individuele overeenkomst van de ziekenhuisarts, nl. de vergoeding van zijn prestaties, niet meer als een echte verbintenis kan beschouwd worden en eenzijdig kan gewijzigd (lees: verminderd) worden door de ziekenhuisbeheerder na overleg met de Medische Raad. Dit is niet alleen een zware juridische afwijking op de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, maar bovendien een discriminatie van de zelfstandige ziekenhuisartsen t.o.v. de weddetrekkenden. Deze bepaling verstoort volledig het evenwicht van de rechtsverhoudingen dat betracht werd met de bepalingen van Titel IV van de Ziekenhuiswet. Zo biedt ze de ziekenhuisbeheerder bvb. de mogelijkheid zich te onttrekken aan de financiële gevolgen (verplichtingen inzake de opzegregeling) van het ontslag van een ziekenhuisgeneesheer.

Men gaat er trouwens ten onrechte van uit dat deze bepaling uitsluitend betrekking heeft op de financiële aspecten van de schriftelijke overeenkomst. Het ligt voor de hand dat de ziekenhuisbeheerder dit drukkingsmiddel kan gebruiken om de aanvaarding van andere contractwijzigingen af te dwingen. En zelfs als middel om extracontractuele aspecten van de praktijksituatie van de betrokken geneesheer te beïnvloeden. Het is dus een zuivere fictie te stellen dat de invloed van deze bepaling beperkt blijft tot de §§ 3 en 4 van artikel 140.

Er valt bvb. te vrezen dat deze bepaling zich spoedig zal ontwikkelen tot een individueel drukkingsmiddel om de prestatievolumes op te drijven. Immers, het kan vanwege de beheerder al volstaan om de contractuele financiële voorwaarden van een arts ter discussie voor te leggen aan de medische raad, om een stille wenk aan de betrokken arts te geven die dergelijk effect kan veroorzaken.

Wij vragen dan ook uitdrukkelijk deze bepaling te willen schrappen. Ze brengt niet de minste verbetering aan de rechtsverhoudingen tussen ziekenhuisbeheerders en ziekenhuisartsen.

### **Ter afsluiting**

Wij hopen dat het Parlement rekening zal kunnen houden met onze gefundeerde bemerkingen. Wij vragen zeer in het bijzonder aandacht van de Geachte Volksvertegenwoordigers en Senatoren voor de financiële consequenties van sommige onderdelen van dit wetsontwerp en voor de vraag van de artsen tot meer autonomie in het ziekenhuis. De BVAS is van oordeel dat dit de aangewezen weg is om de druk tot meer "productie" in het ziekenhuismilieu te neutraliseren en om adequater de beschikbare middelen aan te wenden.

Over de toegevoegde wetsvoorstellen hebben wij een aantal preliminaire bemerkingen gemaakt, maar door tijdsgebrek konden deze nog niet in samenhang met het bestaande wetsontwerp worden gelezen en herwerkt.

Tenslotte herinneren wij er de verenigde commissies aan dat alle artsen er stellig op rekenen dat, naast de in dit ontwerp behandelde materies nog drie andere voor het artsenkorps vitale elementen spoedig het voorwerp zullen uitmaken van parlementaire besprekingen. Het betreft met name de reeds eerder vermelde afschaffing van het artikel 139 bis van de Wet op de ziekenhuizen, de voortdurende rechtsonzekerheid van de ziekenhuisarts wat betreft "het ontslag" en de plaats van de extramurale geneesheerspecialist, wiens plaats ons inziens zeer belangrijk is in het Belgische gezondheidszorg landschap. Jammer genoeg wordt deze groep van ruim 6.000 geneesheren-specialisten noch in de bestaande wetten, noch in een aantal wetsvoorstellen specifiek vernoemd, laat staan erkend.

Met dank voor Uw aandacht,

Dr. Marc MOENS.

---

**WETSVOORSTEL VAN 11 JUNI 2001 TOT WIJZIGING VAN DE ZIEKENHUISWET,  
WAT DE INNING VAN DOOR GEHOSPITALISEERDE PATIËNTEN VERSCHULDIGDE  
BETALINGEN BETREFT**

(ingediend door de heren Jo Vandeurzen en Hubert Brouns, de dames Greta D'Hondt en Magda De Meyer  
en de heren Yvan Mayeur, Jean-Jacques Viseur en Joos Wauters )

**SAMENVATTING**

*Met het oog op een humaan invorderingsbeleid, stelt de indiener voor de ziekenhuiswet aan te vullen met bepalingen betreffende de wijze waarop ziekenhuizen achterstallige schulden van gehospitaliseerde patiënten moeten innen. De procedure moet vastgesteld worden bij besluit, maar voorziet zeker in het sturen van een herinneringsbrief en een formele ingebrekestelling, de mogelijkheid van een afbetalingsplan en het verstrekken van informatie betreffende hulp bij betalingsmoeilijkheden. Het wetsvoorstel bevat daarnaast bepalingen inzake de stuiting van de verjaring van de vordering tot betaling, het vragen van voorschotten aan de patiënt, inningskosten en de wijze waarop ziekenhuisgeneesheren betrokken worden bij het toestaan van afbetalingsregelingen.*

**TOELICHTING**

DAMES EN HEREN,

Dit wetsvoorstel is – het weze van meet af aan beklemtoond – geen structureel antwoord op het probleem van de betaalbaarheid van de gezondheidszorgen in ons land.

De overweging dat zorgen, verleend in en door ziekenhuizen, toegankelijk moeten zijn voor iedereen, brengt de indieners ertoe te stellen dat de invordering van de betaling van deze noodzakelijke zorgen steeds correct maar ook met respect voor de waardigheid van elke patiënt én met een goed inzicht in de sociale context moet geschieden. De indieners willen geen onverantwoordelijkheid van de patiënt bepleiten. Het zou niet getuigen van behoorlijk bestuur (en het zou een afwenteling naar andere openbare en private rechtspersonen van jewelste zijn) als de federale wetgever de patiënt zou aanmoedigen zijn ziekenhuisfacturen niet te betalen. Nogmaals, de betaalbaarheid van de ziekenhuisfacturen moet op het juiste bestuursniveau aangepakt worden. Het is een algemene politieke uitdaging, geen probleem van elk individueel ziekenhuis op zich.

Dat belet niet dat ziekenhuizen, gelet op hun maatschappelijke betekenis, ertoe aangezet moeten worden op een humane manier in te vorderen. Uiteraard doen de meeste ziekenhuizen dit nu al. Maar zoals voor bijvoorbeeld nutsbedrijven, lijkt het verantwoord deze invorderingsprocedures wettelijk te regelen en daarbij een aantal instrumenten te creëren die een sociaal invorderingsbeleid mogelijk maken.

Het wetsvoorstel voegt een aantal bepalingen toe aan titel IV, hoofdstuk III, afdeling 5, van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen. In de nieuwe bepalingen wordt de procedure beschreven die ziekenhuizen moeten volgen bij het invorderen van openstaande bedragen bij patiënten. Het betreft hier de

vordering voor prestaties door het ziekenhuis of de ziekenhuisgeneesheren geleverd ten opzichte van gehospitaliseerde patiënten. De term 'gehospitaliseerde patiënt' verwijst naar artikel 141 van de ziekenhuiswet. Het betreft patiënten die opgenomen worden in een ziekenhuis en er al dan niet verblijven en voor wie medische prestaties worden verricht waarvoor de wettelijke verplichting van de derde betaler geldt. De definitie kan door de Koning worden uitgebreid.

Het wetsvoorstel verplicht de minister, die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, om de procedure te bepalen die ziekenhuizen moeten volgen bij het invorderen van openstaande bedragen bij patiënten. Dit is uiteraard geen uitzonderlijke regelgeving. Het volstaat te verwijzen naar een decreet tot regeling van het recht tot minimumlevering van elektriciteit, gas en water, zoals van toepassing in de Vlaamse Gemeenschap (B.S., 8 februari 1997) om te beseffen dat de overheid reeds in meer gevallen invorderingsprocedures heeft vastgesteld voor ondernemingen. In verband met de nutsbedrijven had één en ander natuurlijk ook tot doel om te verhinderen dat burgers afgesloten werden van water of gas. In het onderhavige wetsvoorstel wordt de verplichting om een bepaalde procedure te volgen bij het invorderen van patiëntenfacturen vooral geïnspireerd door de uitzonderlijk belangrijke sociale positie die ziekenhuizen innemen. Daarom zijn ze verplicht om ook bij de invordering van openstaande facturen op een correcte en humane manier te werk te gaan (hetgeen trouwens, zoals gezegd, door de meeste ziekenhuizen op dit moment ook op vrijwillige basis al gebeurt).

Vervolgens bevat het wetsvoorstel een belangrijke bepaling in verband met de manier waarop een openstaande vordering kan worden gestuit. Deze stuiting bij aangetekende brief wordt gekoppeld aan de verplichting om de door de minister uitgevaardigde invorderingsprocedure te respecteren.

Het wetsvoorstel bevat vervolgens een aantal bepalingen die het recht van ziekenhuizen om een voorschot te vragen aan de patiënt, beperken. Van patiënten, waarvoor ook voor de arts geen recht bestaat om een ereloonsupplement te vragen bij opname in een twee- of meer persoonskamer, kan ook geen voorschot worden gevraagd door het ziekenhuis. Op die manier wordt getracht om elke drempel voor die patiënten die regelmatig het ziekenhuis moeten bezoeken en die financieel minder draagkrachtig zijn, weg te nemen.

Tenslotte bevat het wetsvoorstel een aantal wettelijke bepalingen die de hierboven opgesomde principes verder uitwerken.

## **ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING**

### **Artt. 2 en 3**

Het is belangrijk dat er duidelijkheid is in verband met de wijze waarop ziekenhuisgeneesheren bij de centrale inning van de erelonen (zowel door het ziekenhuis als door een inningsdienst) betrokken moeten worden bij het onderhandelen van afbetalingsregelingen met de patiënt. In een aantal gevallen is er geen akkoord van de ziekenhuisgeneesheer nodig omdat het ereloon ingevolge de algemene regeling eigendom is geworden van het ziekenhuis. In een aantal andere gevallen echter int het ziekenhuis de erelonen voor rekening van de arts (de meest voorkomende situatie). In dat geval moet het inningsreglement bepalen op welke wijze de arts betrokken wordt bij de beslissingen in verband met afbetalingsregelingen die ook slaan op verschuldigde erelonen.

### **Art. 4**

In het nieuwe artikel 141bis wordt aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, de opdracht gegeven om een procedure uit te werken die het ziekenhuis (of de inningsdienst) moet volgen wanneer verschuldigde betalingen moeten worden ingevorderd bij een patiënt. De minister moet tevens bepalen aan welke vereisten een brief moet voldoen om met toepassing van het nieuwe artikel 141ter de stuiting van de verjaring van de vordering tot gevolg te kunnen hebben. Tevens moet de minister de maximale intrest bepalen die bij een laattijdige betaling van de patiënt kan worden gevorderd. Dit is evenwel slechts mogelijk voor zover de nalatigheidsintrest uitdrukkelijk werd bedongen.

Het nieuwe artikel 141ter vraagt enige technische toelichting.

Artikel 2277bis van het Burgerlijk Wetboek, zoals ingevoerd door artikel 64 van de wet van 6 augustus 1993 (B.S., 9 augustus 1993) bepaalt dat de rechtsoverdracht van verzorgingsverstrekkingen met betrekking tot de door hen geleverde geneeskundige verstrekkingen, diensten en goederen, daar inbegrepen de vordering wegens bijkomende kosten, verjaart ten opzichte van de patiënt door verloop van een termijn van twee jaar te rekenen vanaf het einde van de maand waarin deze zijn verstrekt. Deze zelfde bepaling is van toepassing voor geneeskundige verstrekkingen, diensten, goederen en bijkomende kosten welke door de verplegings- en verzorgingsinstelling of door derden werden geleverd of gefactureerd.

De verjaringstermijn die op die manier werd ingevoerd, is een bevrijdende verjaring. Dit in tegenstelling tot het regime dat onder het oude artikel 2272, lid 1, van het Burgerlijk Wetboek van toepassing was.

Het is van belang te beseffen dat deze specifieke verjaringstermijn ook van toepassing is met betrekking tot vorderingen van openbare ziekenhuizen, voor zover deze nog door een OCMW zouden worden geëxploiteerd. De vordering van het OCMW voor terugbetaling van kosten van geneeskundige verstrekkingen was voorheen onderworpen aan de bijzondere verjaringstermijn vervat in artikel 102 enerzijds en de artikelen 97 en 98 anderzijds van de OCMW-wet. Deze verjaring kan, conform artikel 102, gestuit worden met een aangetekende brief. Door de introductie van het nieuwe artikel 2277bis werd deze verjaringstermijn van 5 jaar ingekort tot 2 jaar (zie bijvoorbeeld : Ziekenhuisrekening en bevrijdende verjaring. Een eerste Cassatiearrest omtrent artikel 2277bis Burgerlijk Wetboek, Cassatie 24 januari 1997, Recente arresten van het Hof van Cassatie, 1998, blz. 27 en volgende met noot van Patrick Wery en Hendrik Vuye).

In de huidige stand van de wetgeving is het voor een ziekenhuis moeilijk om een humaan invorderingsbeleid vol te houden. Wanneer een factuur niet of niet geheel betaald wordt, dan heeft het ziekenhuis op het einde van de tweejarige verjaringstermijn geen keuze : er moet worden gedagvaard voor de rechter, wil men de verjaring van de vordering beletten. Uiteraard is het steeds mogelijk dat de patiënt een schuldbekentenis tekent, maar indien dit niet gebeurt, heeft het ziekenhuis eigenlijk geen keuze : ofwel zit het stil en wordt een vordering bij gebreke aan initiatief vanwege de patiënt oninvorderbaar, ofwel moet er gedagvaard worden. Immers, conform artikel 2244 van het Burgerlijk Wetboek is een dagvaarding voor het gerecht, een bevel tot betaling of een beslag, betekend aan hem die men wil beletten de verjaring te verkrijgen, de enige vorm van stuiting.

In tegenstelling hiermee kan de vordering van een zorgverstrekkers ten opzichte van de verzekeraar in het kader van de verplichte ziekteverzekering gestuit worden door een aangetekende brief (artikel 174 van de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen).

De noodzaak om ten opzichte van de patiënt de vordering te stuiten door middel van een dagvaarding zorgt automatisch voor bijkomende kosten voor de patiënt. Bovendien wordt het meningsverschil tussen de patiënt en het ziekenhuis daardoor automatisch voor de rechter gebracht, met alle gevolgen vandien : de start van een gerechtelijke procedure, tussenkomst van advocaten, verstekvonnis, verzet, enzovoort.

Het voorstel bepaalt dat een brief slechts een stuiting van de verjaring kan veroorzaken in het kader van de wettelijke invorderingsprocedure. Zo wordt bij dreigende verjaring van de openstaande vordering ten opzichte van de patiënt het ziekenhuis in de gelegenheid gesteld om de verjaring te stuiten (hetgeen een nieuwe termijn van twee jaar doet lopen) voor zover het ziekenhuis zich bereid verklaart om betalingsmodaliteiten toe te staan. Deze verplichting moet de minister in de vorderingsprocedure verwerken.

Het nieuwe artikel 141quater verbiedt het ziekenhuis om een voorschot te vorderen wanneer vaststaat dat de patiënt op basis van een wettelijke bepaling of op basis van een conventie gesloten in de medicomut, geen ereloonsupplement moet betalen bij een opname in een twee- of meer persoonskamer. De Koning kan dit verbod op een ereloonsupplement uitbreiden.

Uiteraard is het zo dat op dit ogenblik ziekenhuizen gerechtigd zijn een beperkt voorschot te vragen aan de patiënt op basis van de overeenkomst die tussen de ziekenhuizen enerzijds en de verzekeringsinstellingen anderzijds werd gesloten. Het door dit voorstel ingevoegd wettelijk verbod primeert uiteraard op deze overeenkomsten, maar niets belet dat op basis van overeenkomsten het verbod wordt aangevuld.

Artikel 141quinquies verbiedt het ziekenhuis of de inningsdienst om inningskosten aan te rekenen.

Artikel 141sexies maakt de wettelijk opgelegde inningsprocedure ook verplicht wanneer het ziekenhuis de invordering uitbesteedt aan een incassobureau. Het is te verwachten dat het Parlement ook een nieuwe reglementering zal goedkeuren met betrekking tot de werking van incassobureaus. Deze blijft ook uiteraard ook van toepassing wanneer het incassobureau werkt voor rekening van een ziekenhuis.

Jo VANDEURZEN (CVP)  
Hubert BROUNS (CVP)  
Greta D'HONDT (CVP)  
Magda DE MEYER (SP)  
Yvan MAYEUR (PS)  
Jean-Jacques VISEUR (PSC)  
Joos WAUTERS (AGALEV-ECOLO)

## WETSVOORSTEL

### Artikel 1

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

### Art. 2

Artikel 135, 1°, van de bij het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 gecoördineerde wet op de ziekenhuizen wordt aangevuld met het volgende lid:

«Het reglement bepaalt eveneens de wijze waarop de ziekenhuisgeneesheren desgevallend hun goedkeuring geven met betrekking tot afbetalingsregelingen die het ziekenhuis toestaat aan een patiënt met betrekking tot de vergoeding van de geneeskundige prestaties verstrekt door de ziekenhuisgeneesheren en waarvan de betaling door het ziekenhuis worden geïnd.».

### Art. 3

Artikel 136 van dezelfde wet, waarvan de bestaande tekst § 1 zal vormen, wordt aangevuld met een § 2, luidende:

«§ 2. Het reglement bepaalt eveneens de wijze waarop de ziekenhuisgeneesheren desgevallend hun goedkeuring geven met betrekking tot de afbetalingsregelingen die de dienst toestaat aan de patiënt met betrekking tot de vergoeding van de geneeskundige prestaties verstrekt door de ziekenhuisgeneesheren en waarvan de betaling door de dienst worden geïnd.».

### Art. 4

In dezelfde wet worden de artikelen 141bis tot 141sexies ingevoegd, luidende:

«Art. 141bis. § 1. De minister, die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, bepaalt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de procedure die het ziekenhuis of de dienst bedoeld in artikel 136, moet respecteren bij de inning van een verschuldigde betaling van de gehospitaliseerde patiënt, wanneer deze nalaat dit na de aanbieding van de factuur te doen. De procedure omvat minstens de volgende elementen :

1. de versturing van een herinneringsbrief en een formele ingebrekestelling;
2. de formulering van de bereidheid om een afbetalingsplan overeen te komen;
3. een herinnering aan de wettelijke opdracht van het bevoegde OCMW en de mogelijkheden van de wet van 5 juli 1998 betreffende de collectieve schuldenregeling.

§ 2. Dezelfde minister bepaalt tevens, na advies van de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen:

1. de vereisten waaraan een aangetekende brief moet voldoen om de stuiting van de verjaring van de rechtsvordering met toepassing van deze procedure, tot gevolg te hebben;
2. de maximale intrest die, voor zover hij uitdrukkelijk bedongen is, verschuldigd kan zijn bij laattijdige betaling.

Art. 141ter. § 1. De rechtsvordering, zoals bedoeld in artikel 2277bis van het Burgerlijk Wetboek, ten opzichte van een gehospitaliseerde patiënt met betrekking tot geneeskundige verstrekkingen, diensten, goederen en bijkomende kosten voor zover ze door het ziekenhuis of de dienst bedoeld in artikel 136 worden verstrekt of gefactureerd, alsook daar inbegrepen de vordering wegens bijkomende kosten wordt, onverminderd de mogelijkheden vermeld in het gemeenrecht, ten opzichte van de patiënt gestuit door middel van een per post aangetekende brief die aan de vereiste voorwaarden voldoet. De stuiting kan worden vernieuwd.

§ 2. Indien het ziekenhuis gerechtigd is een deel van de verschuldigde betaling, in het kader van de verplichte ziekteverzekering, rechtstreeks te vorderen van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende aan wie de zorg werd verstrekt, aangesloten of ingeschreven is, dan heeft deze stuiting alleen betrekking op het resterend aandeel van de patiënt in de verschuldigde betaling.

Art. 141quater. § 1. Het ziekenhuis of desgevallend de dienst, zoals bedoeld in artikel 136, is niet gerechtigd om, behoudens ingeval de patiënt bij een opname vrijwillig kiest voor een éénpersoonskamer, aan de gehospitaliseerde patiënt een voorschot te vragen op de betaling verschuldigd voor nog te factureren prestaties, van zodra aan de betrokken patiënt, met toepassing van een wettelijke bepaling of een overeenkomst, gesloten tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen met toepassing van gecoördineerde wet betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering, geen ereloon-supplement zou kunnen gevraagd worden bij een opname in een twee- of meerpersoonskamer.

§ 2. De minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kan na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen dit verbod uitbreiden. Hij bepaalt daarvoor de omstandigheden en de voorwaarden waarin de patiënt zich dient te bevinden.

Art. 141quinquies. De inning van de door de gehospitaliseerde patiënt verschuldigde betaling kan nooit aanleiding geven tot het aanrekenen van inningskosten.

Art. 141sexies. Onverminderd strengere wettelijke bepalingen, zijn de artikelen 141bis tot en met 141quinquies ook van toepassing op de inning van de door de gehospitaliseerde patiënt verschuldigde betalingen, door een derde voor rekening van het ziekenhuis of de ziekenhuisgeneesheer.».

15 februari 2001

Jo VANDEURZEN (CVP)  
Hubert BROUNS (CVP)  
Greta D'HONDT (CVP)  
Magda DE MEYER (SP)  
Yvan MAYEUR (PS)  
Jean-Jacques VISEUR (PSC)  
Joos WAUTERS (AGALEV-ECOLO)

---

**Commentaar van het VBS  
over het wetsvoorstel VANDEURZEN tot wijziging van de  
ziekenhuiswet wat de inning van door gehospitaliseerde  
patiënten verschuldigde bedragen betreft**

## 1. Titel

De titel van het wetsvoorstel gebruikt de term "gehospitaliseerde patiënt". Deze wordt bepaald bij artikel 141.

De titel heeft het uitsluitend over de "inning" (afdeling 2 van Hoofdstuk III van Titel IV van de Ziekenhuiswet), terwijl art. 4 (art 141bis, ter, quater, quinquies en sexies) en eigenlijk ook de art. 2 en 3 betrekking hebben op de "vordering" (afdeling 5 van hoofdstuk III van Titel IV).

Het zou dus beter zijn te spreken over "de vordering en inning van door gehospitaliseerde patiënten verschuldigde bedragen".

De hele tekst van het wetsvoorstel sluit dus vooral aan bij artikel 141 en hoort onder afdeling 5 van hoofdstuk III.

### Algemeen:

De "gehospitaliseerde patiënt" wordt in artikel 141 gedefinieerd in relatie tot de patiënt die medische prestaties geniet waarvoor de wettelijke verplichting van de derde betaler geldt. Het betreft dus uitsluitend sociaal verzekerden. Het laat echter geen twijfel dat de grootste betalingsproblemen zullen ontstaan bij patiënten die om een of andere reden niet sociaal verzekerd zijn. Het zal dus noodzakelijk zijn uitdrukkelijk te voorzien – wat we ook doen in onze voorstellen tot wijziging - dat deze bepalingen eveneens toepasselijk zijn op niet-sociaal verzekerden.

Een duidelijkere regeling voor vorderings-, betalings- en desgevallend, afbetalingsmodaliteiten, is ongetwijfeld een nuttig en belangrijk sociaal element. Toch moet men oppassen om mogelijk betalingsverzuim niet aan te moedigen, door een sfeer te creëren die het voor het ziekenhuis moeilijk maakt om een betaling te vorderen. Wij twijfelen er trouwens niet aan dat zulks geenszins de bedoeling van de stellers van het wetsvoorstel is. Integendeel.

Er wordt voorzien dat de centrale inningsdienst een procedure moet naleven wanneer de opgenomen patiënt nalaat de rekening te betalen na aanbieding van de factuur. Binnen welke termijn (één maand, twee, een trimester...?) die situatie ontstaat wordt niet gezegd en bijgevolg overgelaten aan de minister. Maar zolang deze laatste die procedure niet bepaalt, kan geen enkel bedrag ingevorderd worden.

Een afbetalingsplan wordt uitsluitend a posteriori voorzien, in geval van wanbetaling. Zoiets zou ook preventief moeten kunnen gebeuren.

Een voorschot mag niet gevraagd worden. Is dit echt wenselijk? Zou het niet verstandig zijn een minimaal eisbaar sociaal voorschot te voorzien dat als maatschappelijke maatstaf kan gelden voor ziekenhuisopnames, bvb. een bedrag dat overeenstemt met het (eisbaar) forfaitair remgeld voor technische prestaties bij een opname? En dat men verder de patiënt de keuze laat om zelf een hoger voorschot te betalen?

Het al dan niet kunnen betalen van een minimaal voorschot is een beduidend element om het verdere betalingsrisico in te schatten, en eventueel preventief betalingsmodaliteiten af te spreken. Bovendien is dit het enige concrete principe om de correcte toepassing van de reglementering af te dwingen, zoals bvb. het gebruik van de SIS-kaart, welke precies een betalingsverbintenis vanwege het ziekenfonds impliceert.

Personen die het minimum sociaal voorschot niet kunnen betalen, zouden van meet af aan in aanmerking komen voor een sociaal begeleide zorgverlening.

Tevens stelt zich in de marge van de betalingsproblematiek een vraag m.b.t. de sociale en fiscale franchise bij opgenomen patiënten. Waar via ambulante getuigschriften de betaling van het remgeld wordt aangegeven, is dit geenszins het geval via de facturatie voor gehospitaliseerde patiënten. Wij veronderstellen dus dat deze automatisch in rekening worden genomen op basis van de facturatie aan het ziekenfonds, ongeacht of het bedrag al dan niet betaald werd.

## 2. Artikelen 2 en 3

Het reglement van de centrale inning (RCI) wordt opgemaakt in onderlinge overeenstemming tussen beheerder en Medische Raad ; bij gebreke, na verzwaaard advies.

De tekst geeft hier de indruk dat het RCI alleen de wijze van goedkeuren door de individuele artsen bepaalt. Het betreft alleen "goedkeuren", zoniet zou er staan "al dan niet" in plaats van "desgevallend" (doelt hier duidelijk op "het geval dat "een patiënt een betaalprobleem heeft).

Tevens vergeet de tekst dat de vordering berust op een mandaat vanwege de geneesheer, waardoor het ziekenhuis de honoraria vordert en int voor rekening van de geneesheer. Hier is het evenwel het (innende) ziekenhuis dat de afbetalingsregeling toestaat. De arts keurt alleen goed, op een wijze die door het RCI bepaald wordt.

Veel verschillende "wijzen" van goedkeuren bestaan er weliswaar niet...

De memorie van toelichting gaat ervan uit dat deze regeling niet nodig is voor de gevallen waarbij de honoraria geïnd worden voor rekening van het ziekenhuis. Dat is ongetwijfeld zo in geval de geneesheren vergoed worden met een wedde of een forfaitair bedrag (art 132,§1,4°), doch niet in de andere vergoedingsstelsels waarbij de vergoeding geheel of gedeeltelijk wordt vastgesteld in functie van het geïnde bedrag.

Men mag ook niet vergeten dat de betalingstermijn naar de geneesheer toe normaal (zie art 135,1°) begint te lopen vanaf het ogenblik van de inning, behoudens andersluidende regeling voorzien in het reglement. Het kan dus niet de inningsdienst zijn die zelf beslist het moment van de inning uit te stellen, door bvb. een afbetalingsregeling toe te staan. Vandaar de noodzaak om in het zgn. inningsreglement te bepalen in welke gevallen en volgens welke procedure, welke afbetalingsregelingen kunnen toegestaan worden in overleg met de ziekenhuisgeneesheer.

### Ons voorstel:

Breng de artikels 2 en 3 samen in één artikel dat meteen art. 141bis zou worden (zie verder bemerkings sub 1.)

*"Artikel 141bis §1. Het reglement in de artikels 135 en 136 kan eveneens bepalen in welke gevallen en volgens welke procedure, welke afbetalingsregelingen kunnen toegestaan worden aan de bij artikel 141 bedoelde gehospitaliseerde patiënt in overleg met de ziekenhuisgeneesheer of, desgevallend, de persoon voor wiens rekening de betaling gevorderd wordt met betrekking tot de*

*vergoeding van de geneeskundige prestaties waarvan de betaling door de centrale inningsdienst wordt geïnd.*

*Voormelde regeling is eveneens toepasselijk voor patiënten die niet-sociaal verzekerd zijn en die in het ziekenhuis worden opgenomen."*

Deze tekst kan gelden voor de voorgestelde aanvullingen van beide artikels ( art 135 en art. 136).

Men zou van de gelegenheid gebruik kunnen maken om ook in 135,2° een kleine wijziging te voorzien: "2° de voorzitter of een persoon afgevaardigd door de Medische Raad kan toezicht houden op de werking van de inningsdienst en de uitvoering van de eventuele toegestane afbetalingsregelingen. Te dien einde..."

Met de door ons voorgestelde tekstwijzigingen krijgt men een duidelijkere algemeen toepasselijke basisregeling die wordt tot stand gebracht in overeenstemming met de Medische Raad, doch met een dwingend karakter t.o.v. de individuele geneesheer. Het feit dat een persoon afgevaardigd door de Medische Raad rechtstreeks toezicht kan uitoefenen, niet alleen ten overstaan van de werking van de centrale inningsdienst, maar ook naar de individuele artsen toe wat de afbetalingsregelingen betreft, versterkt het uitvoerbaar karakter.

**3. Artikel 4. (art. 141 bis tot en met 141 sexies):** zie bemerking onder 1.

3.1. Art. 141bis §1

- We zien niet in waarom de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) hier opduikt. Dit heeft niets te maken met erkenning of programmatie, noch met iets dat als dusdanig betrekking heeft op de ziekenhuisfinanciering. Luidens artikel 145 van de ziekenhuiswet is voor de uitvoeringsbesluiten van titel IV het advies vereist van de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen. De wet zelf voorziet momenteel dat het bestaan van een centrale inningsdienst en dito reglement sowieso een erkenningsvereiste is, die niet verbonden is aan enig voorafgaand advies van de NRZV .

Onafgezien van onze reeds eerder gemaakte bemerking omtrent "de minister ...bepaalt" (dus minstens: " kan bepalen"), menen wij dat dit als een nodeloze overheidsinmenging kan beschouwd worden, vermits in het wetsvoorstel toch al de minimale elementen worden bepaald.

Bijgevolg menen wij dat dit bij voorkeur gewoon wordt overgelaten aan het onderling overleg tussen ziekenhuis en Medische Raad.

Ons voorstel: art 141bis wordt art 141bis §2:

*"art. 141bis. §2. Het reglement bedoeld in §1 kan nader de procedure bepalen die de centrale inningsdienst moet respecteren bij de vordering van een verschuldigde betaling van de gehospitaliseerde patiënt, wanneer deze nalaat dit na de aanbieding van de factuur of volgens de afgesproken afbetaling te doen. De procedure voorziet minstens de volgende elementen:*

- 1.versturing van een herinneringsbrief en een formele ingebrekestelling;*
- 2. de formulering van de bereidheid om een afbetalingsplan overeen te komen, zo dit niet reeds eerder was afgesproken;*
- 3.een herinnering aan de wettelijke opdracht van het bevoegde OCMW en de mogelijkheden van de wet van 5 juli 1998 betreffende de collectieve schuldenregeling.*

*De minister kan nader bepalen aan welke vereisten de aangetekende brief moet voldoen om de stuiting van de verjaring van de rechtsvordering met toepassing van deze procedure tot gevolg te hebben.*

*De wettelijke interest is verschuldigd vanaf de datum van de ingebrekestelling, behoudens andersluidende overeenkomst met de betrokken patiënt."*

Men vraagt zich af waarom de minister de maximale interest moet bepalen en waarom deze slechts toepasselijk is voor zover hij gevorderd wordt. Waarom niet gewoon stellen dat de wettelijke interest verschuldigd is vanaf de datum van de formele ingebrekestelling, behoudens andersluidende overeenkomst met de betrokken patiënt.

### 3.2. Art. 141ter

#### §1:

- "het ziekenhuis of de dienst": eenvoudiger en correcter is : "de centrale inningsdienst".
- de inningsdienst factureert wel verstrekkingen, doch verstrekt ze niet. Het woord "verstrekt" wordt beter geschrap
- Toevoegen vóór de laatste zin: "...voldoet, uitgaande van de centrale inningsdienst, in overleg met de geneesheer. De stuiting..."

#### §2:

- alleen de vordering van het ziekenhuis, en niet alle vorderingen via de (verplichte) derdebetalersregeling?.De tekst zou best als volgt aangepast worden: "*Indien een deel van de verschuldigde betaling, in het kader van de verplichte ziekteverzekering, rechtstreeks gevorderd wordt bij de verzekeringsinstelling...dan heeft de in §1 bedoelde stuiting alleen betrekking op...*"

De problematiek van de betalingsverbintenis wordt in principe opgevangen door het laatste lid van artikel 53 van de G.V.U.- wet ( laatste zin:"...de voornoemde betalingsverplichting ten aanzien van de zorgverleners doet bovendien niets af aan de mogelijkheid om tegemoetkomingen die ten onrechte zouden zijn verleend, terug te vorderen van de verzekerde, overeenkomstig de bepalingen van artikel 164 "(G.V.U.- wet)). "In principe", want er kunnen inderdaad betwistingen bestaan omtrent wie in feite verantwoordelijk is voor het ten onrechte uitgekeerd zijn van de ZIV-vergoeding, en voor de terugbetaling ervan. Artikel 164 is niet echt een perfect voorbeeld van juridische duidelijkheid.

Bovendien is er een probleem met de concordantie tussen de verjaringstermijnen in het kader van de G.V.U.-wet en de verjaringstermijn bedoeld in artikel 2277bis van het B.W. Voor deze laatste is het 2 jaar te rekenen vanaf het einde van de maand waarin de zorgen zijn verstrekt, terwijl voor de terugvordering van ten onrechte verleende prestaties het 2 jaar is na het einde van de maand waarin ze werden vergoed.

### 3.3. Art. 141 quater: zou moeten vervangen worden door 2 paragrafen:

§1. -"Het ziekenhuis of desgevallend de dienst" vervangen door "De centrale inningsdienst".

-cfr. onze bemerking betreffende een minimaal sociaal voorschot

-deze bepaling houdt geen rekening met niet door de verplichte ziekteverzekering vergoede verstrekkingen (o.m. esthetische ingrepen), kosten of diensten.

-ze houdt evenmin rekening met de nieuwe regeling voorzien in het wetsontwerp houdende maatregelen inzake gezondheidszorg d.d. 25 juli 2001.

§2. Het ware wenselijk dit eveneens aan het intern overleg binnen het ziekenhuis over te laten. De NRZV is niet het gepaste orgaan.

Ons voorstel:

*" art. 141quater. §1. De centrale inningsdienst is gerechtigd een minimaal sociaal voorschot te vragen aan de gehospitaliseerde patiënt, op de betaling verschuldigd voor nog te factureren prestaties. Deze beperking van het voorschot is niet toepasselijk wanneer met toepassing van een wettelijke bepaling of een overeenkomst, de ziekenhuisgeneesheer gemachtigd is een ereloonsupplement aan te rekenen, of wanneer prestaties, kosten of diensten worden verstrekt die niet door de verplichte ziekteverzekering worden vergoed.*

*De Koning kan nader bepalen wat onder minimaal sociaal voorschot moet worden verstaan.*

*§2. Het reglement van de centrale inning voorziet nadere bepaling van de hoegroetheid van het in §1 bedoelde voorschot , van de omstandigheden en voorwaarden waarin de patiënt zich dient te*

bevinden en van de redenen waarbij hiervan kan afgeweken worden. Desbetreffende bepalingen worden bij de opname ter kennis gebracht van de patiënt."

3.4. art 141 quinquies. De buitengewone kosten veroorzaakt door wanbetaling moeten wel kunnen aangerekend worden, behoudens in gevallen die in aanmerking voor de wettelijke opdracht van de OCMW of voor toepassing van de wet van 5 juli 1998 betreffende de collectieve schuldenregeling.

Dr M. MOENS  
Secretaris-generaal

Prof. Dr J. GRUWEZ  
Voorzitter

J. VAN DEN NIEUWENHOF  
Administratief directeur

**HOEGROOTHEID VAN DE TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING IN BEF  
VOOR DE VERSTREKKINGEN VAN DE ARTIKELEN 35 EN 35 BIS VAN DE  
NOMENCLATUUR VANAF 1 OKTOBER 2001**

**Tegemoetkomingsbedragen van de verzekering voor de implantaten en voor de invasieve medische hulpmiddelen**

U = 41,6641 BEF

Coëfficiëntgetal	Tegemoetkoming van de verzekering		
	a) Gewone rechthebbenden/ Verstrekker met overeenkomst	Gewone rechthebbenden/ Verstrekker zonder overeenkomst	
b) WIGW/Verstrekker met of zonder overeenkomst			
U	5,3	221	166
U	35	1.458	1.094
U	72	3.000	2.250
U	80	3.333	2.500
U	97	4.041	3.031
U	100	4.166	3.125
U	118	4.916	3.687
U	120	5.000	3.750
U	168	7.000	5.250
U	180	7.500	5.625
U	185	7.708	5.781
U	234	9.749	7.312
U	235	9.791	7.344
U	240	9.999	7.500
U	270	11.249	8.437
U	285	11.874	8.906
U	315	13.124	9.843
U	320	13.333	10.000
U	350	14.582	10.937
U	360	14.999	11.250
U	364	15.166	11.375
U	425	17.707	13.281
U	430	17.916	13.437
U	510	21.249	15.937
U	590	24.582	18.437
U	598	24.915	18.687
U	610	25.415	19.062
U	710	29.582	22.187
U	810	33.748	25.311
U	814	33.915	25.437
U	968	40.331	30.249
U	999	41.622	31.217
U	1150	47.914	35.936
U	1230	51.247	38.436
U	2195	91.453	68.590
U	4630	192.905	144.679

## NOMENCLATUURWIJZIGING – VERSTREKKINGEN BIJ KINDEREN

**5 SEPTEMBER 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. 25.9.2001)**

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35 §§ 1 en 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998 en 25 januari 1999, en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

Gelet op 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, inzonderheid op de artikelen 11, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 19 december 1991, 2 september 1992, 12 augustus 1994, 7 augustus 1995, 18 februari 1997, 31 augustus 1998, 9 oktober 1998, 29 april 1999 en 8 december 2000, 13, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 22 juli 1988, 12 december 1991, 17 juli 1992, 12 augustus 1994, 29 april 1999 en 8 december 2000, 20, § 1, gewijzigd bij de wet van 21 december 1994 en bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 7 december 1989, 14 december 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 3 oktober 1991, 19 december 1991, 2 september 1992, 25 juli 1994, 12 augustus 1994, 10 juli 1996, 18 februari 1997, 31 augustus 1998, 9 oktober 1998, 29 april 1999 en 8 december 2000, 25, § 1, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 11 januari 1988, 22 juli 1988, 14 december 1989, 22 januari 1991, 12 augustus 1994, 7 augustus 1995, 31 augustus 1998 en 29 april 1999;

Gelet op de voorstellen van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 24 oktober 2000;

Gelet op het advies, uitgebracht door de Dienst voor geneeskundige controle op 24 oktober 2000;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 19 februari 2001;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole van 28 februari 2001;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 5 maart 2001;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, uitgebracht op 9 april 2001;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, uitgebracht op 25 juli 2001;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de voorziene budgettaire middelen onverwijld moeten ingezet worden teneinde tegemoet te komen aan prioritaire behoeften van de sector; dat, met het oog op het scheppen van de nodige rechtszekerheid, en in het belang van een adequate en kwaliteitsvolle behandeling van de betrokken patiëntenpopulatie, de onduidelijkheid op het terrein betreffende de rol en de positie van de pediaters dringend weggenomen moet worden;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 11 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, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 19 december 1991, 2 september 1992, 12 augustus 1994, 7 augustus 1995, 18 februari 1997, 31 augustus 1998, 9 oktober 1998, 29 april 1999 en 8 december 2000, wordt een § 5 ingevoegd met de volgende bepalingen:

« § 5. Voor de verstrekkingen 350033 350044, 350055 350066, 351035 351046, 353172 353183, 353231 353242, 353275 353286, 354056 354060, 354196 354200, 354255 354266, 355316 355320, 355331 355342, 355375 355386, 355390 355401, 355412 355423, 355434 355445, 355456 355460, 355471 355482, 355493 355504, 355515 355526, 355552 355563, 355530 355541, 355574 355585, 355596 355600, 355611 355622, 355633 355644, 355655 355666, 355670 355681, 355692 355703, 355714 355725, 355736 355740, 355751 355762, 355773 355784, 355795 355806, 355810 355821, 355854 355865, 355876 355880, 355891 355902, 355913 355924, 355935 355946, 355950 355961 verricht bij kinderen jonger dan 7 jaar worden de honoraria verhoogd met 13 %. »

**Art. 2.** In artikel 13, § 2 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 22 juli 1988, 12 december 1991, 17 juli 1992, 12 augustus 1994, 29 april 1999 en 8 december 2000, in 2°, wordt de volgende bepaling ingevoegd in fine:

"..., met uitzondering van honoraria voor de verstrekkingen van invasieve reanimatie of positieve ventilatie bij kinderen jonger dan 7 jaar".

**Art. 3.** In artikel 20, §1 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de wet van 21 december 1994 en bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 7 december 1989, 14 december 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 3 oktober 1991, 19 december 1991, 2 september 1992, 25 juli 1994, 12 augustus 1994, 10 juli 1996, 18 februari 1997, 31 augustus 1998, 9 oktober 1998, 29 april 1999 en 8 december 2000, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

In b):

wordt in fine de volgende bepaling ingevoegd :

« Voor de verstrekkingen nrs. 471015 471026, 471030 471041, 471052 471063, 471251 471262, 471273 471284, 471295 471306, 471310 471321, 471332 471343, 471354 471365, 471376 471380, 471391 471402, 471413 471424, 471516 471520, 471531 471542, 471553 471564, 471575 471586, 471612 471623, 471715 471726, 471730 471741, 471752 471763, 471774 471785, 471796 471800, 471811 471822, verricht bij kinderen jonger dan 7 jaar worden de honoraria verhoogd met 13 %. »

In c)

wordt in fine de volgende bepaling ingevoegd :

« Voor de verstrekkingen nrs. 472076 472080, 472091 472102, 472113 472124, 472135 472146, 472194 472205, 472216 472220, 472231 472242, 472356 472360, 472393 472404, 472415 472426, 472452 472463, 472555 472566, 472570 472581, 473012 473023, 473034 473045, 473056 473060, 473093 473104, 473130 473141, 473174 473185, 473211 473222, 473255 473266, 473270 473281, 473292 473303, 473314 473325, 473351, 473373, 473395 473406, 473410 473421, 473432 473443, 473491 473502, 473535 473546, 473550 473561, 473572 473583, 473594 473605, 473616 473620, 473631 473642, 473653 473664, 473675 473686, 473690 473701, 473712 473723, 473734 473745, 473756 473760, 473771 473782, verricht bij kinderen jonger dan 7 jaar worden de honoraria verhoogd met 13 %. »

In d)

1. worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking 474515 474526 als volgt gewijzigd:

« Effectieve aanwezigheid in de verloskamer aan het einde van de weeën en op het ogenblik van de uitdrijving en ten laste neming van de pasgeborene, in geval van risicozwangerschap, op voorschrift van de verloskundige, van een geneesheer voor kindergeneeskunde, per pasgeborene . . . . . K 52 »

2. De volgende toepassingsregel wordt ingevoegd na de verstrekking nr. 474515-474526 :

« Onder risicozwangerschap worden verstaan de situaties zoals ze opgenoemd zijn in de bijlage bij het koninklijk besluit van 20 augustus 1996 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie van lokale neonatale zorg (N\*-functie) moet voldoen om te worden erkend. »

in e)

Worden in fine de volgende bepalingen ingevoegd:

« Voor de verstrekkingen nrs. 475016 475020, 475075 475086, 475532 475543, 475650 475661, 475812 475823, 475834 475845, 475856 475860, 475871 475882, 475893 475904, 476011 476022, 476033 476044, 476070 476081, 476114 476125, 476173 476184, 476195 476206, 476210 476221, 476232 476243, 476254 476265, 476276 476280, 476291 476302, 476313 476324, 476335 476346, 476615 476626, 476630 476641, 476652 476663, verricht bij kinderen jonger dan 7 jaar worden de honoraria verhoogd met 13 %. »

In f)

Wordt in fine de volgende bepaling ingevoegd :

« Voor de verstrekkingen nrs. 477116 477120 en 477131 477142 verricht bij kinderen jonger dan 7 jaar worden de honoraria verhoogd met 13 %. »

**Art. 4.** In artikel 25, § 1 van dezelfde bijlage gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 11 januari 1988, 22 juli 1988, 14 december 1989, 22 januari 1991, 12 augustus 1994, 7 augustus 1995, 31 augustus 1998 en 29 april 1999 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1. Worden de hoofdingen, de volgende verstrekkingen en toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking nr. 598846:

« Honorarium voor het klinisch onderzoek van een pasgeborene die in een dienst N\* verblijft, door de geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde

596024 het eerste onderzoek . . . . . C 43

596046 het tweede en het derde . . . . . C 32

596061 het vierde en volgende . . . . . C 21,5

Honorarium voor het klinisch onderzoek van een pasgeborene die in een dienst N\* verblijft, door de geaccrediteerde geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde

596120 het eerste onderzoek . . . . . C 43 + Q 30

596142 het tweede en het derde . . . . . C 32 + Q 30

596164 het vierde en volgende . . . . . C 21,5 + Q 30

Per dag mag maar één van de verstrekkingen nrs. 596024, 596046, 596061, 596120, 596142, 596164 aangerekend worden. Ze zijn niet cumuleerbaar met de verstrekking 599104, noch met technische verstrekkingen uitgevoerd door een geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde.

Honorarium voor toezicht door een geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde op een in een dienst NIC opgenomen zieke :

596223 de 1ste dag . . . . . C51

596245 de tweede en derde dag, per dag . . . . . C44

596260 de vierde en de volgende dagen, per dag . . . . . C 21,5

Honorarium voor toezicht door een geaccrediteerde geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde op een in een dienst NIC opgenomen zieke :

596326 de 1ste dag . . . . . C51 + Q30

596341 de tweede en derde dag, per dag . . . . . C44 + Q30

596363 de vierde en de volgende dagen, per dag . . . . . C 21,5 + Q30"

2. worden de hoofdingen en de overeenkomstige verstrekkingen 599001, 598242, 599222 en 598264 geschrapt.

3. worden de hoofding, verstrekkingen en toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 599465 :

« Honorarium voor het pediatriesch onderzoek, uitgevoerd bij een opgenomen rechthebbende, jonger dan 16 jaar, door een geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde op voorschrift van de geneesheer-specialist niet-pediater, die het toezicht uitoefent, met schriftelijk verslag in het medisch dossier :

596525 het eerste onderzoek . . . . . C 30

596540 het volgende pediatriesch onderzoek en/of behandeling . . . . . C 20.

De verstrekkingen 596525 en 596540 zijn niet cumuleerbaar met technische verstrekkingen uitgevoerd door een geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde. Zij mogen elk slechts éénmaal aangerekend worden tijdens dezelfde opnameperiode. »

**Art. 5.** Dit besluit treedt in werking op 1 oktober 2001.

**Art. 6.** Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 5 september 2001.

---

## NOMENCLATUUR OFTALMOLOGIE EN NEFROLOGIE

**5 SEPTEMBER 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. 20.9.2001)**

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35, §§ 1 en 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998 en 25 januari 1999, en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

Gelet op 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, inzonderheid op de artikelen 14, in h), § 1, II, 2°, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 januari 1991, 19 december 1991 en 29 april 1999, in j), gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 23 mei 1985, 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 22 januari 1991 en 31 augustus 1998, in m), gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 10 juli 1990, 19 december 1991, 12 augustus 1994 en 9 oktober 1998;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad gedaan tijdens zijn vergadering van 24 oktober 2000;

Gelet op de adviezen, uitgebracht door de Dienst voor geneeskundige controle op 24 oktober 2000;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 19 februari 2001;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole van 28 februari 2001;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 5 maart 2001;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, uitgebracht op 9 april 2001;

Gelet op het akkoord van de Minister van Begroting, uitgebracht op 30 augustus 2001;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de voorziene budgettaire middelen onverwijld moeten ingezet worden teneinde tegemoet te komen aan prioritaire behoeften van de sector; dat, met het oog op het scheppen van de nodige rechtszekerheid, en in het belang van een adequate en kwaliteitsvolle behandeling van de betrokken patiëntenpopulatie, de onduidelijkheid op het terrein betreffende de rol en de positie van de opthalmologen dringend weggenomen moet worden en een laparoscopie techniek gebruikt bij niertransplantatie in de nomenclatuur moet opgenomen worden;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 14 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 h), § 1, II, 2°, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 januari 1991, 19 december 1991 en 29 april 1999, in j), gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 23 mei 1985, 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 22 januari 1991 en 31 augustus 1998, in m), gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 10 juli 1990, 19 december 1991, 12 augustus 1994 en 9 oktober 1998 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

In h), § 1, II, 2°, worden de volgende verstrekkingen en toepassingsregels ingevoegd na de verstrekking nr. 248835 - 248846 :

« 249255 - 249266

Oogbiometrie en berekening van de sterkte van een intra-oculair implantaat, met het oog op een heelkundige ingreep, met inbegrip van monodimensionele echografie en keratometrie, met document en protocol... N 125";

2. In j), wordt in de Franse tekst van de omschrijving van verstrekking 262216 - 262220 het woord "urinaire" vervangen door het woord "rénal";

3. In m) wordt de volgende verstrekking ingevoegd na de verstrekking nr. 318150 - 318161 :

« 318393 - 318404

Laparoscopische videogeassisteerde nefrectomie, voor niertransplantatie van uit een levende donor, met inbegrip van de bewaring, niet inbegrepen het endoscopisch verbruiksmateriaal... K 300 ».

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op 1 oktober 2001.

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

Gegeven te Brussel, 5 september 2001.

## NOMENCLATUUR NEUROCHIRURGIE

**24 AUGUSTUS 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. 31.8.2001)**

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35, §§ 1 en 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 25 januari 1999 en 24 december 1999, en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

Gelet op 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, inzonderheid op de artikelen 28, §§ 1 tot en met 7, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 december 1984, 12 februari 1986, 7 mei 1986, 4 augustus 1987, 9 mei 1989, 23 juni 1989, 23 oktober 1989, 13 november 1989, 2 januari 1991, 16 september 1991, 11 oktober 1991, 20 december 1991, 19 augustus 1992, 20 oktober 1992, 7 oktober 1993, 24 augustus 1994, 28 maart 1995, 18 juli 1996, 25 juni 1997, 6 november 1999 en 8 november 1999 en 35, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 24 augustus 1994 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 juli 1996, 25 juni 1997, 9 januari 1998, 24 maart 1998, 18 januari 1999, 28 februari 1999, 6 november 1999 en 8 november 1999;

Gelet op het voorstel van de Technische Raad voor Implantaten van 17 juni 1999, 27 januari 2000 en 7 december 2000;

Gelet op de beslissing van de Overeenkomstencommissie verstrekkers van implantaten-verzekeringstellingen van 16 september 1999, 27 januari 2000 en 7 december 2000;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige controle van 27 januari 2000 en 7 december 2000;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 13 december 2000;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 18 december 2000;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 16 februari 2001;

Gelet op de akkoordbevindingen van de Minister van Begroting van 10 mei 2001;

Gelet op het advies 31.746/1 van de Raad van State, gegeven op 7 juni 2001;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 28, §§ 1 tot en met 7, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 december 1984, 12 februari 1986, 7 mei 1986, 4 augustus 1987, 9 mei 1989, 23 juni 1989, 23 oktober 1989, 13 november 1989, 2 januari 1991, 16 september 1991, 11 oktober 1991, 20 december 1991, 19 augustus 1992, 20 oktober 1992, 7 oktober 1993, 24 augustus 1994, 28 maart 1995, 18 juli 1996, 25 juni 1997, 6 november 1999 en 8 november 1999, wordt de volgende wijziging aangebracht :

in § 1, C. Neurochirurgie, worden na de verstrekking 611413 - 611424 het opschrift "Gelyofiliseerd dura materweefsel voor gebruik bij intracranieële ingrepen (maximum 1 per ingreep) : " en de verstrekkingen 611435 - 611446, 611450 - 611461 en 611472 - 611483 geschrapt.

**Art. 2.** In artikel 35 van dezelfde bijlage, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 24 augustus 1994 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 juli 1996, 25 juni 1997, 9 januari 1998, 24 maart 1998, 18 januari 1998, 28 februari 1999, 6 november 1999 en 8 november 1999 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1, C. Neurochirurgie, categorie 2, na de verstrekking 683336 - 683340 :

1. worden het opschrift "Gelyofiliseerd dura materweefsel voor gebruik bij intracraniële ingrepen (maximum 1 per ingreep) :" en de verstrekkingen 683351 - 683362, 683373 - 683384 en 683395 - 683406 geschrapt.

2. wordt de volgende verstrekking ingevoegd :

« 683410 - 683421 Synthetisch weefsel van dura mater voor gebruik tijdens een neurochirurgische ingreep, U 5,3 per cm<sup>2</sup>"

2° In § 16 wordt na het verstrekkingnummer "683152 - 683163," het verstrekkingnummer "683410 - 683421," ingevoegd.

3° § 17 wordt aangevuld met de volgende bepaling :

« - 0 % voor de verstrekking 683410 - 683421".

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

**Art. 4.** Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 24 augustus 2001.

---

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

**Consensusvergadering**  
**"Het doelmatig gebruik van antibiotica bij acute enteritis**  
**en bij acute urogenitale infecties in de ambulante praktijk"**  
**24.10.2001 – Congrespaleis in Brussel**

**Wetenschappelijk programma :**

Verbruikcijfers in België van antibiotica en in het bijzonder van de chinolonen en urinaire antiseptica – Resistentieprobleem en keuze van antibiotica – Resultaten van het systematisch literatuuronderzoek – Acute enteritis – Acute pyelonefritis – Acute cystitis – Acute prostatitis en epididymitis – Acute vulvovaginitis

**Accreditering aangevraagd**

**Inschrijvingen** : Geïnteresseerden kunnen schriftelijk een inschrijvingsformulier aanvragen bij het Comité voor Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen – RIZIV, t.b.v. de heer Herman Beyers, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel (faxnummer : 02/739.77.11, e-mail : herman.beyers@riziv.fgov.be).  
Opgelet : het aantal plaatsen is beperkt tot 250.

---

**Studiedag m.b.t. de somatoforme klachten bij kinderen**  
**"Niet zómaar ziek"**  
**26 oktober 2001 – Brussel**

**Programma** : Eating disorders in childhood – Chronisch recidiverende buikpijn bij schoolkinderen – Psychotherapie en baby's : psychotherapie in een notendop – De geboorte van een med-psycho-unit voor kinderen. Een unit kinderpsychiatrie binnen kindergeneeskunde – Sick and tired : Chronic Fatigue Syndrome in children and adolescents – De erfenis van de baron van Munchhausen : de relatie tussen artificiële aandoeningen en kindermishandeling.

**Plaats** : Auditorium P. Brouwer, Faculteit van het A.Z.-V.U.B., Laarbeeklaan 101 te 1090 Brussel

**Info** : Contactpersoon : Ann Crombé, Tel. : 02/477.57.14, Fax : 02/477.57.45, E-mail : ann.crombe@az.vub.ac.be

---

**6<sup>de</sup> IPICD (Interactive Pediatric Intensive Care Day)  
zaterdag 17 november 2001 – Brussel**

**Programma** : ● Rampenplanning en –management ● "Cost-benefit" van de PPI ● Meningococcemie – toekomstvisie ● Neonatologie ● Basic life support, guidelines 2001 ● Airway access & management ● Botperfusie, centrale catheters & tracheotomie ● Case report quiz & cardiologie ● Mechanische beademing voor gevorderden ● "Code Blue" ● Wiegendood

**Accreditering aangevraagd**

**Plaats** : Erasmus Hogeschool, AZ-VUB campus, Laarbeeklaan 121, 1090 Brussel

**Info** : tel. : 02/477.5864, fax : 02/477.5179, e-mail : pedrtj@az.vub.ac.be of dirk.danschutter@az.vub.ac.be

---

**EUROPEAN COURSE ON LAPAROSCOPIC SURGERY**

**LIVE DEMONSTRATIONS**

**November 27-30.2001**

University Hospital Saint-Pierre, Brussels

E-mail : coelio@resulb.ulb.ac.be

**Website** : www.lap-surgery.com or www.straeb-asmb.com

**Information** : Straeb-Asmb : E-mail : straeb.asmb@proximedia.be or asmb@belgacom.net

**2002 Courses : April 23-26 & November 19-22**

---

**Multidisciplinary Course on the Contemporary Management of Head and Neck Tumors  
March 2-10, 2002 – Mount Sinai Medical Center, New York**

**Course Description**

- A 9-day course focused on current concepts related to diagnosis, medical and surgical management and advanced multidisciplinary strategies for head and neck reconstruction.
- Experts in the field of head and neck oncologic surgery, head and neck reconstruction radiation oncology, medical oncology, diagnostic and interventional radiology, pathology and endocrinology.
- Laboratory dissections, roundtable discussions and "Lunch with the Professor".

**For further information** : Tonya Lewis – Course Coordinator, Tel. : 00.1.212.241.5944, Fax : 00.1.212.831.3700, Email : Tonya.Lewis@mssm.edu, Website : www.mssm.edu/ent

---

**AANKONDIGINGEN**

01065 **FRANCE** (région Sud-ouest – secteur II) : recherche confrère en vue succession – important fichier pouvant convenir à un ou deux dermatologues – laser CO2-puva – locaux neufs de standing – conditions à débattre : contacter Dr DESPINIS Régis – Tél. : 00.33/5.45.92.62.34 – Fax 00.33/5.45.92.65.67.

01068 **FRANCE** : **OPHTALMO SANS FRONTIÈRES** : s'adresser à Marcel Jouandet, F 85400 LUÇON. Tél. 00.33.2.51.56.15.43 ou fax : 00.33.2.28.14.01.96. E-mail : osf@wanadoo.fr. Site internet : opht-sans-frontières.org.

01070 **FRANCE** (Château-Thierry) : Deux **RADIOLOGUES** cherchent un associé en cabinet privé (Rx générale, vacations scanner et IRM). Forte activité dans de très bonnes conditions. Contact : Dr Cipel au 00.33.3.23.83.35.08.

01073 **OVER TE NEMEN** : private radiologische praktijk in Vlaams-Brabant. Tel. : 0475/23.07.63.

01076 **TE KOOP** : ECG (Kenz), spirometrie (Customed) en kleinere app.; wegens stop praktijk. Prijs O.T.K. Tel. : 09/345.62.70.

01079 **BRUSSEL** : Vacature van betrekking : Een betrekking van voltijdse dienstchef bij de dienst **RADIOLOGIE** van het U.V.C. Brugmann. Deze functie is toegankelijk voor vrouwen en mannen. Voorwaarden : De algemene en bijzondere toetredingsvoorwaarden voor deze betrekking, te vervullen op 10.11.2001 (afsluitingsdatum van de oproep) kunnen verkregen worden op gewone aanvraag te richten tot de Personeelsdienst van het U.V.C. Brugmann, A. Van Gehuchtenplein 4 te 1020 Brussel (tel. : 02/477.28.46). Wetenschappelijke aanhorigheid : De geneesheren van het ziekenhuiskader zijn lid van de universitaire gemeenschap. Ze zijn verbonden aan de Faculteit van Geneeskunde van de V.U.B. of van de "U.L.B." naargelang het geval. De kandidaatstellingen dienen schriftelijk en vóór 20.11.2001 's avonds gestuurd te worden naar het U.V.C. Brugmann, Personeelsdienst, A. Van Gehuchtenplein 4, 1020 Brussel.

01081 **FRANCE** : Recherche **PÉDIATRE** pour association en cabinet libéral avec accès en maternité (moyennant astreinte), sans rachat de clientèle, situé à 41100 Vendôme (Loir-et-Cher). Veuillez prendre contact avec le Dr F. GRILLAULT-LAROCHE - TEL. 0033-254800189 – Fax : 0033-254772991.

## Inhoudstafel

• "Het" .....	1
• Hoorzitting over de ziekenhuisfinanciering.....	2
• – Wetsvoorstel van 11 juni 2001 tot wijziging van de ziekenhuiswet, wat de inning van door gehospitaliseerde patiënten verschuldigde betalingen betreft.....	11
• – VBS-commentaar over het wetsvoorstel VANDEURZEN tot wijziging van de ziekenhuiswet wat de inning van door gehospitaliseerde patiënten verschuldigde bedragen betreft.....	15
• Hoegrootheid van de tegemoetkoming van de verzekering in BEF voor de verstrekkingen van de artikelen 35 en 35 bis van de nomenclatuur vanaf 1 oktober 2001 .....	19
• Nomenclatuurwijziging – Verstrekkingen bij kinderen.....	20
• Nomenclatuur oftalmologie en nefrologie .....	23
• Nomenclatuur neurochirurgie .....	25
• Wetenschappelijke vergaderingen .....	26
• Aankondigingen.....	27