

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen van  
Geneesheren Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS  
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof  
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel  
Tel. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : [info@VBS-GBS.org](mailto:info@VBS-GBS.org)

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 8 / NOVEMBER 2002**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## DERDE BETALERSREGELING

*Tallose niet-geconventioneerde geneesheren ontvingen eind september - begin oktober jl. een aangetekend schrijven van het Nationaal Intermutualistisch College waarbij hen op straffe van uitsluiting uit de derde betalingsregeling gevraagd werd een verklaring te ondertekenen volgens dewelke ze er zich onvoorwaardelijk toe zouden verbinden de RIZIV-tarieven na te leven in het kader van de derdebetalingsregeling. In het kader van een gezamenlijke actie hebben VBS en BVAS hierop onze collegae uitdrukkelijk de raad gegeven het voorgestelde formulier niet te ondertekenen. Inmiddels verstuurd we tevens hierna volgende (open) brief aan het N.I.C. . Dit laatste antwoordde kort nadien dat het probleem zou voorgelegd worden aan haar "Politiek college" dat ons zijn standpunt zou mededelen. Wij zullen niet nalaten u hiervan, zodra mogelijk, op de hoogte brengen, samen met de gepaste richtlijnen wat betreft de houding die de individuele artsen in dit verband zouden moeten aannemen (gelieve eventueel op te volgen via de website [www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org) ).*

*Vanuit sommige specialismen werd nu reeds geopteerd voor de algemene stopzetting van de derde betalingsregeling in het kader van de ambulante zorg, behoudens voor sociale categorieën van patiënten. Het ligt immers voor de hand dat, gelet op het huidige budgettaire beleid en de automatische recuperatie bewegingen en tariefverminderingen in geval van risico van budgetoverschrijding, het systeem van contante betaling een ruimere zekerheid biedt.*

---

Aan het Nationaal Intermutualistisch College  
Commissie "Derde betalende"  
Mevrouw N. BADIE, Secretaris  
Stwg op Charleroi 145  
1060 BRUSSEL

**OPEN BRIEF**

Brussel 03.10.2002

Geachte Mevrouw,

Betreft: uw aangetekende brieven aan tal van collegae betreffende de Derdebetalingsregeling.

Wij bevestigen u hiermede dat wij alle niet-verbonden collegae uitdrukkelijk de opdracht geven de door u voorgestelde verbintenis niet te ondertekenen. De redenen daartoe zijn de volgende:

1. de verbintenis die u wenst op te leggen houdt in dat de betrokken artsen zich ertoe moeten verbinden de RIZIV- tarieven na te leven. Aangezien echter de conventie verstrekt op 31.12. 2002 kan er geen sprake van zijn zich te verbinden t.o.v. tarieven waarvan het bedrag vanaf 1.01.2003 ongekend is en die hoe dan ook in ruime mate zullen afhangen van eenzijdige beslissingen van de Overheid.
2. U vervangt de verbintenis door de "RIZIV"tarieven. Dit houdt een onaanvaardbare inbreuk in op het akkoord artsen - ziekenfondsen.,  
Door deze formulering miskent U ondermeer het punt L §5 van het akkoord van 18.12.2000 dat stipuleert dat de in het akkoord vastgestelde hoegrootheden van honoraria en reisvergoedingen niet moeten worden toegepast voor rechthebbenden met een hoog belastbaar inkomen U miskent ook het bestaan van de bijzondere eisen die door patiënten kunnen worden gesteld (punt L §§ 3en 4 van het akkoord van 18.12.2000). Deze eisen geven eveneens aanleiding tot een mogelijks verhoogd tarief. U weigert met deze essentiële bestanddelen van een bilaterale overeenkomst rekening te houden.
3. De juridische situatie waarnaar u verwijst in uw aangetekend schrijven, met name art 4bis §4 – 1° van het KB van 10.10.1986 is in casu geenszins een geldige rechtsgrond waarop u zich kunt beroepen om voormeld engagement af te dwingen onder het dreigement van uitsluiting uit de derdebetalersregeling. U past trouwens voormelde bepalingen zelf niet toe, aangezien onder geen enkele vorm een gemotiveerde beslissing van de verzekeringsinstellingen medegedeeld werd aan de betrokken artsen. Bovendien is het u sedert maanden bekend welke artsen uit de conventie zijn getreden, zodat u sedert maanden voor de betrokken artsen de derdebetaler hebt toegepast, wat onbetwistbaar gebeurde op een andere juridische basis dan deze waarop u zich nu beroept.

Gelet op het voorgaande zult u begrijpen dat wij op collectieve wijze de gerechtelijke ondersteuning zullen organiseren voor mogelijke schade die individuele artsen zouden kunnen ondervinden ten gevolge van uw plots voornemen tot schorsing van de derdebetalersregeling.

Wij willen u erop wijzen dat verscheidene sectoren te kampen hebben met budgettaire moeilijkheden en dat het financieel evenwicht van een hoogstaande kwaliteitszorg onmogelijk is aan de huidige conventietarieven.

U begrijpt dan ook dat het ten zeerste ongepast is om op dit ogenblik van de betrokken artsen engagementen af te dwingen m.b.t. toekomstige tarieven waarvan men vandaag reeds met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid kan voorspellen dat ze op korte termijn tot onhoudbare toestanden zullen leiden.

De keuze is dus duidelijk: zo u de verzonden ingebrekestellingen handhaaft, dan zullen wij alle artsen oproepen om onmiddellijk een einde te stellen aan het gebruik van de derdebetalersregeling in alle situaties waar dit mogelijk is en sociaal aanvaardbaar.

Het wordt hoog tijd om een gepaste sociaal haalbare en redelijke regeling voor de nabije toekomst uit te werken.

Met de meeste hoogachting,

Dr. M. Moens  
Ondervoorzitter BVAS  
Secretaris-generaal VBS

Prof. Dr. J. Gruwez.  
Voorzitter VBS

Dr. J. de Toef  
Voorzitter BVAS

## OPEN BRIEF VAN DE GYNECOLOGEN

Brussel, 3 oktober 2002

**Betref:** Ereloon aanpassing **VERLOSKUNDIGE VERSTREKKINGEN**  
Nakende onderhandelingen 'Akkoord artsen-ziekenfondsen' binnen de "**Medico-mut**"  
Of ... "**GEZOCHT: VERLOSKUNDIGE M/V**"

Het lijkt misschien voor sommigen ongepast om in een periode van ruime budgetoverschrijding in de gezondheidszorg en terwijl diverse actoren prioriteitslijsten of/en achterstallige kostennota's opstellen, als beroepsvereniging van de gynaecoloog-verloskundige, opnieuw de aandacht te willen vestigen op vergoedingen binnen de nomenclatuur verloskunde.

De wetenschap dat de vraag naar deze herwaardering reeds bij de twee voorgaande onderhandelingen ter tafel lag, zou zelfs van een ongehoorde eis kunnen doen spreken. Ware er niet de feitelijke verwerping van de vraag naar verdubbeling van deze honoraria, daar toen amper enkele procenten, met in begrip van de indexaanpassingen, aan dit deel van de RIZIV-nomenclatuur werd toebedeeld.

Voorbeelden van ruime terugbetalingstarieven in andere disciplines voor prestaties die geenszins de vergelijking met het delicaat verloskundig medisch handelen kunnen doorstaan worden door ons niet aangehaald. Dit zou een gebrek aan fairplay betekenen en de cohesie onder de artsen in het gedrang brengen.

Evenmin uiten we kritiek op de actuele vraag van de huisartsen om hun honorarium voor de intellectuele prestaties drastisch te verhogen. Wel integendeel, ook wij ijveren sedert jaren voor de reeds zolang aangekondigde herijking van de erelonen. Hun vraag is immers terecht of het toelaatbaar is dat negen jaren hogere studies mogen uitmonden in een beschamend laag dagloon.

De oude eis van onze beroepsgroep naar een billijke opwaardering voor de verloskundige prestaties met de invoering van een nacht- en weekendtarief (de verloskundige prestaties blijven hier de absoluut enige uitzondering), blijft echter op basis van degelijk onderbouwde argumentatie jammergenoeg brandend actueel.

De verloskunde is immers in een adembenemende vaart dermate geëvolueerd dat het dé medische discipline bij uitstek is geworden, die het meest lijdt onder de medicolegale druk. Navenant weegt het prijskaartje van de verzekeringspremie loodzwaar. Concreet betalen op dit ogenblik tientallen gynaecologen een premie met het officiële ereloon van 40 bevallingen. De verloskunde bevindt zich qua risicofactor op het hoogste (en eenzame) niveau 6, dit is hoger dan cardio- en neurochirurgie!

Gaandeweg werd de verloskunde voor velen een (te) riskante onderneming, ondanks een wellicht defensievere verloskundige zorg, zelf voortvloeiend uit de overmaat aan schadeclaims.

En ondanks ministeriële beloftes bleef het "no-fault"-systeem tot heden dode letter, ook al werd de daaraan gekoppelde patiëntenrechtenwetgeving doorgevoerd.

In de sommige omringende landen vindt men nog amper gynaecologen die dit delicate deel van het specialisme willen uitoefenen. Daar is het zo boeiende, gevarieerde en sterk klinisch gerichte vak dat verloskunde heet, onder de toenemende medicolegale druk herleid tot een vak voor kamikazepiloten. En daar blijkt uitgerekend de vergoeding voor de verloskundige prestaties wel redelijk.

Deze extreme situatie is er in ons land nog niet, maar wordt zonder bijsturing onvermijdelijk. Via de wetenschappelijke verenigingen ontwikkelde de beroepsgroep sedert jaren talrijke initiatieven om zowel te inventariseren (Studiecentrum Perinatale Epidemiologie) en in consensus evidence based te werken (Richtlijnen en aanbevelingen). Hierdoor verhoppen we preventiemodellen te kunnen uitwerken, teneinde de hooggestelde patiëntendruk tegemoet te komen.

Het plethoraprobleem bereikt ondertussen een schrijnend hoogterecord. De voorziene contingentering vanaf 2004 komt ook voor ons geen jaar te vroeg, temeer daar de echte effecten pas tegen 2009 op het terrein merkbaar zullen zijn. Dit heeft tot gevolg dat steeds meer

gynaecologen steeds minder bevallingen verrichten. En dat heeft niet alleen nadelige gevolgen op het vlak van inkomsten, doch leidt onvermijdelijk tot tekort aan -letterlijk- levensnoodzakelijke klinische ervaring.

De maatschappij moet verder een bevoorrechte plaats geven aan zwangerschap en geboorte, als ze voor de toekomst overlevingsgaranties wenst. Wil men de huidige evolutie van denataliteit keren, wil men echt eerbied opbrengen voor de toekomst van de gemeenschap, dan dient daarin ook te worden geïnvesteerd. Een kwaliteitsvolle "moeder en kind" -zorg blijven garanderen is hiertoe vanzelfsprekend.

Die wil moet politiek vertaald worden in het vrijmaken van extra middelen, om de actoren, verantwoordelijk voor het allervroegste en meest cruciale moment van elk mensenleven, professioneel, gemotiveerd en toegewijd te kunnen laten handelen.

Het budget verloskunde is trouwens in vergelijking met de portefeuilles van andere disciplines bijna verwaarloosbaar. Zijn zorg voor het ongebooren kind en voor geboorte soms tweede- of derde-rangsactiviteiten die niet veel mogen kosten?

De verloskundige patiënte van vandaag eist een sterk persoonsgebonden begeleiding, een paraatheid dag en nacht en tenslotte de perfecte zwangerschapsoutcome met een nog perfectere 'gouden' baby.

De gynaecoloog wil zich maximaal inzetten om aan die eisen tegemoet te komen. Dit kan hij/zij echter niet langer bij het uitblijven van een billijke en rechtvaardige vergoeding.

Deze vraag komt niet van een harde kern binnen onze beroepsgroep, maar wordt gedragen door alle gynaecologen, universitair of niet universitair, man of vrouw, jong of oud, privé gevestigd of werkend in een instelling. De Beroepsvereniging vertegenwoordigt op dit ogenblik nagenoeg 70 % van de actieve gynaecologen.

Het geduld van alle gynaecologen is op. We hebben te lang geen loon naar werken gekregen. We willen de gevraagde verdubbeling van de honorering van de verloskundige prestaties nú. Zoniet valt inderdaad de ondertitel van deze brief in de toekomst als noodadvertentie vaker te lezen.

Vriendelijke en collegiale groeten, mede namens de verantwoordelijke van de Cellule de défense professionnelle van de G.G.O.L.F.-B., Dr. Victor Fonzé.

Dr. Geert Debruyne  
Voorzitter Beroepsvereniging  
Belgische verloskundigen en gynaecologen

Dr. Johan Van Wiemeersch  
Voorzitter Beroepsbelangencommissie V.V.O.G.

---

## **NOMENCLATUUR CARDIOLOGIE HERHALING VOLLEDIG TRANSTHORACAAL ECHOGRAFISCH BILAN**

*De Dienst Geneeskundige Verzorging bezorgde ons volgend voorlopig antwoord op de vraag hoe het begrip herhaling binnen het kalenderjaar moet begrepen worden.*

De herhaling tussen 1.8.2002 en 31.12.2002 van een volledig transthoracaal echografisch bilan van het hart dat verricht werd in 2002 moet worden geattesteerd onder het codenummer 461215 - 461226 Herhaling binnen het kalenderjaar ... N 104.

De herhaling tussen 1.8.2002 en 31.12.2002 van een volledig echocardiografisch bilan verricht in 2001 moet worden geattesteerd onder het nummer 460456 - 460460 Volledig transthoracaal echografisch bilan ... N 104. Het gaat in dit geval niet om een herhaling binnen het kalenderjaar.

De eerste herhaling in 2003 van een echocardiografisch bilan verricht in 2002 moet worden geattesteerd onder het nummer 460456 - 460460 N 104

---

## ONTWERP INZAKE INDIVIDUELE RESPONSABILISERING

Aan de Heer F. V ANDENBROUCKE  
Minister van Sociale Zaken en Pensioenen  
Wetstraat 62  
1040 Brussel

Brussel, 19 september 2002

Mijnheer de Minister,

Betreft: ontwerp inzake individuele responsabilisering

Wij namen kennis van uw ontwerp inzake de individuele responsabilisering van de zorgverleners zoals dit einde juli jl. werd aangepast. Hierbij bezorgen wij u een aantal bemerkingen en suggesties betreffende deze ontwerp tekst, teneinde tot een zo evenwichtig mogelijke en eerlijke regeling te komen. Wij hebben weliswaar de indruk dat sommige bepalingen ten onrechte zijn beïnvloed door een ingesteldheid die ook beschreven werd in de memorie van toelichting van de wet van 14 januari 2002 (BS 22.02.2002) houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (frustratie van de Controle- geneesheren).

1. De wijze waarop bepaald wordt wat een overtreding van art 73 van de Gvu-wet is.

- a) Binnen een bepaalde populatie vertoont een minderheid altijd een gedragsdeviatie t.o.v. het mediaangedrag. Dit heeft twee onvermijdelijke gevolgen

-de betrokken arts weet niet vooraf dat zijn gedrag excessief of afwijkend is, zolang de statistische situatie niet wordt kenbaar gemaakt; hij handelt zonder te weten dat hij strafbaar is.

-het invoeren van een relatieve gedragsnorm leidt tot een progressief steeds lagere herbedding van het mediaangedrag en de maximaal aanvaardbare afwijking .

Het wetsontwerp voorziet geen verplichting voor de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC), noch voor het Comité van de DGEC, noch voor de Dienst geneeskundige verzorging, om de normwaarde of de limiet van het strafbaar gedrag vooraf kenbaar te maken aan de betrokken zorgverstrekkers.

Punt 1° van het nieuwe art. 139 van de Gvu-wet is ontoereikend wat de informatieplicht betreft: het "verspreiden van informatie " (onbepaald) zou minstens moeten verduidelijkt worden met "verspreiden van de nodige informatie".

Doet men dat niet dan stelt men een systeem in waarbij de overtreder niet mag weten dat hij een overtreding begaat en waarbij de vervolger eigenlijk zelf evalueert wat als een overtreding wordt beschouwd, zonder dat er objectief vaststaande maatstaven bestaan voor die evaluatie. Vereisbaarheid vergt ook duidelijkheid. Het zou fundamenteel oneerlijk zijn dat het systeem van onduidelijkheid en interpreteerbaarheid, zoals het sedert talloze jaren bestaat wat betreft de toepassing van de nomenclatuur, nu ook zou worden uitgebreid tot de toepassing van de bepalingen van art. 73.

*Randbeschouwing. De overheid is op dit ogenblik niet in staat om tijdig en systematisch een up to date versie van de nomenclatuur te bezorgen aan de zorgverleners, laat staan van de randreglementering die er rechtstreeks of onrechtstreeks op van toepassing is. Zo de artsen morgen konden beschikken over een adequaat elektronisch bijgewerkt administratief werkinstrument waarvan de correctheid gegarandeerd wordt door de overheid (NB:het computerpark van de medische sector zou zienderogen uitbreiden), dan zou de controle op die*

*conformiteit al een heel stuk eerlijker zijn. De "frustraties" van de DGC zouden echter nog groter worden dan zoals beschreven in de Memorie van toelichting van voormelde wet van 14.01.2002, want 99,99% van de artsen wensen niet liever dan precieze regels correct na te leven.*

*Ondanks aanzienlijke inspanningen om aan de situatie te verhelpen, moet men vaststellen dat het ideaal van een duidelijke en sluitende nomenclatuur nog ver buiten bereik ligt. De teksten zijn meestal compromissen tussen beoefenaars en ziekenfondsen, met zijdelingse inbreng van uw kabinet en de DGC. Dientengevolge worden ze ofwel niet juridisch sluitend, ofwel niet medisch adequaat opgesteld. Artsen hebben van juridische aspecten geen kaas gegeten. Juristen vertalen medische handelingen alsof het over rechtsprocedures gaat.. Meestal ontbreekt geijkt taalgebruik. Dat bestond nochtans, jaren geleden. Slechts enkele mensen kennen het nog, maar ze gaan ten onder in de aanhoudende vloed van nomenclatuurwijzigingen. Men schrijft, zonder het te beseffen, dingen die men niet bedoelde en geeft er draagwijdtes aan die men niet voorzag. Soms zitten er twee nomenclaturen naast mekaar in dezelfde maatregelen. Een vruchtbare voedingsbodem voor vitterijen, onjuiste of sibillijnse informatie en, arbitraire vervolgingen. Nauwelijks komt een nieuwe wijziging in het Staatsblad of de vragen en onduidelijkheden stapelen zich op. De Dienst geneeskundige verzorging (DGV) tracht te verduidelijken, tot plots de DGC begint te spelen met het idee om het nét omgekeerd te stellen, met allerhande zelfgeproduceerde interpretaties die meer op spitsvondigheden berusten dan op het belang van een medisch-redelijke toepassing van de nomenclatuur. Geen mens in de sector durft het nog aan om een vraag te stellen aan de administratie, want hij loopt meteen een grote kans om zich een boel miserie op de hals te halen. Ambtenaren van de DGV durven nog nauwelijks telefonisch vragen te beantwoorden, want een pasklaar antwoord is dikwijls niet voorhanden, of loopt kans om vanuit hogere (of andere) sferen achteraf weer tegengesproken te worden. Formele DGV-toelichtingen worden dikwijls door meestal lokale, DGC- intervenianten als waardeloos en onbestaand verworpen. Wat eerst mocht wil men later retroactief verbieden. Niet omdat er een "misbruik" werd ontdekt. Neen. Omdat men strafbare feiten wil vinden. Waar een (on-)wil is, is een weg.*

*Het lijkt bijzonder verontrustend dat men morgen dezelfde "filosofie" (desinformatie om te kunnen sanctioneren) ook nog toepasselijk zou willen stellen op het juridisch kader van art 73.*

b) Art. 141 §4 voorziet dat de DGEC beroep kan doen op het advies van zelfgekozen (individuele) experten. Deze bepaling, zoals ze nu geformuleerd is heeft onredelijke gevolgen:

-het in de eerste plaats evident dat "objectieve" en "neutrale", door de DGEC gekozen experten een contradictio in terminis is.

-het betreft dus een a posteriori bepaling van het normgedrag (en dus ook van de overtreding) op basis van een (a posteriori) "advies", zonder dat de overtreder kan weten dat hij een overtreding begaan heeft.

-de deskundigen zijn zelf zorgverleners die zelf vatbaar zijn voor vervolgingen door de DGEC. Ze zijn dus niet alleen zelfgekozen door de DGEC maar bovendien ook "beïnvloedbaar" d.w.z het "advies" dreigt de klassieke repliek op een retorische vraag te worden, een gewoon "napraten" van wat de DGEC wenst als antwoord te krijgen .Het is duidelijk dat een onafhankelijk en vrij geformuleerd deskundig advies in dergelijke situatie ondenkbaar is.

- experten benaderen dit soort problemen steeds vanuit hun eigen werkervaring, werkmilieu en technische middelen. Quid bvb. wanneer een universitair expert het veelvuldig gebruik van een goedkope techniek verwerpt, precies omdat hij meer vertrouwd is met misschien meer performante doch veel duurdere nieuwe technieken ?

Bijgevolg is het advies van zelfgekozen individuele experten steeds subjectief en beïnvloedbaar :

-de objectivering van het advies kan maar verwezenlijkt worden via een toetsing door een medisch bevoegd orgaan dat een brede weerspiegeling van het werkmilieu van desbetreffende discipline vertegenwoordigt .

-de tegenstelbaarheid mag geen retroactief effect hebben.

-de tegenstelbare "norm" moet absoluut a priori medegedeeld worden aan alle betrokken artsen.

c) Luidens art 141 §6,b) en laatste lid, geven de overschrijdingen van het normgedrag, die aldus onmiddellijk beschouwd worden als een overtreding van de wet (in casu art 73), en bijgevolg als "ten onrechte betaalde prestaties", aanleiding tot bestraffing met een boete die bovendien kan oplopen tot 150% van de waarde van de "ten onrechte betaalde verstrekkingen".

Bovenop dit bedrag kan ook de terugbetaling van de door de "ingevoerde" norm "ten onrechte betaald" geworden verstrekkingen gevorderd worden, gelet op de dubbelzinnigheid van §6,b) (verstrekkingen die niet conform zijn met deze wet of haar uitvoeringsbesluiten). Er wordt immers wel uitsluitel gegeven wat de administratieve "overtredingen" bedoeld bij §6,c) en d) betreft, doch niet voor de vaststellingen in het kader van art. 73. Deze cumul van sancties is onaanvaardbaar en gedisproportioneerd, temeer daar de norm niet vooraf gekend is door de zorgverlener. De terugvordering zou dus hoogstens effect mogen hebben voor de verstrekkingen die in overschrijding uitgevoerd worden vanaf het ogenblik dat de norm is kenbaar gemaakt aan de zorgverleners.

Er moet duidelijk gesteld worden dat de "norm" slechts kan ingeroepen worden tegen een arts vanaf het ogenblik dat ze is kenbaar gemaakt aan de betrokken beroepsgroep. Zoniet leidt het rechtssysteem naar de mogelijkheid van "intuitu personae" gerichte enquêtes, vaststellingen en sancties. Het is een koud kunstje om een welbepaalde verstrekker via zo'n systeem professioneel te kelderden ondermeer geholpen door het eventueel voor onbepaalde duur (zie verder) onder "monitoring" plaatsen.

## 2. De nog steeds onstrafbare aansporingen door ziekenhuisbeheerders

Art 73,§1,3e 1id was bedoeld om de aansporing tot overconsumptie vanwege de ziekenhuisbeheerder ook sanctioneerbaar te maken. De gewijzigde ontwerp tekst sluit dit iets minder uit dan de huidige wet tekst. Maar is de ziekenhuisbeheerder of de persoon die hem vertegenwoordigt strafbaar?

Helemaal niet. Het nieuwe art 141, §2, 1lid, 4e al. zegt dat alleen de zorgverlener wiens praktijk een systematische afwijking vertoont...(etc) verondersteld wordt de bepalingen van art 73 § 1, 2e lid (dus niet derde lid!) te hebben overtreden.

Misschien gaat het ontwerp er dus van uit dat een overtreding van art 73,§1,3e lid iets denkbeeldigs is. Recentelijk vroeg de beheerder van een ziekenhuis, in het kader van de problematiek van het nieuw financieringssysteem van de ziekenhuizen, aan de medische raad te onderzoeken op welke wijze "slecht scorende" artsen "geresponsabiliseerd" zouden kunnen worden. De responsabilisering die de ziekenhuisbeheerder hier bedoelde betreft nochtans een responsabilisering die net de tegenovergestelde finaliteit heeft van deze die uw RIZIV - maatregelen beogen.

Stel dat die beheerder zoiets schriftelijk stelt. Of stel dat hij een previsionele begroting van de verschillende ziekenhuisdiensten opstelt waarin manifest verhoogde (of gehandhaafde, als er al overconsumptie bestaat) prestatievolumes worden vooropgesteld. Begaat hij dan geen inbreuk tegen art 73,§1,3e lid? Volgens de huidige tekst helemaal niet: de letter van de wet zegt immers dat hijzelf geen nutteloze of overbodige verstrekkingen laat uitvoeren. Hij port wel zorgverleners aan om een overtreding te begaan en is dus ergens het "brein" van de overtreding, maar zelfs een soort "medeplichtigheid" is in de huidige tekst onbeteugelbaar. De beslisser of de ondertekenaar van de beslissing is bovendien niet persoonlijk aansprakelijk. Hij handelt immers in het kader van een mandaat namens een rechtspersoon uitbater van een instelling.

Wij vragen U dan ook de (persoonlijke) verantwoordelijkheid en de sancties duidelijk te bepalen. Het ligt voor de hand dat op basis van duidelijke gedragsnormen en met een duidelijke (niet retroactieve) tegenstelbaarheid, deze laatste ook zonder enige moeite kan toepasselijk gesteld worden ten opzichte van iedereen, inclusief beheerders en andere derden. Vermits het door de wet van 22 augustus 2002 houdende de maatregelen inzake gezondheidszorg gewijzigde artikel 137 van de ziekenhuiswet, ten gevolge van de onbillijke 75 % artsen en 25 % beheerder recuperatieregeling, in feite de beheerder nog meer tot druk op zijn artsen aanspoort, is de

sanctioneerbaarheid van de beheerder en zijn aangestelden essentieel. Maar blijkbaar heeft men veel meer schroom om de beheerder aan te pakken dan de artsen!

### 3. Een overdreven en onaanvaardbare cumul van sancties.

Men is er steeds van uitgegaan dat de terugbetaling van ten onrechte uitgekeerde verstrekkingen geen sanctie is, maar een regularisatie. In dezelfde zin moet men ervan uitgaan dat de arts die per vergissing een inbreuk pleegt, niet kan verondersteld worden te kwader trouw te hebben gehandeld. Er is dan ook geen reden om meteen een boete op te leggen noch dat die bovendien proportioneel zou zijn met het terug te betalen bedrag.

De ziekenhuisarts die een inbreuk pleegt zal het volledige bedrag van de overtreding over de twee voorbije jaren moeten terugbetalen, of indien de bedragen geïnd werden voor rekening van de instelling, het aandeel dat de beheerder hem heeft doorgestort. (maar art. 137 van de gewijzigde ziekenhuiswet is nog heel wat minder billijk!). In elk geval betreft het bedragen waarop de arts belastingen heeft betaald. Bovendien heeft hij hoe dan ook voor de omstreden verstrekkingen de kosten aan het ziekenhuis vergoed overeenkomstig art 140 van de ziekenhuiswet. Het is zelfs niet uitgesloten dat de (onstrafbare) ziekenhuisbeheerder op grond van interne regelingen erin slaagt om ook het aldus ontstane budgettaire verlies te verhalen op de arts, onder de noemer "kosten die veroorzaakt werd door geneeskundige verstrekkingen en die niet vergoed worden door het ziekenhuisbudget".

Op zich kan dit ruimschoots als een zware sanctie beschouwd worden. Een nog bijkomende boete is onaanvaardbaar. Daarom menen wij dat volgende regeling billijk is:

#### a) Wat de overtredingen van § 6.a) en b) betreft:

- eerste overtreding m.b.t een bepaalde prestatie: terugbetaling + vermaning
- recidief van dezelfde overtreding na definitieve uitspraak: terugbetaling + boete

Het onderscheid tussen inbreuken §6,a) en §6,b) is soms subtiel. Soms gaat de DGC er van uit dat een prestatie die niet conform de voorschriften werd verricht, ook kan beschouwd worden als niet uitgevoerd. We vermoeden (doch zouden het graag in de tekst verduidelijkt zien) dat §6,a) doelt op de situatie waarbij een medische handeling niet werd uitgevoerd doch toch een nomenclatuurverstrekking werd aangerekend.

Anderzijds is het belangrijk dat een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen overtredingen te goeder trouw (vergissingen, verkeerde toepassingen, foute interpretaties, . . .) en deze te kwader trouw.

Vb : wanneer een arts of instelling een bepaalde verstrekking een tweede maal aanrekenen voor één en dezelfde medische handeling bij eenzelfde patiënt, dan kan dat als een administratieve vergissing beschouwd worden (NB: de regels inzake facturatie op magnetische drager houden trouwens rekening met een soort foutenmarge).

Wanneer echter door de facturatie dienst van een ziekenhuis een bepaalde verstrekking voor dezelfde patiënt systematisch tweemaal wordt aangerekend, en dit over een periode van meer dan twee facturatie periodes en voor alle verstrekkingen van een welbepaalde soort, dan zou de DGC al bijzonder naïef moeten zijn om ook dit als een "vergissing" te beschouwen. Men heeft immers gewoon systematisch bepaalde prestaties dubbel gefactureerd om op eenvoudige wijze de omzet te verdubbelen of om te voldoen aan bepaalde voorwaarden inzake financiering of erkenning. In dat geval van kwader trouw is een boete wel verantwoord.

#### b) Wat de inbreuken bedoeld onder §6. c) betreft :

- eerste vaststelling betreffende een niet-conform document : vermaning
- recidief van dezelfde vaststelling na vermaning: boete voor elk niet conform document tenzij een correctiedocument werd verstrekt aan de zorgverlener die hierom gevraagd heeft.



c) Wat de inbreuken onder § 6. d) betreft:

Een sanctie, welke ook, is in elk geval onverantwoord wanneer de in gebreke blijvende voorschrijver niet minstens een vermaning heeft gekregen. Bovendien moet men ermee rekening houden dat de uitvoerende verstrekker, gelet op zijn professionele verantwoordelijkheid, ertoe gehouden is de voorgeschreven zorgen te verlenen en, luidens art 53 van de GvU-wet verplicht is een verzorgingsattest af te leveren. Het doel van de bepalingen kan niet zijn de verwachte zorgverlening aan de patiënt te weigeren, dit om de louter administratieve tekortkomingen van een voorschrift.

Bijgevolg is de meest zinvolle oplossing dat de zorgverlener de verstrekking mag attesteren mits hij de voorschrijver verzocht heeft hem een correctiedocument te bezorgen.

-eerste vaststelling : attestering zonder conform document en zonder aanvraag van de verstrekker om correctiedocument van de voorschrijver : vermaning.

-recidief: boete behalve voor de documenten waarvoor een correctiedocument werd gevraagd aan de voorschrijver (schriftelijk bewijs, fax of e-mail bewaard door de verstrekker).

De in het ontwerp voorgestelde regeling legt de zorgverlener een boete op om de doodeenvoudige reden dat de patiënt zich aanmeldt met een administratief onvolledig voorschrift (dat luidens de regels van de ZIV alleen onder de verantwoordelijkheid van de voorschrijver wordt opgesteld), en de arts de nodige zorgen heeft toegediend overeenkomstig de wettelijke bepalingen inzake de geneeskundepraktijk (KB nr78) in het belang van de patiënt, en deze ook geattesteerd heeft overeenkomstig art 53 van de GvU-wet. Waar is de overtreding? Hoe kan de zorgverlener anders handelen ? Hij kan immers het voorschrift niet zelf vervolledigen (want hij is niet de voorschrijver). Er zijn dus maar twee oplossingen: ofwel de zorgen aan de patiënt weigeren en deze laatste terugsturen naar de voorschrijver (d.w.z. vertraging van de zorgverlening + risico van zorgverzekering), ofwel de zorgverlener verplichten een correctiedocument te vragen aan de voorschrijver. De laatste oplossing is ongetwijfeld de meest zinvolle.

De voorgestelde regeling kan zonder moeite op dezelfde wijze toegepast worden zowel voor het voorschrijven van geneesmiddelen als voor het voorschrijven van geneeskundige onderzoeken.

4. Het onder "monitoring" plaatsen

a) Waarom meteen en uitsluitend de volledige praktijk? Dit is niet in verhouding tot de "overtreding".

Ofwel is het onder monitoring plaatsen iets dat uitsluitend kan gebeuren bij zorgverleners die op breedschalige wijze de normale praktijk overschrijden; d.w.z. voor verscheidene types van verstrekkingen tegelijk (en dan moet dat duidelijk in de tekst vermeld worden), ofwel betreft het een welbepaalde prestatie of type van prestaties behorend tot zijn discipline (en dan moet uitdrukkelijk gesteld dat alleen dit praktijkgedeelte onder monitoring wordt geplaatst).

In de huidige formulering wordt de arts vervolgd - want de hier beschreven "monitoring" is hoe dan ook een vorm van zeer intensieve "opvolging", dus vervolging, - niet alleen voor overtredingen, doch ook voor feiten waarvoor hem generlei schuld treft.

b) Waarom een "minimale" termijn?

Een maximale termijn van drie à zes maanden zou minstens moeten volstaan. Niets verhindert immers de DGEC om later een nieuw onderzoek in te stellen op basis van kwantitatieve gegevens en een nieuwe procedure te starten (zoals trouwens in de daarop volgende alinea's wordt gezegd).

Hier wordt in feite gesteld dat door de DGEC iemand voor onbepaalde duur, desnoods levenslang, onder monitoring kan geplaatst worden, of tot hij noodgedwongen zijn praktijk stopzet. Dit is geen normale vorm van vervolging meer en is de mensenrechten onwaardig.

Wij hopen, Mijnheer de Minister, dat u met deze bemerkingen zult willen rekening houden en danken u bij voorbaat voor uw aandacht.

Hoogachtend,

Prof. J. GRUWEZ  
Voorzitter

---

## CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER

### Hoofdstuk III PUBLICITEIT (Gewijzigd op 21 september 2002)

#### **Artikel 12**

Mits naleving van de bepalingen van dit hoofdstuk kunnen geneesheren hun medische activiteit kenbaar maken aan het publiek.

#### **Artikel 13**

§1. De verstrekte informatie dient waarheidsgetrouw, objectief, relevant, verifieerbaar, discreet en duidelijk te zijn. Zij mag in geen geval misleiden. Zij mag niet vergelijkend zijn.

Resultaten van onderzoeken en behandelingen mogen niet voor publicitaire doeleinden worden aangewend.

§2. Publiciteit mag het algemeen belang inzake de volksgezondheid niet schaden. Zij mag niet aanzetten tot overbodige onderzoeken of behandelingen.

Ronseling van patiënten is niet toegelaten.

De campagnes voor preventie en vroegdetectie dienen wetenschappelijk onderbouwd te zijn en vereisen de voorafgaande toelating van de bevoegde ordinale instantie.

§3. Bij het voeren van publiciteit dienen de geneesheren de regels van het medisch beroepsgeheim te eerbiedigen.

#### **Artikel 14**

De verwoording en vormgeving van de publiciteit evenals de hierbij gebruikte methoden en technieken - inclusief internetsites, naamborden, briefhoofden en vermeldingen in gidsen - moeten beantwoorden aan de bepalingen van artikel 13.

#### **Artikel 15**

Geneesheren dienen zich daadwerkelijk te verzetten tegen elke door derden gevoerde publiciteit, betreffende hun medische activiteit, die de bepalingen van dit hoofdstuk niet naleeft.

#### **Artikel 16**

Geneesheren mogen hun medewerking verlenen aan de media met het oog op het verstrekken van medische informatie die belangrijk en nuttig kan zijn voor het publiek.

Hierbij dienen de bepalingen van dit hoofdstuk nageleefd te worden.

De geneesheer zal voorafgaandelijk de provinciale raad waarbij hij ingeschreven is inlichten over zijn medewerking met de media.

#### **Artikel 17**

Wanneer patiënten door de media betrokken worden bij het informeren van het publiek mogen geneesheren alleen meewerken voor zover de persoonlijke levenssfeer en de waardigheid van deze patiënten geëerbiedigd worden. In die omstandigheden dienen de geneesheren er zich van

te vergewissen dat de patiënten volledig geïnformeerd werden en vrij toestemden tot medewerking.

---

**TOEKOMST VAN DE SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE ANNO 2002  
DE GENEESHEER-SPECIALIST N°7 OKTOBER 2002**

*Vermits de doelgroep van de voordracht van Dr. M. MOENS Vlaamse specialisten en huisartsen waren werd niet in detail ingegaan op de specifieke problematiek in het Franstalige landsgedeelte. Derhalve drukken wij in de originele franse versie de reactie van de decanen van de Franstalige universiteiten af.*

---

Cher Confrère,

En tant que porte-parole du collège des doyens des Facultés de médecine de la Communauté française, je dois corriger les informations erronées qui se trouvent dans le texte que vous publiez en tête du fascicule n° 7, livraison d'octobre 2002 du « Médecin Spécialiste ».

A la page 6, vous écrivez «A l'exception d'un recul en 1994, le nombre de nouveaux étudiants francophones n'a pratiquement pas varié durant cette période. Et rien n'a été organisé pour limiter le flux, de sorte que des centaines d'étudiants candidats en médecine se retrouvent aujourd'hui dans une situation très regrettable. ».

Vous semblez ignorer que la sélection des médecins en Communauté française est organisée sur base du décret communautaire du 05 septembre 94, modifié par le décret du 14 juillet 1997 et que la limitation de l'accès aux doctorats en médecine et au troisième cycle des études médicales a été faite de façon à respecter les quotas déterminés par le Gouvernement fédéral. La Ministre communautaire a prévu une réserve d'étudiants de 15 % qui correspond précisément à cette proportion de médecins qui pratiquent en dehors de cadre de l'INAMI et dont faites état à la page 2 de votre article.

A quelques unités près, tous les étudiants ont pu obtenir à ce jour l'une ou l'autre de ces autorisations d'inscription en 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales. Ces quelques unités avaient la possibilité de se réorienter vers les sciences biomédicales ou les diplômes de santé publique qui leur sont accessibles.

Il n'y a donc pas d'étudiant porteur d'un diplôme de candidat en médecine qui n'ait pu poursuivre un second cycle d'études dans le domaine des sciences de la santé.

Les doyens restent par ailleurs préoccupés quant à la façon d'orienter les étudiants vers les différentes spécialités et les pratiques hors INAMI suivant les règles complexes mises en place dans les textes légaux. Nous avons en particulier des difficultés à imposer à 40% des étudiants l'orientation vers la médecine générale, alors qu'un sondage réalisé récemment dans nos facultés de médecine démontre que le nombre d'étudiants qui choisissent spontanément la médecine générale varie de 10 à 25 % suivant les institutions.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir contrôler vos sources d'information et de corriger la désinformation générée par le premier paragraphe de la page 6 de votre article.

Les choix qui ont été faits en Communauté française et qui placent la sélection finale au terme du premier cycle des études médicales ont démontré une certaine justice puisqu'ils permettent de lisser les différences liées au parcours scolaire de l'enseignement secondaire et puisqu'ils permettent à l'étudiant de démontrer sur une durée de trois ans son aptitude à poursuivre des études. Le nombre de recours démontre bien que cette façon de faire n'ouvre pas la porte à l'injustice.

Il n'en reste pas moins que les doyens sont préoccupés par l'impact psychologique et les effets négatifs d'une ambiance de concours pendant trois années d'études universitaires.

Nous souhaitons participer à toute réflexion concernant l'amélioration du système et l'harmonisation communautaire voire européenne.

Je vous prie d'agréer, cher Confrère, mes salutations distinguées.

J.-J. ROMBOUTS,

Doyen

P.S. : Lettre approuvée par le Collège des Doyens du 21.10.2002, en l'absence du Professeur M. ROOZE, Doyen de la Faculté de médecine de l'ULB.

C.C. : Monsieur le Professeur H. ALEXANDRE (UMH)  
Monsieur le Professeur R. LIMET (ULg)  
Monsieur le Professeur A. PIRONT (FUNDP)  
Monsieur le Professeur M. ROOZE (ULB)  
Monsieur J.-M. BERNARD (UCL -SMD)  
Madame V. GODIN (UCL - PEDM)

---

## WETENSCHAPPELIJKE PRIJS PHARMACIA N.V. – REGLEMENT

- Art. 1. - Op initiatief van de Firma **Pharmacia n.v.** kent het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek - Vlaanderen een Wetenschappelijke Prijs Pharmacia n.v. van 25.000 EUR toe.
- Art. 2. - Deze prijs is bestemd voor een innoverend project in het domein van de **fysiopathologie dat nieuwe therapeutische perspectieven opent inzake humane geneeskunde.**
- Art. 3. - De Prijs zal door de Raad van Bestuur van het F.W.O.-Vlaanderen worden toegekend op voorstel van de bevoegde Wetenschappelijke Commissie en volgens de in het Fonds geldende reglementen en jurisprudentie. In geval de Jury van oordeel is dat geen enkel van de voorgestelde projecten voldoet aan de gestelde eisen, zal de prijs niet toegekend worden.
- Art. 4. - Het project kan voorgesteld worden door een individueel onderzoeker of door een ploeg van maximum 3 onderzoekers. De kandidaten dienen houder te zijn van een universitair diploma in de Geneeskundige, Farmaceutische, Biologische of Biochemische Wetenschappen en mogen maximum 45 jaar oud zijn.
- Art. 5. - De prijs zal voor de helft dienen als beloning van de laureaat; de andere helft is bestemd voor het laboratorium van de begunstigde.
- Art. 6. - Het project dient uitgevoerd te worden aan een Vlaamse Universiteit vermeld in art. 3 van het decreet betreffende de universiteiten in de Vlaamse Gemeenschap dd. 12 juni 1991.
- Art. 7. - Het ingediende project mag niet gefinancierd worden door andere instanties dan universitaire instellingen.
- Art. 8. - De kandidaturen dienen, op de daartoe bestemde formulieren en onder vertrouwelijke omslag, op het secretariaat-generaal van het F.W.O.-Vlaanderen, Egmontstraat 5 te 1000 Brussel, ingediend te zijn **vóór 1 februari 2003.**
- Art. 9. - Alle eventuele problemen in verband met de ontvankelijkheid van de ingediende kandidaturen, alsook deze omtrent de toekenning van de prijs zelf, worden, zonder mogelijkheid van verhaal, door het F.W.O.-Vlaanderen beslecht.
- Art.10. - De laureaat verbindt er zich toe eerst de Firma Pharmacia n.v. in kennis te stellen van de resultaten die leiden naar toekomstige therapeutische ontwikkelingen.

## REGLEMENT

### PRIJS STUDIECENTRUM PRINSES JOSEPHINE-CHARLOTTE

#### ter bestrijding van virale infecties van het zenuwstelsel en van kinderverlamming

- Art. 1. - De tweejaarlijkse **Prijs Studiecentrum Prinses Joséphine-Charlotte**, ten bedrage van **12.500 EUR**, moedigt het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de virologie aan.
- Art. 2. - De Prijs behelst het doorvoeren van onderzoek, voorgedragen onder de vorm van een originele verhandeling, waaruit het belang van het onderzoek inzake **de bestrijding van virale infecties van het zenuwstelsel en van kinderverlamming** voor de gezondheid van de mens aangetoond wordt.  
Deze Prijs is bestemd voor onderzoekers die enerzijds verbonden zijn aan een Vlaamse Universiteit vermeld in art. 3 van het decreet betreffende de universiteiten in de Vlaamse Gemeenschap dd. 12 juni 1991; en anderzijds verbonden aan één van de negen universitaire instellingen vermeld in art. 1 van het decreet betreffende universitaire studies en academische graden van de Franse Gemeenschap van België dd. 5 september 1994.
- Art. 3. - De Prijs kan een werk bekronen dat door een ploeg voorgedragen wordt; hij kan uitzonderlijk verdeeld worden. De kandidaten mogen niet eerder zijn bekroond voor hetzelfde werk.
- Art. 4. - De kandidaturen dienen, op de daartoe bestemde formulieren, op het secretariaat-generaal van het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek, Egmontstraat 5 te 1000 Brussel, ingediend te zijn **vóór 1 februari 2003.**
- Art. 5. - Alle eventuele problemen in verband met de ontvankelijkheid van de ingediende kandidaturen, alsook deze omtrent de toekenning van de Prijs zelf, worden, zonder mogelijkheid van verhaal, door het N.F.W.O. beslecht.
- Art. 6. - De Prijs wordt door het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek toegekend op voorstel van een Jury, samengesteld door het N.F.W.O. volgens de op het N.F.W.O. geldende reglementen en jurisprudentie.
- Art. 7. - In de Jury zullen twee leden van het Studiecentrum Prinses Joséphine-Charlotte of twee bevoegde personen door het Studiecentrum aangeduid, zetelen.

Art. 8. - Zo de jury meent dat geen enkel van de voorgelegde werken in aanmerking komt voor de Prijs, dan wordt deze niet toegekend en wordt hij naar een later jaar overgedragen.

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

Zaterdag 16 NOVEMBER 2002

### INTERACTIVE PEDIATRIC INTENSIVE CARE DAY'

#### ORGANISATIE

Prof. dr. José Ramet en Dirk Danschutter  
Intensieve zorgen pediatrie AZ-VUB Brussel

#### PROGRAMMA

Pediatric Basic Life Support  
Botperfusie, centraal veneuze katheter, crico-ventilatie  
Ballonventilatie en intubatietechnieken

Acute encefalopathie en status epilepticus  
Orgaandonatie, procedure, wetgeving, begeleiding  
Neonatologie scenario's  
Neurochirurgische aspecten  
Extricatietechnieken en stabilisatie geknelde slachtoffers (buitensessies)

#### LOCATIE

Erasmus Hogeschool AZ-VUB campus Laarbeeklaan 121, B 1090 Brussel

#### INFO

pedrtj@az.vub.ac.be  
dirk.danschutter@az.vub.ac.be

Tel.: 02-477 51 72 Fax: 02-477 51 79

## AANKONDIGINGEN

- 02067 **PRAKTIJK** OTN wegens pensioen 3080 Tervuren : pluridisciplinair medisch centrum, ruime parking, diverse mogelijkheden (Rx/physio/kiné) – begeleiding mogelijk tel. 02/767.43.93
- 02070 **POLYVALENTE RADIOLOOG** verzorgt uw vervanging in BRU, VL. BRAB., O. VL. en ANTW. Tel. : 0486/06.59.73
- 02072 **IEPER** : De radiologenassociatie van het Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman, Briekestraat 12, 8900 Ieper zoekt vanaf 1/12/2002 een erkend **RADIOLOOG** voor lange vervangingsperiodes van 6 maand, hernieuwbaar. Voor inlichtingen : Dr Jan ACOU, diensthoofd 057223542 (ziekenhuis) 057205778 (privaat). E-mail jan.acou@yperman.org.

## Inhoudstafel

• Derde betalingsregeling .....	1
• Open brief van de gynecologen.....	3
• Nomenclatuur cardiologie – Herhaling volledig transthoracaal echografisch bilan .....	4
• Ontwerp inzake individuele responsabilisering .....	5
• Code van geneeskundige plichtenleer .....	10
• Toekomst van de specialistische geneeskunde anno 2002 – De Geneesheer-specialist n°7 oktober 2002 .....	11
• Mini- en maxiforfaits .....	13
• Wetenschappelijke Prijs Pharmacia n.v. – reglement.....	23
• Reglement – Prijs Studiecentrum Prinses Josephine-Charlotte .....	23
• Wetenschappelijke vergaderingen .....	24