
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het
Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren Specialisten

Verantw. uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecr. : J.V.d Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 -
Maandblad
N° Speciaal / Januari 2003
Afgifte Kantoor : Brussel 5

NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN VOOR 2003

Het nationale akkoord geneesheren-ziekenfondsen voor 2003 goedgekeurd door De Nationale Commissie Geneesheren-ziekenfondsen van 19 december 2002 werd op 20 januari 2003 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

De geneesheren kunnen tot uiterlijk 19 februari 2003 per aangetekend schrijven hun weigering tot toetreding tot het akkoord of hun gedeeltelijke toetreding tot het akkoord kenbaar maken aan het Riziv.

Een modelbrief voor weigering tot toetreding tot het akkoord of voor gedeeltelijke toetreding zijn beschikbaar op onze website <http://www.vbs-gbs.org>. Een dergelijke modelbrief kan eveneens telefonisch aangevraagd worden aan het secretariaat 02/649.21.47.

DERDE BETALERSREGELING (DBR) : DE MAAT IS VOL!

Hierna geven we een overzicht van de zeer complexe reglementering inzake DBR. Zoals deze vandaag wordt toegepast door het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) en door sommige verzekeringsinstellingen (VI), zouden de artsen er goed aan doen dit systeem nog zo weinig mogelijk te gebruiken.

Een kleine drie maanden geleden zond het NIC een aangetekend schrijven naar een aantal geneesheren-specialisten die op 1 januari 2002 uit de conventie waren getreden: *"Dokter, stuur ons binnen de 15 dagen uw akkoord om voortaan de RIZIV -tarieven voor de verstrekkingen gedekt door de DBR toe te passen volgens dezelfde voorwaarden als de verbonden geneesheren; zoniet kunnen de VI een einde stellen aan de toekenning van de DBR..* Het NIC verwees daarbij naar art 4bis, §4-1° van het KB van 10.10.1986.

Dat dreigement werd niet naar iedereen gestuurd. Alleen naar een selectief gezelschap, allicht gekozen omwille van een (vermeend) juridisch zwakkere positie? Het betrof in feite artsen die vroeger verbonden waren geweest en die zich er ooit, in tempore non suspecto, hadden toe laten verleiden een type - contract van het NIC te ondertekenen. De meeste van die contracten dateren van 1993. Ze vallen op door hun bijzonder omvangrijke bepalingen inzake voorwaarden en modaliteiten van beëindiging, mogelijke sancties, enz... die meer dan de helft van de tekst in beslag nemen. Men vraagt zich af wat het NIC wil aantonen met dat soort dreigementen? Dat de beoefenaars die gedurende het voorbije decennium braafjes verbonden waren gebleven, er beter hadden aan gedaan ab initio uit de conventie te treden, wetende dat ze ooit in hun bestaan, noodgedwongen door een zwaar anti - specialistisch besparingsbeleid, naar alternatieve middelen zouden moeten grijpen?

Op het ogenblik van verzending van die aangetekende brief was de termijn van het lopend akkoord bijna afgelopen. Een nieuw akkoord werd moeizaam op stapel gezet. Wetende dat de betrokken artsen al sedert het begin 2002 uit het akkoord waren getreden en dat DBR voor niet-verbonden artsen al negen jaar van toepassing was, leek het NIC- dreigement in feite absurd. Bovendien eiste het NIC het engagement om de RIZIV- tarieven na te leven wat een vorm van chantage is. Immers:

- het "RIZIV- tarief" is een gans ander begrip dan het "conventietarief" (volgens de opvatting van het NIC verliezen patiënten met bijzondere eisen waarvoor een supplement wordt gevraagd hun recht op

DBR).

- het aldus geëiste engagement overschrijdt bovendien de duur van het akkoord, zodat het verder geen zin meer zou hebben er nog een af te sluiten: de arts zou toch definitief verbonden zijn.

- en last but not least: dit was geenszins de voorwaarde die vermeld stond (en nog steeds staat) in het akkoord artsen – ziekenfondsen, ook niet in het nieuwste van 19.12.2002).

Wij hebben onze argumentatie schriftelijk betekend aan het NIC en hebben eraan toegevoegd dat het KB van 10.10.1986 procedures en opzegtermijnen voorziet die door de V.I. moeten nageleefd worden. We kregen als enig antwoord dat ons schrijven zou voorgelegd worden aan het "politiek college". Verdere berichtgeving kwam er niet... Zopas vernamen we echter dat een "zwarte lijst" (zo'n 200 van voornoemde ex- DBR- contractuelen) door het NIC werd overgemaakt aan de V.I. en dat sommige ziekenfondsen (zoals de Socialistische Mutualiteit regio Luik) zinnens zouden zijn om hen gewoon als "DBR niet toegelaten" te beschouwen. Blijkbaar legt het politiek college van het NIC de formele aanbeveling om het nieuwe akkoord toe te passen vanaf 1 januari 2003 naast zich neer.

Wij zullen niet nalaten om gebruik te maken van alle mogelijke en noodzakelijke gerechtelijke middelen om de eventuele schade ten gevolge van de DBR- weigeringen op grond van de onrechtmatige NIC-vereisten te verhalen op de betrokken V.I..

Besluit: een verwittigd zorgverlener denkt best tweemaal na alvorens een overeenkomst te sluiten met een V.I. in verband met de toepassing van de DBR. En als de mutualiteit het een conditio sine vindt om U de RDB toe te kennen, dan maar liever zonder!

DE "FACULTATIEVE" DERDE BETALERSREGELING (DBR): MET OF ZONDER? EN HOE?

1. Wat is "facultatieve" DBR?

Het KB van 10.10.1986 over de DBR voorziet drie soorten regimes m.b.t. DBR naargelang de aard van de verstrekkingen: verplicht, verboden, en toegelaten

a)-DBR-verplicht (art 5): ziekenhuisopname of hiermee gelijkgestelde tegemoetkomingen; de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen die verleend worden tijdens een hospitalisatie; de verstrekkingen van ambulante klinische biologie waarvoor de verzekeringsinstellingen de aan het RIZIV verschuldigde bedragen van de verzekeringstegemoetkomingen kunnen inhouden overeenkomstig het KB van 17 februari 1995; de verzekeringstegemoetkoming in het kader van de georganiseerde borstkanker-screening.

b)-DBR-verboden (art 6): raadplegingen (hoofdstuk II van de nomenclatuur); reiskosten; raadplegingen en preventieve behandelingen tandheelkunde; tandradiografieën (behalve opgenomen patiënten); ambulante conserverende verzorging tandheelkunde (behalve rechthebbenden jonger dan 18 jaar).

c)-DBR-toegelaten (= facultatief) art 4 en 4bis): alle andere verstrekkingen (ambulante patiënten en verstrekkingen met miniforfait of forfait ABCD- dagziekenhuis..

2. De "facultatieve" DBR kan in feite toegepast worden op basis van volgende modaliteiten (KB 10.10.1986):

a) –art 4: -onder de modaliteiten zoals die zijn vastgesteld in de RIZIV- akkoorden of overeenkomsten (titel III, hoofdstuk V van de gecoördineerde Wet geneeskundige verzorging en uitkeringen – afgekort: GVU- wet); het jongste akkoord artsen-ziekenfondsen (19.12.2002) voorziet zulke bepaling (punt 4.2 van het akkoord – zie verder);

-of bij gebreke bij bijzonder contract tussen de verzekeringsinstelling en de zorgverstrekker.

b) –art 4bis: De DBR kan anderzijds toegepast worden volgens de in dit artikel bepaalde toekenningsvoorwaarden en regelen (in feite voor verbonden artsen).

-Op het ogenblik van de aanvraag (te betekenen bij aangetekend schrijven bij elke V.I.of een door hen aangeduid gezamenlijk secretariaat) moet de zorgverlener toegetreden zijn tot het jongste akkoord artsen-ziekenfondsen; voor de deeltijds verbonden arts (beperking tot voorwaarden van tijd en plaats) mag de DBR slechts toegepast worden voor de verstrekkingen verricht in het raam van zijn

verbonden activiteit.

In het kader van de regeling onder art 4bis, kan de niet-verbonden arts ook DBR toepassen voor verstrekkingen verleend in het raam van een georganiseerde wachtdienst.

-De (verbonden) arts dient de DBR toe te passen voor alle rechthebbenden en voor alle verstrekkingen waarvoor deze regeling is toegestaan en die verricht worden in eenzelfde activiteitscentrum.

-Gedurende 3 jaar vóór de aanvraag mag de zorgverlener geen definitieve administratieve sanctie van het RIZIV (Beperkte Kamer, Commissie van Beroep) of van de Orde (schorsing van minstens 15 dagen, wegens ongeoorloofde ereloondeling of overconsumptie) hebben opgelopen, of een strafrechtelijke veroordeling i.v.m. onregelmatigheden ten laste van de Z.I.V.. Hij mag evenmin op het ogenblik van de aanvraag getroffen zijn door een DBR verbod (sanctie uitgesproken door de Controlecommissie van het RIZIV voor inbreuken op art 73 van de GVU- wet).

NB: voormelde RIZIV- organen en –sancties werden geschrapt door de recentste programmawet (wet van 18.12.2002 – BS 31.12.2002). Alleen de schorsing door de Orde en de strafrechtelijke veroordeling blijft bestaan voor de toekomst.

-De zorgverlener mag noch zelf, noch via iemand anders, noch rechtstreeks, noch onrechtstreeks reclame maken rond de toekenning van de DBR.

-Behoudens andersluidende modaliteiten in het akkoord, moet de zorgverlener ten laatste op het ogenblik dat hij het getuigschrift voor verstrekte hulp opstelt een kwijting of ereloonnota afleveren aan de rechthebbende met vermelding van het bedrag ten laste van de patiënt en van de V.I.

-De V.I. betekenen hun beslissing m.b.t. de aanvraag bij aangetekend schrijven binnen de 60 dagen; de DBR wordt ten vroegste toegepast op de eerste dag van de tweede maand volgend op de betekening van de beslissing (*dus ten vroegste 4 maanden na de aanvraag*).

3. De DBR van het akkoord van 19.12.2002.

Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 19 december jl. voorziet een specifieke bepaling (punt 4.2.) betreffende de DBR: *“De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toegetreden, voor zover ze het Nationaal Intermutualistisch College (IMC) kennis ervan geven dat ze de tarieven van het akkoord voor de door de derdebetalersregeling gedekte verstrekkingen zullen naleven onder dezelfde voorwaarden als de verbonden geneesheren.”*

Er is niets nieuws aan die bepaling. Ze staat al negen jaren in de akkoorden artsen-ziekenfondsen (sedert december 1993).

De arts die de DBR wenst toe te passen moet daarbij dus de tarieven van het akkoord naleven volgens dezelfde voorwaarden als de verbonden geneesheren. Wat dit precies betekent is niet meteen duidelijk. Er zijn immers voorwaarden die zeker niet voor niet-geconventioneerde artsen van toepassing kunnen zijn (zoals bvb. de eerste voorwaarde van art 4bis §1 van het KB 10.10.1986: toetreden tot het akkoord) . Vermits het gaat over “het naleven van de tarieven van het akkoord” (en niet de RIZIV-tarieven), en dit beperkt wordt tot “de door de DBR gedekte verstrekkingen”, mag men aannemen dat in geval van bvb. bijzondere eisen van de patiënt ook DBR kan toegepast worden (nb: het IMC gaat er echter vanuit dat alleen RIZIVtarieven in DBR kunnen). Buiten de in het akkoord voorziene uitzonderingen (bijzondere eisen, inkomensgrens) kunnen, juridisch gezien, geneesheren dus geen supplementen aanrekenen voor verstrekkingen die via DBR verrekend worden.

4. Hoe kan de DBR beëindigd worden?

De DBR kan ten allen tijde beëindigd worden door de **zorgverlener**. Er is geen enkel nadeel, geen enkele sanctie aan verbonden. De specifieke regeling van art 4bis voor de verbonden artsen voorziet een verplichte betekening bij aangetekend schrijven met een opzegtermijn van 3 maanden die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de deze van de verzending.

Voor de andere regelingen beschreven onder 2 hierboven is niets specifiek voorzien, tenzij deze modaliteiten van beëindiging die formeel werden opgenomen in de zgn. “bijzondere contracten” bedoeld bij art 4. Doch ook daar is de toestand nogal onduidelijk omdat in de loop van de tien voorbije jaren sommige ziekenfondsen individuele contracten hebben afgesloten als reactie op aanvragen ingediend in het kader van art 4bis, met opzegtermijnen en modaliteiten die niet dezelfde zijn als deze voorzien in art

4bis. Kortom, er bestaat een breed gamma van verbintenissen en engagementen, zelfs stilzwijgende die nooit in een geformaliseerd contract werden omgezet. En hoogst vermoedelijk zijn deze laatste de meest gebruikte. In de IMC contracten voor geconventioneerde artsen, die voor eerst zijn opgedoken in 1993, zijn bvb modaliteiten van beëindiging van rechtswege voorzien (bvb. uittreding uit de conventie), maar ook bij opzegging van en aan het IMC (termijn 6 maanden voor het IMC en 3 maanden voor de zorgverlener. Het zonderlinge is dat dit contract ook van rechtswege eindigt wanneer een akkoord (zoals het huidige) een specifieke bepaling over de DBR bevat die afwijkt van de bepalingen van dat contract (wat bvb het geval is voor de voorwaarde dat men moet toegetreden zijn tot de conventie). M.a.w. de DBR contracten van het IMC zijn in feite al vervallen sedert het akkoord van 13. 12.1993.

De toekenning van de DBR kan, volgens het KB, slechts beëindigd worden door de ziekenfondsen ten gevolge van “een gemotiveerde beslissing van de ziekenfondsen”. Dat één enkel ziekenfonds een einde zou kunnen stellen aan de DBR (tenzij individueel contract, in zoverre dit geldig is) is blijkbaar uitgesloten. Wel zijn de beslissingen slechts geldig als ze gemotiveerd zijn, en medegedeeld door de ziekenfondsen aan de betrokken zorgverlener bij aangetekend schrijven. Ze treden in werking de eerste dag van de tweede maand welke volgt op die van de verzending van de aangetekende brief met de betekening van de beslissing. (met mogelijkheid van verzet binnen de maand bij de arbeidsrechtbank).

Die **beëindiging** kan:

-als de **geconventioneerde zorgverlener** uit het akkoord treedt. Als er na een beëindigd akkoord geen nieuw akkoord tot stand komt, blijven in principe “de lopende derdebetalersovereenkomsten” gelden “behoudens collectieve opzegging door alle verzekeringsinstellingen samen”.

Het is duidelijk dat de betekening die het Intermutualistisch College enkele maanden geleden verzond onder het dreigement na 15 dagen de DBR stop te zetten voor een aantal gedeconventioneerde artsen, niet rechtsgeldig was. De gemotiveerde beslissing van de ziekenfondsen ontbrak, de opzegtermijn ontbrak, en de “tarieven van het akkoord” waren omgezet in “RIZIV-tarieven”, wat geenszins hetzelfde is.

-als de zorgverlener een definitieve sanctie oploopt (cfr supra – sub 2.b)). De zorgverlener kan opnieuw zijn aanvraag indienen zodra hij opnieuw voldoet aan de toekennings-voorwaarden.

5. En de “schorsing” van DBR?

De DBR kan echter ook **opgeschort (of “ingetrokken” - art 4bis §5)** worden voor max. 6 maanden of, in geval recidief binnen de 2 jaar, voor een periode van max. 3 jaar:

-als de arts een inbreuk heeft gepleegd op de bepalingen van een lopend akkoord artsen-ziekenfondsen.

-als de zorgverlener een van volgende bepalingen niet heeft nageleefd (cfr supra, 2.b).

-de DBR toepassen voor alle rechthebbenden en voor alle verstrekkingen van een zelfde activiteitscentrum;

-reclameverbod rond de toekenning van DBR;

-niet aflevering van het reglementair kwijtschrift of ereloonnota.

Ook hier moet de zorgverlener bij aangetekend schrijven in kennis gesteld worden van het voornemen van de verzekeringsinstellingen. De zorgverlener beschikt dan over 15 dagen om zijn bemerkings kenbaar te maken. De ziekenfondsen delen aangetekend hun met redenen omklede beslissing mede binnen de 2 maand, met vermelding van de duur van de maatregel.

Voorts voorziet het akkoord voor de verbonden arts een strafbepaling (punt 6.1.6.) waarvan de toepassing uit hoofde van de rechthebbende kan gevorderd worden, in geval van overschrijding van de bij het akkoord vastgestelde honoraria, met name een vaste vergoeding van driemaal het bedrag van de overschrijding met een min. van 12€, bovenop de administratieve boete van driemaal het bedrag van de overschrijding, met een min. van 125 €, ingevoerd door de wet van 22.08.2002 (BS 10.09.2002).

Deze bepaling is evenwel **uitsluitend bedoeld voor de verbonden artsen**, en niet voor artsen die de conventie geweigerd hebben. Het is evenwel niet onmogelijk dat een ziekenfonds het aanrekenen van een supplement bovenop het conventietarief zou interpreteren als een inbreuk zoals bedoeld bij art 4bis §5 (die aanleiding geeft tot tijdelijke intrekking van DBR).

Er is nochtans een duidelijk verschil tussen de DBR voor verbonden en die voor niet-verbonden artsen. Bij de verbonden artsen (art 4bis §1, 1^o en 2^o) geldt de DBR voor de verstrekkingen verricht in het raam van hun verbonden activiteit, voor alle rechthebbenden en voor alle verstrekkingen waarvoor de DBR is toegestaan. Voor niet-verbonden artsen geldt dit alleen voor “de door de DBR gedekte verstrekkingen”.

6. En zonder DBR?

Het is duidelijk dat de DBR voor verbonden zorgverleners meer “contraintes” bevat dan voor hun niet verbonden collegae. Zeker is dit het geval voor de artsen die gedeeltelijk verbonden zijn: hun niet-verbonden activiteit is sowieso uitgesloten van de DBR en hun geconventioneerde activiteit valt bovendien onder de verplichting de DBR toe te passen voor alle verstrekkingen en voor alle rechthebbenden van eenzelfde activiteitencentrum.

De recentste incidentjes met het Nationaal Intermutualistisch College, hebben in elk geval formeel aan het licht gebracht dat DBR combineren met honorariumsupplementen onmogelijk is. Dus lijkt het evident dat niet- of gedeeltelijk verbonden artsen beter overstappen naar alternatieve betaalmechanismen. Wat de laatste categorie zorgverleners betreft kan het misschien zelfs meer armslag bieden ook voor de verbonden activiteit van de DBR af te stappen. Immers, als de “vlottende” conventietarieven felle schommelingen ondergaan, blijft desondanks de uitstapregeling van de DBR (reële duur van de opzeg: drie à vier maanden) relatief lang voor de gedeeltelijk verbonden arts; de geringste “inbreuk” op de als maar ingewikkeldere ZIV- of conventieregels bezorgt hem mogelijks bijkomende DBR- narigheden. En als hij tenslotte uit de conventie wil treden, hangt hij al meteen af van de willekeur van de ziekenfondsen die zelf de DBR kunnen opzeggen.

Andere betalingsmechanismen zijn:

-contante betaling of betaalautomaat (bankkaart + inlezing SIS- kaart): betaling met aflevering getuigschrift.

-uitgestelde contante betaling: aflevering of nasturing getuigschrift (binnen termijn 2 maand) + nasturing factuur (betaling giraal)

-combinatie van beide: gedeeltelijk contante betaling (voorschot of inning van het verplicht remgeld klinische biologie met ontvangstbewijs) + navordering van het saldo + aflevering of nasturen getuigschrift (binnen termijn 2 maand).

Vermoedelijk zal de verstandigste werkwijze er in bestaan de verscheidene betaalsystemen gezamenlijk aan te bieden. Het laatste systeem zal vermoedelijk de meest geëigende procedure zijn in een instelling wanneer de aanmelding en/of de contante betaling aan een kassa gebeurt die architectonisch van de dienst zelf verwijderd is.

Vb: inschrijving bij centrale kassa met betaling van een voorschot (bvb identiek standaardbedrag of remgeld + supplement). Patiënt ontvangt een geëigend formulier in duplo voor betalingsverbintenis dat tevens als ontvangstbewijs geldt van het voorschot, en waarmee hij zich aanmeldt voor verzorging in de dienst. Na verzorging wordt het getuigschrift afgeleverd. Op het formulier worden tevens de nomenclatuurcodenummers en het te betalen saldo vermeld. Hierna vb. van betalingsverbintenis:

*“Ontvangen van ondergetekende (naam, voornaam, adres) een voorschot van.....€ voor geneeskundige verstrekkingen op datum.....codenrs.....
waarvoor het verzorgingsgetuigschrift werd afgeleverd (1) / wordt nagestuurd (1).
Het saldo, nl.....€ wordt door ondergetekende binnen de veertien dagen
-betaald aan de centrale kassa (1)
-gestort op rekening nr.....(formulier in bijlage) (1°*

Aldus opgemaakt te..... op.....

Handtekening patiënt

NB: indien de precieze codenummers en het saldobedrag niet meteen kunnen vermeld worden, kan het duplo van het ingevuld voorschotformulier nagestuurd worden samen met het verzorgingsattest.

Een betalingsverbintenis is slechts rechtsgeldig wanneer ze het juiste verschuldigde bedrag vermeldt.

Tenslotte vermelden we nog dat sommige externe facturatie- en invorderingsbureau's die met de nodige know-how en technische ervaring (en tegen voordeligere betaling dan de meeste ziekenhuisbeheerders) instaan voor gecomputeriseerde DBR- verwerking, op even efficiënte wijze hun diensten kunnen bieden voor facturatie en betalingsopvolging in het kader van uitgestelde contante betaling.

7. En de sociale dimensie?

Uiteraard moet ook rekening gehouden worden met bijzondere sociale situaties. De RIZIV-reglementering heeft dit trouwens ook voorzien voor een aantal gevallen waarop om sociale redenen kan afgeweken worden van het DBR- verbod (bvb. raadplegingen, tandradiografie, enz...). De omzendbrief

V.I. nr 87/150 van 7.05.1987 geeft een opsomming van die afwijkingen (volledige lijst op eenvoudige aanvraag bij ons secretariaat) waaronder wij er enkele aanstippen die niet aan welbepaalde instellingen of types van zorgverlening gekoppeld zijn, doch zich in een bredere waaier van zorgsituaties kunnen voordoen. Het ligt immers voor de hand dat het in deze gevallen ethisch niet verantwoord is supplementen aan te rekenen en/of contante inning toe te passen:

-rechthebbenden waarvan de mutualiteitsgegevens de vermelding "Derdebetalersregeling" vermelden. (bvb. rechthebbenden met bestaansminimum).

-rechthebbenden die zich in een individuele financiële nood situatie bevinden. Het betreft situaties waarin de sociaal verzekerde niet direct kan betalen en een uitgestelde betaling niet mogelijk is of niet aangewezen is om sociale redenen.

(Vbn: - toxicomanen die zich buiten een centrum laten verzorgen, wanneer de arts oordeelt dat het risico bestaat dat de verzekeringstegemoetkoming die aan de betrokkene wordt uitbetaald, zal worden besteed aan de aankoop van drugs;

-rechthebbenden die om deugdelijke redenen wensen dat de factuur niet ter betaling wordt aangeboden aan de gerechtigde die het recht doet ingaan;

-personen die niet voldoende eigen bestaansmiddelen, d.w.z. met een inkomen gelijk aan of lager dan het bestaansminimum zonder hierop recht te hebben).

NB: die bepaling mag er niet toe leiden dat de DBR wordt toegepast voor patiënten die zich bij het verlenen van verzorging toevallig in de onmogelijkheid bevinden om contant te betalen, maar die over voldoende middelen beschikken om zich via andere betalingsmodaliteiten van hun schulden te kwijten.

Voor deze gevallen kan de DBR toegepast worden op grond van een verklaring op eer van de patiënt of van de arts. Onze voorkeur gaat naar volgende verklaring van de patiënt:

"Ik verklaar op mijn erewoord dat ik mij bevind in een situatie waarin de reglementering inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering de toepassing van de derdebetalers-regeling mogelijk maakt."

Deze verklaring kan bij het getuigschrift gevoegd aan het ziekenfonds gericht worden.

Het ligt voor de hand dat hiervan geen oneigenlijk (en dus geen systematisch) gebruik kan gemaakt worden.

Voor alle nadere inlichtingen m.b.t.dit artikel kan u terecht bij ons technisch bureau (tel.02/649.21.47, fax 02/649.26.90 of mail naar: info@vbs-gbs.org).

GECOORDINEERDE TEKSTEN AANGAANDE DE LEIDING EN DE PERMANENTIES IN DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG EN MUG

(met inbegrip van het KB 25/11/2002 - BS 21/12/2002)

GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG

Diensthof

Art. 8. Een erkend geneesheer - specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde en voltijds aan het ziekenhuis verbonden, is geneesheer - diensthof van de functie. Hij besteedt meer dan de helft van zijn werktijd aan de activiteit in de functie en aan de permanente vorming van het personeel van zijn functie.

De geneesheer-diensthof, bedoeld in dit artikel kan tergelijktijd de geneesheer zijn die de leiding heeft van de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG), zoals bedoeld in artikel 5 van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.

De medische permanentie

Art. 9.

§ 1. De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden, geneesheer met één van de volgende kwalificaties:

1° een geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde;

2° een geneesheer-specialist in opleiding om de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde te behalen;

3° een geneesheer die de opleiding, bedoeld in artikel 5, § 2, 2°, b), van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneeskunde gevolgd heeft (*ttz de zgn brevetist*)

§ 2. Het aantal geneesheren dat deelneemt aan de medische permanentie moet worden aangepast aan de intensiteit van de activiteit van de functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg». Voor die aangepaste permanentie komen in aanmerking de in § 1 bedoelde geneesheren-artsen alsook de geneesheren-specialisten en de kandidaat-geneesheer-specialisten met minstens twee jaar opleiding, in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneeskunde. (*ttz. de geneesheren specialisten en de kandidaat geneesheren – specialisten van de 13 basisspecialismen*)

§ 3. De in § 1 en § 2 bedoelde geneesheren verzekeren de medische permanentie uitsluitend in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" en mogen, met uitzondering van de toepassing van het tweede lid, tegelijkertijd geen andere medische permanentie uitvoeren, zoals bedoeld in artikel 14 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden en in artikel 6 van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" moeten voldoen om te worden erkend".

Indien er op de bedoelde vestigingsplaats een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg", een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) en een functie voor intensieve zorg worden uitgebaat, mogen de geneesheren die de permanentie waarnemen in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" tegelijkertijd de medische permanentie waarnemen in de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG), als bedoeld in artikel 6 van het voornoemde koninklijk besluit van 10 augustus 1998, voorzover een bijkomende geneesheer, die beantwoordt aan de vereisten bedoeld in § 1, in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" aanwezig is binnen vijftien minuten nadat de eerstgenoemde geneesheer de bedoelde functie heeft verlaten ingevolge een oproep van de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG). Zolang die geneesheer niet ter plaatse is, dient een geneesheer die, met toepassing van de artikelen 14 en 15 van het voornoemde koninklijk besluit van 27 april 1998, de permanentie waarneemt in de functie voor intensieve zorg, eveneens de permanentie waar te nemen in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg".

De in § 1, bedoelde geneesheren mogen tegelijkertijd de permanente aanwezigheid vervullen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4°, van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van ziekenhuisgroeperingen en bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

§ 4. De medische permanentie in de gespecialiseerde functie voor spoedgevallen moet 24 uur op 24 waargenomen worden.

§ 5. De geneesheren die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie in een ziekenhuis vervullen. »

Art. 10. § 1. De geneesheer die de permanentie waarneemt moet d.m.v. vooraf opgestelde modaliteiten te allen tijde minstens beroep kunnen doen op :

1° een geneesheer - specialist in de inwendige geneeskunde; 2° een geneesheer - specialist in de heelkunde; 3° een geneesheer - specialist in de anesthesiologie en reanimatie; 4° een geneesheer - specialist in de röntgendiagnose; 5° een geneesheer - specialist in de pediatrie; 6° een geneesheer - specialist in de orthopedische heelkunde; 7° een geneesheer - specialist in de gynaecologie - verloskunde; 8° een geneesheer - specialist in de otorhinolaryngologie; 9° een geneesheer - specialist in de oftalmologie; 10° een geneesheer - specialist in de psychiatrie of de neuropsychiatrie; 11° een geneesheer - specialist in de neurologie of de neuropsychiatrie.

§ 2. De in § 1 bedoelde geneesheren moeten binnen de kortst mogelijke tijd na de oproep ter plaatse kunnen zijn.

HOOFDSTUK IV. - Overgangsmatregelen

Art. 13. §1. Tot 31 december 2005 kan het in artikel 8 bedoelde diensthoofd ook een geneesheer-specialist zijn, in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van voornoemd ministerieel besluit van 12 november 1993.

§ 2. Gedurende de in § 1, bedoelde periode kan de medische permanentie ook worden waargenomen door een geneesheer-specialist in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van hoger vermeld ministerieel besluit van 12 november 1993.

§ 3. Gedurende de in § 1 bedoelde periode mag de medische permanentie eveneens worden waargenomen door een kandidaat-geneesheer-specialist in opleiding, in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van hoger vermeld ministerieel besluit van 12 november 1993 voorzover deze ten minste twee jaar opleiding heeft genoten, dat de dienst waarin hij de permanentie waarneemt is opgenomen in zijn stageprogramma en dat hij in een spoedgevallendienst of een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" vertrouwd werd gemaakt met alle aspecten van reanimatie en dringende geneeskundige behandeling.

§ 4. De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kan de in §§ 1, 2 en 3 bedoelde overgangstermijnen verlengen indien zou blijken dat bij het verstrijken van deze termijnen nog niet voldoende geneesheren beantwoorden aan de voorwaarden bedoeld in de artikelen 8 en 9 van dit besluit.

MOBIELE URGENTIEGROEP (MUG)

Diensthoofd

Art. 5. De geneesheer die de leiding van de functie heeft moet een geneesheer - specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde en voltijds aan het ziekenhuis of aan één der ziekenhuizen van de associatie verbonden zijn.

De geneesheer die de leiding van de functie heeft zoals bedoeld in dit artikel, kan tegelijkertijd het geneesheer-diensthoofd van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" zijn, zoals bedoeld in artikel 8 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 tot vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

Medische permanentie

Art. 6. § 1. Onverminderd de bepalingen inzake de beschikbaarheid van het medisch personeel van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg", moet de MUG - functie instaan voor een eigen medische permanentie 24 uur op 24.

§ 2. De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden, geneesheer met één van de volgende kwalificaties :

1° een geneesheer - specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde

2° een geneesheer - specialist in opleiding om de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde te behalen;

3° een geneesheer die de opleiding, bedoeld in artikel 5, § 2, 2°, b), van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren - specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemeesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde gevolgd heeft, (*ttz de zgn brevetist*)

De in deze paragraaf bedoelde geneesheren mogen evenwel tegelijkertijd de permanente aanwezigheid vervullen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4°, van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van de aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van ziekenhuisgroeperingen en de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

De geneesheren die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie in een ziekenhuis vervullen.

De in deze paragraaf bedoelde geneesheren verzekeren de medische permanentie in de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG). Zij kunnen niet tegelijkertijd de medische permanentie waarnemen als bedoeld in artikel 14 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om te worden erkend. Zij kunnen evenmin tegelijkertijd de

medische permanentie waarnemen, als bedoeld in artikel 9, § 3, van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden, tenzij zulks gebeurt met inachtneming van de voorwaarden bepaald in het tweede lid van die bepaling.

In het geval de permanentie wordt waargenomen door een geneesheer welke niet een geneesheer-specialist is zoals bedoeld in artikel 2, § 1, van voornoemd ministerieel besluit van 12 november 1993 en er op de vestigingsplaats waar de vertrekplaats zich bevindt, zich eveneens een erkende functie voor intensieve zorg bevindt, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden, dient een geneesheer-specialist, bedoeld in artikel 2, § 1, van voornoemd ministerieel besluit, aanwezig te zijn op bedoelde vestigingsplaats.

Overgangsbepalingen

Art. 18. § 1. Tot 31 december 2005 kan het in artikel 5 bedoelde diensthof ook een geneesheer-specialist zijn in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van het voornoemde ministerieel besluit van 12 november 1993.

§ 2. Gedurende de in § 1, bedoelde periode kan de medische permanentie ook worden waargenomen door een geneesheer-specialist in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van hoger vermeld ministerieel besluit van 12 november 1993.

§ 3. Gedurende de in § 1 bedoelde periode mag de medische permanentie eveneens worden waargenomen door een kandidaat-geneesheer-specialist in opleiding in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van hoger vermeld ministerieel besluit van 12 november 1993 voorzover deze ten minste twee jaar opleiding heeft genoten, dat de dienst waarin hij de permanentie waarneemt is opgenomen in zijn stageprogramma en dat hij in een spoedgevallendienst of een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" vertrouwd werd gemaakt met alle aspecten van reanimatie en dringende geneeskundige behandeling.

§ 4. De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kan de in §§ 1, 2 en 3 bedoelde overgangstermijnen verlengen indien zou blijken dat bij het verstrijken van deze termijnen nog niet voldoende geneesheren beantwoorden aan de voorwaarden bedoeld in de artikelen 5 en 6 van dit besluit.

KINESITHERAPIE

25 NOVEMBER 1996. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de regelen inzake het bijhouden van een verstrekkingenregister door de zorgverleners bedoeld in artikel 76 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (kinésithérapeut) en tot bepaling van de administratieve geldboetes in geval van inbreuk op deze voorschriften. – Gewijzigd door het KB 11/11/2002 – BS van 13/12/2002)

De wijzigingen zijn cursief gedrukt

Art. 3. De verstrekkingen *die de zorgverlener (de kinésithérapeut - nota van de redactie) heeft verleend en die hij heeft verleend onder toezicht van de geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde of voor fysiotherapie* (KB 11/11/2002 BS 13/12/2002) worden ingeschreven in het verstrekkingenregister per gewerkte dag.

De volgende gegevens worden vermeld in het register :

- 1° de datum waarop de verstrekkingen zijn verricht;
- 2° het aanvangsuur van de eerste verstrekking en het einduur van de laatste verstrekking;
- 3° naam en voornaam van de rechthebbenden;
- 4° de aard van de verleende verstrekkingen, gedefinieerd op grond van het nomenclatuurnummer van de verstrekkingen, bedoeld in de artikelen 23, § 2, of 35 van de gecoördineerde wet;
- 5° Wanneer de zorgverlener zijn activiteit uitoefent zowel in zijn spreekkamer of in de hoofdverblijfplaats van de rechthebbenden als in één of meerdere behandelingscentra, en hij heeft gekozen voor het enig register bedoeld in artikel 4, 2 lid, vermeldt hij eveneens in dit register, op een duidelijk identificeerbare wijze, zelfs onder een samenvattende of verkorte vorm, *de plaats van elke verstrekking die hij heeft verleend en die hij heeft verleend onder toezicht van een geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde of voor fysiotherapie.*

**Multidisciplinair oncologisch consult in voege vanaf 01/02/2003
KB 25/11/2002 – BS 13/12/2002**

350372 – 350383 Schriftelijk verslag van een multidisciplinair oncologisch consult met deelname van minstens drie geneesheren van verschillende specialismen onder leiding van een geneesheer-coördinator, met beschrijving van de diagnose en van het behandelingsplan K 80

350394 – 350405 Deelname aan multidisciplinair oncologisch consult K 17

350416 – 350420 Deelname aan multidisciplinair oncologisch consult door de behandelende arts die geen deel uitmaakt van de ziekenhuisstaf K 25

De verstrekking 350372 - 350383 wordt schriftelijk aangevraagd door de behandelende erkende huisarts of de algemeen geneeskundige met verworven rechten of behandelende geneesheer-specialist, met uitsluiting van de geneesheer-specialist in de anatomopathologie, de klinische biologie en de roentgendiagnose.

Deze verstrekking gaat verplicht vooraf :

- aan elke oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen en/of
- - aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks en/of
- - aan elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekerings-tegemoetkoming door de Technische raad voor farmaceutische specialiteiten werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult.

Deze verstrekking wordt geattesteerd door de geneesheer-coördinator en wordt slechts éénmaal per kalenderjaar vergoed, behalve indien door de wetgeving anders bepaald.

De verstrekking 350394 - 350405 is aanrekenbaar door maximum drie geneesheren-specialisten van verschillende specialismen, uitsluitend ter gelegenheid van de verstrekking 350372 - 350383.

De verstrekking 350416 - 350420 is aanrekenbaar uitsluitend ter gelegenheid van de verstrekking 350372 - 350383 en dekt tevens de verplaatsingskosten

De verstrekkingen 350372 - 350383, 350394 - 350405 en 350416 - 350420 zijn onderling niet cumuleerbaar door dezelfde verstrekker.

Aan het multidisciplinair oncologisch consult dienen minstens drie geneesheren van verschillende specialismen deel te nemen, waarvan één een bijzondere ervaring in de oncologische chirurgie of in de medische oncologie heeft of erkend is als geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie, en waarvan één de functie van coördinator uitoefent en het verslag opmaakt.

De verstrekkingen 350372 - 350383, 350394 - 350405 en 350416 - 350420 vereisen de gelijktijdige fysische aanwezigheid van de verschillende deelnemende geneesheren.

Het honorarium voor de verstrekking 350372- 350383 dekt tevens de kosten voor de geüniformiseerde registratie van de oncologische aandoening op een standaard-formulier, opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, voor elke nieuwe patiënt.

Het schriftelijk verslag, met weergave van de namen van de deelnemende geneesheren en van de aanvragende geneesheer, met diagnose en behandelingsplan, opgesteld door de geneesheer-coördinator, wordt overgemaakt aan alle geneesheren die aan het consult hebben deelgenomen, aan de aanvragende geneesheer, aan de huisarts van de patiënt en aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

TARIEF

Codenummer	Honoraria	Tegemoetkoming Ambulant		Tegemoetkoming Gehospitaliseerd	
		Rechthebbende Met voorkeurregeling	Rechthebbende zonder voorkeurregeling	Rechthebbende Met voorkeurregeling	Rechthebbende zonder voorkeurregeling
K= 1,005368 350372 350383 =K	80	80,43	80,43	80,43	80,43
K= 1,005368 350394 350405 =K	17	17,09	17,09	17,09	17,09
K= 1,005368 350416 350420 =K	25	25,13	25,13	25,13	25,13

Inhoudstafel

• Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen voor 2003	1
• Derde betalingsregeling (DBR) : de maat is vol!.....	1
• Gecoördineerde teksten aangaande de leiding en de permanenties in de gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG	6
• Kinesithérapie	9
• Multidisciplinair oncologisch consult in voege vanaf 01/02/2003.....	10