

# TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

## ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT  
SEPTEMBER 2011

NR. 134

### INHOUDSTAFEL

#### WOORD VOORAF

1 *Dr. P. Beke*

---

#### ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

- 2 -Perscommuniqué betreffende de weerslag van het arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie van 5 april 2011
- Bewaartermijnen van wachtverslagen binnen de huisartsenwachtposten
  - In- en uittredingsvergoeding in een associatie of vennootschap
  - Inzage in het medisch dossier door wetsdokter
  - Klinisch apotheker in een ziekenhuis
  - Deelname van artsen aan televisie-uitzendingen, docusoaps en artikels in de pers
  - Het beheer van het Globaal Medisch Dossier (DMG)

---

#### INTERNATIONALE KRONIEK

12 Vergadering EFMA-WHO, Brussel, 23 en 24 juni 2011 - Verslag  
*Dr. J.-L. Desbuquoit*  
*Prof. dr. A. Herchuelz*

---

Zeer geachte collega's

De lentevergaderingen van de Nationale Raad hebben opnieuw enkele interessante adviezen opgeleverd.

Vooreerst is er het perscommuniqué betreffende het arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie van 5 april 2011 dat Nationale Regulering verbiedt aan beoefenaars van een gereguleerd beroep zoals o.m. accountants, om actief cliënten te werven. De Nationale Raad stelt duidelijk dat dit arrest niet van toepassing is op diensten van de gezondheidszorg, wat betekent dat een nationale regulerende instantie zoals de Nationale Raad van de Orde van geneesheren wel bevoegd is om actieve werving van cliënten, in casu patiënten, te verbieden.

Voorts is er het advies betreffende de bewaartermijnen van wachtverslagen binnen huisartsenwachtposten. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen de identificeerbare medische persoonsgegevens uit het wachtverslag die quasi onmiddellijk na verzending van het wachtverslag aan de vaste huisarts kunnen worden verwijderd, en de anonieme gegevens die nuttig en relevant zijn voor de jaarrapportering en enkel bewaard worden voor de noodzakelijke duur van de opstelling daarvan, en deze bedraagt 18 maanden.

Belangrijk is tevens het advies m.b.t. een in- en uitredingsvergoeding in een associatie of een vennootschap. Een viertal principes dienen te gelden, o.a. dat waarbij in een associatie of vennootschap waarin een progressieve ereloonverdeling bestaat bij intrede van nieuwe leden of waarin door deze laatste reeds een intredevergoeding werd betaald, er geen uitredingsvergoeding meer kan worden toegekend aan de arts die reeds genoten heeft van het financiële voordeel van een intrederegeling.

Interessant is het advies betreffende de "Inzage in het medisch dossier door wetsdokter". Hierin wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen enerzijds de arts wetsdokter die optreedt als "gerechtelijk deskundige" en gevorderd wordt door een rechter, een onderzoeksrechter, waarbij de inzage afhangt van de opdracht, bepaald door de verzoekende overheid, en anderzijds de arts wetsdokter, die optreedt als "technisch raadgever", waarbij de inzage in het medisch dossier, behalve in enkele uitzonderlijke omstandigheden, niet kan bevolen worden door de procureur des Konings.

Gezien de talrijke reacties naar aanleiding van bepaalde reality-televisie-uitzendingen, docusoaps en persartikels vond de Nationale Raad het opportuun om te wijzen op mogelijke deontologische ontsprongen in verband met publiciteit. Uiteraard zijn hieromtrent de richtlijnen samengevat in de artikels 12 tot 17 van de Code van geneeskundige plichtenleer op de eerste plaats geldend. Blijkbaar zijn deze onvoldoende gekend en worden ze derhalve in herinnering gebracht. Verder achtte de Nationale Raad het zinvol om enkele aanvullende "guidelines" te verstrekken die artsen dienen in acht te nemen wanneer ze hun medewerking verlenen aan de media. Naast het voorafgaandelijk inlichten van de bevoegde provinciale raad en, voor ziekenhuisartsen, na de goedkeuring te hebben gekregen van de hoofdgeneesheer, mag de betreffende informatie niet ronselend zijn en dienen de patiënten die meewerken aan een uitzending, voorafgaandelijk zeer goed geïnformeerd te worden over de mogelijke gevolgen voor hun persoonlijk imago of hun persoonlijke levenssfeer en hun goedkeuring te geven. De betrokken arts dient te reageren via een recht van antwoord indien desalniettemin ronselende publiciteit wordt gemaakt in artikels of in introductiefilmpjes.

Tot slot is er nog het advies waarbij een aantal vragen worden beantwoord betreffende het beheer van het Globaal Medisch Dossier (GMD) van de huisarts. Naast de wettelijke bepalingen omtrent het GMD, dewelke sinds de invoering ervan reeds herhaalde aanpassingen en wijzigingen hebben ondergaan, zijn er ook enkele belangrijke deontologische implicaties. Zo mag een huisarts die optreedt als vervangend arts, geconsulteerd om de continuïteit van de zorg te verzekeren, zowel tijdens de uitvoering van de bevolkingswachtdienst tijdens de weekends en op feestdagen, als binnen een door huisartsen georganiseerde weekwacht, geen GMD openen. Enkel in de omstandigheid waarop het de formele en uitdrukkelijke wens is van de patiënt om te veranderen van huisarts, kan reeds bij een eerste contact de opening van een GMD overwogen worden. Benadrukt wordt dat bij verandering van GMD-houdende arts, de aangeschreven arts aan de vorige arts de "relevante informatie en dossiergegevens" van de betrokken patiënt binnen de redelijke termijn van vier weken dient over te maken. Het recht van de patiënt op de vrije keuze van zijn arts en zijn recht op een kwalitatief hoogstaande geneeskunde zijn hierbij fundamenteel. Dit uit zich als de bevestiging van de unieke vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt en, administratief, als de bevestiging van hun therapeutische relatie.

*dr. Paul BEKE,  
Hoofdredacteur*

## VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 28 MEI, 18 JUNI EN 16 JULI 2011

Perscommuniqué betreffende de weerslag van het arrest van het Hof van Justitie van de de Europese Unie van 5 april 2011 (28/05/2011)  
Bewaartermijnen van wachtverslagen binnen de huisartsenwachtposten (28/05/2011)  
In- en uittredingsvergoeding in een associatie of vennootschap (28/05/2011)  
Inzage in het medisch dossier door wetsdokter (28/05/2011)  
Klinisch apotheker in een ziekenhuis (18/06/2011)  
Deelname van artsen aan televisie-uitzendingen, docusoaps en artikels in de pers (16/07/2011)  
Het beheer van het Globaal Medisch Dossier (DMG) (16/07/2011)

Voor de wetteksten zie : [www.juridat.be](http://www.juridat.be) / [www.just.fgov.be](http://www.just.fgov.be)

2

### **Perscommuniqué betreffende de weerslag van het arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie van 5 april 2011** (28/05/2011)

TREFWOORDEN :

*Cliënteel – Publiciteit en reclame*

DOCUMENTNAAM :

*a134001n*

*De Nationale Raad wordt om advies verzocht betreffende de weerslag op de geneeskundige plichtenleer van het arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie van 5 april 2011 in de zaak C-119/09.*

*Met dit arrest verklaart het Hof van Justitie dat artikel 24, lid 1, van richtlijn 2006/123/EG betreffende diensten op de interne markt, aldus moet worden uitgelegd dat het zich verzet tegen een nationale regeling die de beoefenaars van een gereguleerd beroep, zoals het beroep van accountant, volledig verbiedt actief cliënten te werven.*

#### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 28 mei 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren kennis genomen van een arrest van 5 april 2011 van het Hof van Justitie van de Europese Unie (grote kamer) betreffende de interpretatie van het artikel 24 van de richtlijn 2006/123/EG van 12 december 2006 van het Europees Parlement en de Raad (van de Europese Unie) betreffende diensten op de interne markt.

Naar luid van het punt 2.f van het artikel 2 (Werkings sfeer) van de gezegde richtlijn is deze niet toepasselijk op diensten van de gezondheidszorg, al dan niet verleend door gezondheidszorgfaciliteiten en ongeacht de wijze waarop zij op nationaal niveau zijn georganiseerd en worden gefinancierd en ongeacht de vraag of de diensten openbaar of particulier van aard zijn.

De door het voormelde arrest gegeven interpretatie van dit artikel betreft dus niet de "diensten van de gezondheidszorg", waarvan de uitoefening van de geneeskunde deel uitmaakt.

### **Bewaartermijnen van wachtverslagen binnen de huisartsenwachtposten** (28/05/2011)

TREFWOORDEN :

*Dossier (Medisch-) – Huisarts – Wachtdiensten*

DOCUMENTNAAM :

*a134002n*

*De Nationale Raad wordt om advies gevraagd betreffende de bewaartermijnen van de wachtverslagen binnen de huisartsenwachtposten.*

#### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 28 mei 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 5 januari 2011 betreffende de bewaartermijnen van wachtverslagen binnen de huisartsenwachtposten onderzocht.

## 1. Huisartsenwachtposten

De organisatie van de bevolkingswachtdienst behoort toe aan de huisartsenkringen (koninklijk besluit van 8 juli 2002 - Opgedragen huisartsenkringen), ook voor de raadplegingen tijdens de uitvoering van die wachtdienst via een huisartsenwachtpost.

De huisarts van wacht moet beschikken over een goed uitgerust medisch kabinet binnen het territorium (van het wachtdienst-onderdeel) van de huisartsenzone van die huisartsenkring.

Normaliter is dit de praktijk van die huisarts van wacht gelegen in het territorium van (het wachtdienst-onderdeel van) de huisartsenzone van de huisartsenkring.

Om de herkenbaarheid en bereikbaarheid van de huisarts van wacht naar het grote publiek te optimaliseren, zijn er recent - vooral in (groot)stedelijke agglomeraties - huisartsenwachtposten opgericht: benevens goed uitgeruste medische faciliteiten bieden ze ook de noodzakelijke logistieke ondersteuning aan de huisarts(en) van wacht.

Het is noodzakelijk dat er een duidelijke juridische en structurele binding bestaat tussen de organiserende huisartsenkring (VZW) en de huisartsenwachtpost binnen de bepaalde huisartsenzone, gezien een belangrijk aantal wettelijke en deontologische verplichtingen.

Het huishoudelijk reglement van de wachtdienst van de huisartsenkring bepaalt de exacte werkingsmodaliteiten van de huisartsenwachtpost in de huisartsenzone. In het bijzonder moet daarin de onderlinge subsidiariteit worden bepaald tussen de individuele huisartspraktijk en de bevolkingswachtdienst, in dit geval met de tijdsgebonden beschikbaarheid van de huisartsenwachtpost.

Per definitie kan een huisartsenwachtpost niet gelijkgesteld worden met een normale huisartspraktijk: het doel is de continuïteit van zorg te verstrekken bij afwezigheid van de vaste huisarts in het kader van de organisatie van de bevolkingswachtdienst.

Er kan dus nooit een 'eigen' continuïteit van zorg voor 'eigen' patiënten worden vooropgesteld via die huisartsenwachtpost, zelfs indien bepaalde patiënten zich aldaar 'repetitief' zouden aanbieden. Steeds moet elke patiënt terug verwezen worden naar een vaste huisarts (de beheerder van het GMD - globaal medisch dossier), en in voorkomend geval de patiënt er nog geen heeft moet die absoluut aangespoord worden om een vrije keuze te maken voor een vaste huisarts.

## 2. Wachterslagen

Het bijhouden van een volwaardig medisch dossier per aangeboden patiënt, zoals in een normale huisartspraktijk, is niet relevant in het kader van de opdracht van de bevolkingswachtdienst: er kan enkel sprake zijn van een wachterslag per patiënt.

Een wachterslag kan niet als een volwaardig medisch dossier beschouwd worden omdat de inhoud van een wachterslag niet voldoet aan de criteria die gesteld worden aan een algemeen medisch dossier.<sup>1, 2</sup> Gefragmenteerde medische informatie draagt slechts bij aan de kwaliteit van zorg als deze ingepast wordt in het medisch dossier van de vaste huisarts. Een verzameling van los van elkaar opgestelde wachterslagen vervangt geenszins de rol van het kern dossier. Dit kern dossier (summeur) wordt geëxtraheerd uit het medisch dossier en bevat het strikte minimum aan gegevens waarmee een arts in spoedsituaties in enkele ogenblikken inzicht krijgt in de medische toestand van een patiënt.<sup>3</sup>

Het opstellen van een wachterslag heeft twee doeleinden: enerzijds de continuïteit van de zorg verzekeren door de communicatie met de vaste huisarts, anderzijds het verzamelen van bepaalde gegevens noodzakelijk voor de redactie van de wettelijk verplichte jaarlijkse rapportering door de organiserende huisartsenkring aan de FOD Volksgezondheid (koninklijk besluit van 8 juli 2002, art. 7. - Opgedragen huisartsenkringen).

Bij de logistieke opmaak van een 'standaard model' van een wachterslag - en diverse informatica-applicaties daartoe - dient men voldoende rekening te houden met die twee doelstellingen, dit in het kader van de privacy<sup>4</sup> en van de deontologie. De tijdsduur van het bijhouden van dergelijk wachterslag is eveneens inherent aan de concrete uitwerking van de twee doelstellingen.

Eenzijds bevat het wachterslag persoonsgebonden medische gegevens die onmiddellijk na de wachtdienst-opdracht moeten worden doorgegeven aan de vaste huisarts (deze worden daar geïntegreerd in het medisch dossier (GMD)) met simultaan een afschrift daarvan aan de huisarts van wacht.

Anderzijds bevat het wachterslag een aantal gegevens die relevant/noodzakelijk zijn in het kader van de opmaak van het jaarlijks verslag aan de overheid: "epidemiologie, veiligheidsproblemen, patiëntenklachten en klachten omtrent dienstverlening".

De bewaartermijn van het wachterslag - desgevallend van de onderdelen - is nauw verbonden met de geschetste doelstellingen. De medische persoonsgegevens die identificeerbaar zijn kunnen quasi onmiddellijk verwijderd worden na de verzending naar de vaste huisarts (en de huisarts van wacht), terwijl de anonieme gegevens die relevant zijn voor de geciteerde jaarrapportering enkel bewaard worden voor de noodzakelijke duur van de opstelling daarvan.

Deze termijn werd door het Sectoraal Comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid van de privacycommissie op 18 maanden vastgelegd.<sup>5</sup>

Het spreekt voor zich dat de organiserende huisartsenkring alle noodzakelijke voorzorgen (materieel en personeel) neemt naar de bescherming van alle gegevens die verzameld en verwerkt worden binnen het kader van de opdracht van de bevolkingswachtdienst, specifiek ook de werking van de huisartsenwachtpost.

1. Koninklijk besluit van 3 mei 1999 betreffende het Algemeen Medisch Dossier (AMD).
2. M. DENEYER, E. DE GROOT, "Deontologische en wettelijke vereisten van het Elektronisch Medische Dossier", in Overhandigen van medische gegevens, 2010, Academia Press, pp. 5-17.
3. C. STEYLAERTS, P. DE MEY, J. VAN DER DONCKT, J. GORIS, J. BROUNS, L. PAS, W. VERHELST, J. STEENACKERS, T. PUTZEYS en P. VERDONCK, "Naar een visie over IT in huisartsenland. Visietekst van de Commissie VHPCIT in opdracht van VHP", 28 november 2004, 6.
4. CBPL - Beraadslaging nr. 11/014 van 15 februari 2011 - Mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen in het kader van de webtoepassing "webwachtmailer": het opstellen van een wachtverslag.
5. Sectoraal Comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid, Afdeling gezondheid, Beraadslaging 11/014 van 15 februari 2011.

## **In- en uittredingsvergoeding in een associatie of vennootschap (28/05/2011)**

### **TREFWOORDEN :**

*Associaties en contracten met niet-geneesheren, verzorgingsinstellingen,... – Vennootschappen tussen geneesheren en met niet-geneesheren*

### **DOCUMENTNAAM :**

*a134003n*

*De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft kennis genomen van de problematiek aangaande de in- en uittredingsvergoeding. In het advies worden algemene principes vooropgesteld waarbij de provinciale raden autonoom verder beslissen op basis van de voorgelegde contracten.*

*Dit advies vervangt het advies van de Nationale Raad van 23 augustus 1997 "Uittredingsvergoeding voor een arts-vennoot die met pensioen gaat".*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 28 mei 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de problematiek aangaande de in- en uittredingsvergoeding in een associatie of vennootschap onderzocht.

De Nationale Raad is van mening dat zowel intramuraal als extramuraal en zowel voor huisartsen als specialisten volgende principes gelden:

1. De precieze modaliteiten van in- en uittreding dienen schriftelijk in een contract te worden vastgelegd tussen de partijen en voorafgaandelijk ter goedkeuring te worden voorgelegd aan de bevoegde provinciale raad.
2. In een associatie of vennootschap waarin een progressieve ereloonverdeling bestaat bij de intrede van nieuwe leden of waarin door deze laatsten reeds een intredevergoeding werd betaald, kan geen uittredingsvergoeding meer worden toegekend aan de arts die reeds genoten heeft van het financiële voordeel volgend uit dergelijke mindere verloning of de intredevergoeding van een of meerdere na hem ingetreden collega's.
3. Cumulatie van een progressieve ereloonverdeling bij de intrede en een intredevergoeding is niet toegestaan.
4. Een uittredingsvergoeding kan niet berekend worden op geprojecteerde en/of geëxtrapoleerde inkomsten van de associatie of vennootschap.

## **Inzage in het medisch dossier door wetsdokter (28/05/2011)**

### **TREFWOORDEN :**

*Beroepsgeheim - Dossier (Medisch) – Geneeskunde (Gerechtelijke)*

### **DOCUMENTNAAM :**

*a134004n*

*De Nationale Raad wordt om advies verzocht betreffende het recht van inzage in het medisch dossier van een slachtoffer door een wetsdokter die optreedt als gerechtelijk deskundige.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 28 mei 2011 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw vraag betreffende het recht van inzage in het medisch dossier van een slachtoffer door een wetsdokter die optreedt als gerechtelijk deskundige.

De basis van deze materie berust op de artikels 43 tot 44bis van het Wetboek van Strafvordering.

Een gerechtelijk deskundigenonderzoek, dat vereist dat de deskundige de eed aflegt, kan gevorderd worden door een rechter, met name door de onderzoeksrechter.

Wordt de dader van de misdaad of van het wanbedrijf op heterdaad betrapt, dan kan de procureur des Konings eveneens een deskundige opvorderen aangezien hij in die omstandigheden over ruimere bevoegdheden beschikt, meer bepaald deze om onderzoekshandelingen voorbehouden aan de onderzoeksrechter te stellen (artikel 43 van het Wetboek van Strafvordering).

De omvang van de opdracht van de deskundige en de wijze van uitvoering ervan worden bepaald door de verzoekende overheid.

Indien de toegang tot het medisch dossier van het slachtoffer deel uitmaakt van de opdracht van de deskundige, dan moet de behandelende arts hem inzage toestaan.

In geval van twijfel over de omvang van de opdracht van de deskundige moet de behandelende arts de toegang tot het dossier weigeren in afwachting van een toelichting, door de verzoekende overheid, van de opdracht van de deskundige over dit punt.

Indien er beslag gelegd wordt op het medisch dossier op requisitoir van de onderzoeksrechter of van de procureur des Konings (bij op heterdaad ontdekte misdaden of wanbedrijven), kan de verzoekende overheid, indien ze het nuttig acht, de wetsdokter toelaten het te raadplegen.

De situatie verschilt wanneer de wetsdokter optreedt als technisch raadgever en niet als gerechtelijk deskundige.

Behalve bij op heterdaad ontdekte misdaden of wanbedrijven, kan de procureur des Konings geen deskundigenonderzoek in de strikte zin van het woord bevelen, maar niets weerhoudt hem ervan het advies te vragen van een gespecialiseerde persoon, gewoonlijk "technisch raadgever" genoemd. In dat opzicht kiest hij vaak een persoon die als gerechtelijk deskundige optreedt voor de rechtbanken.

Behalve uitzonderingen bepaald door de wet (waaronder op heterdaad ontdekte misdaden of wanbedrijven), kan de procureur des Konings de beslaglegging op een medisch dossier niet bevelen.

De technische raadgever kan dan ook enkel kennis nemen van een medisch dossier wanneer de patiënt, zijn vertegenwoordiger of zijn mandataris met deze inzage instemt.

Indien deze toestemming ontbreekt of indien de patiënt overleden is, kan de procureur des Konings aan de onderzoeksrechter de uitvoering van een onderzoekshandeling vragen, in casu de beslaglegging op het medisch dossier.

### **Klinisch apotheker in een ziekenhuis** (18/06/2011)

**TREFWOORDEN :**

*Beroepsgeheim – Dossier (Medisch-) – Geneesmiddelen*

**DOCUMENTNAAM :**

*a134005n*

*Naar aanleiding van het advies dat de Nationale Raad op 30 april 2011 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 133) uitbracht m.b.t. de functie van de klinische apotheker in een ziekenhuis, vraagt een arts wie ethisch en juridisch verantwoordelijk is wanneer het voor de patiënt fout loopt doordat de behandelende arts het advies van de klinische apotheker heeft gevolgd.*

**ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 18 juni 2011 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw vraag betreffende de verantwoordelijkheid op ethisch en juridisch vlak ten gevolge van een advies van de klinische apotheker.

De Nationale Raad is van mening dat de eindverantwoordelijkheid op ethisch en deontologisch vlak, ook na een advies van de klinische apotheker, berust bij de behandelende arts.

De Nationale Raad is niet bevoegd om uitspraak te doen over de juridische verantwoordelijkheid. De rechter zal hierover, in voorkomend geval, een oordeel vellen en een uitspraak doen.

### **Deelname van artsen aan televisie-uitzendingen, docusoaps en artikels in de pers** (28/05/2011)

**TREFWOORDEN :**

*Publiciteit en reclame – Televisie*

**DOCUMENTNAAM :**

*a134009n*

*Gezien talrijke reacties naar aanleiding van bepaalde reality-televisie-uitzendingen, docusoaps en artikels in de pers wenst de Nationale Raad de artsen te wijzen op de mogelijke deontologische ontsporingen in verband met publiciteit.*

**ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 16 juli 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren het volgende advies uitgebracht met betrekking tot de deelname aan televisie-uitzendingen.

Gezien de reacties van heel wat confraters naar aanleiding van bepaalde reality-televisie-uitzendingen, docusoaps en artikels in de pers, wenst de Nationale Raad de artsen te wijzen op de mogelijke deontologische ontsporingen in verband met publiciteit.

Aangezien medische informatie de bevolking voornamelijk bereikt via de media, is het aanbevolen dat het artsenkorps zijn medewerking verleent aan deze initiatieven. Het is wenselijk met de pers te spreken om informatie te verstrekken aan het publiek, maar men moet erop letten dat deze informatie waarheidsgetrouw, objectief, relevant, verifieerbaar, discreet en duidelijk is. Ze mag in geen geval misleidend of vergelijkend zijn.

In de eerste plaats dient eraan herinnerd dat de toegelaten inlichtingen betrekking hebben op datgene wat voor de activiteit van de arts tot het openbare domein behoort (plaats van activiteit, specialisme, consultatie-uren, enz.). Formele informatie die strekt tot ronseling is deontologisch ontoelaatbaar. De artikelen 12 tot 17 van de Code van geneeskundige plichtenleer betreffende publiciteit dienen geëerbiedigd te worden, met inbegrip van artikel 15 volgens hetwelk artsen zich daadwerkelijk dienen te verzetten tegen elke publiciteit die de bepalingen van de artikelen 13 en 14 niet naleeft.

Artikel 16 bepaalt eveneens dat de provinciale raad voorafgaandelijk ingelicht dient te worden vóór elke medewerking met de media. Behalve in geval van dringendheid waarbij een tussenkomst absoluut niet kan uitgesteld worden, heeft dit contact tot doel de provinciale raad in staat te stellen kennis te nemen van de elementen die de arts denkt mee te delen en opmerkingen te formuleren in het kader van een collegiale dialoog. De Nationale Raad wijst de provinciale raden op hun verantwoordelijkheid om aan dit probleem de aandacht te schenken die het verdient.

Bovendien dient eraan herinnerd dat wanneer patiënten, samen met de arts, betrokken zijn bij deze contacten met de media, de arts zich ervan dient te vergewissen dat de patiënten nauwgezet ingelicht werden en hun toestemming gaven, overeenkomstig artikel 17 van de Code.

Aangezien deze regels de laatste tijd herhaaldelijk met voeten getreden werden, is het noodzakelijk preciseringen aan te brengen. In dit opzicht acht de Nationale Raad het zinvol aan de provinciale raden "guidelines" te verstrekken in de vorm van een charter dat nagekomen dient te worden door iedere arts die zijn medewerking verleent aan de media :

1° Behoudens dringende noodzaak moet de provinciale raad voorafgaandelijk ingelicht zijn en moet indien de arts werkzaam is in een zorginstelling de goedkeuring van de hoofdarts en van de voorzitter van de medische raad verkregen zijn. Indien het initiatief uitgaat van de niet-medische directie van de zorginstelling dient de hoofdarts de deontologische reikwijdte van elk initiatief na te gaan en er zich indien nodig tegen te verzetten (cf. advies van de Nationale Raad van 14 april 2008 betreffende de taken van de hoofdarts, TNR, nr. 120 p. 8).

2° De verstrekte informatie moet in overeenstemming zijn met het artikel 13 van de Code. Er zal in het bijzonder op gelet worden dat de titel van een uitzending niet ronselend is.

3° Het is aangewezen dat de persoon waarover een uitzending, interview of artikel handelt, in één keer aan bod komt en niet "in serie" om zo de getrapte val van ronselende publiciteit te vermijden.

4° Wanneer patiënten meewerken aan een uitzending dient de arts zich er persoonlijk van te vergewissen dat de voorwaarden in artikel 17 van de Code vervuld werden en dat de mogelijke gevolgen voor deze patiënten op het gebied van hun imago of van de eerbiediging van hun persoonlijke levenssfeer met hen overlopen en besproken werden.

5° De arts dient te reageren via een recht van antwoord of op gelijkaardige wijze (artikel 15 van de Code) indien artikels of introductiefilmpjes ronselende publiciteit voor het artikel of de geplande uitzending maken.

## **Het beheer van het Globaal Medisch Dossier** (16/07/2011)

TREFWOORDEN :  
Dossier (Medisch-) – Huisarts

DOCUMENTNAAM :  
a134010n

*De Nationale Raad heeft zich gebogen over het beheer van het GMD (Globaal Medisch Dossier), dit naar aanleiding van enkele syndicale vragen over de RIZIV-modaliteiten van openen en/of verlengen van het GMD.*

*Het GMD is onderhevig aan talrijke evoluties sedert het ontstaan ervan, met interacties tussen een wettelijk kader, de opeenvolgende Nationale Akkoorden Geneesheren-Ziekenfondsen en de aansluitende wijzigingen en/of aanpassingen in de RIZIV-bepalingen van het GMD. De benadering van de GMD-problematiek is derhalve complex. Daarom volgt na de antwoorden op de gestelde vragen een wettelijke en deontologische analyse.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 16 juli 2011 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de gestelde vragen : de problematiek handelt over de regelgeving het GMD (Globaal Medisch Dossier), in het bijzonder het beheer van het GMD via de modaliteiten van openen en verlengen.

De Nationale Raad vindt het nuttig te herinneren aan het wettelijke kader van het GMD en aan andere relevante wettelijke bepalingen daaromtrent (zie bijlage 1) en aan de opeenvolgende Nationale Akkoorden Geneesheren-Ziekenfondsen van 1999 tot en met 2011 (zie bijlage 2) .

#### **1. Bespreking van de vragen.**

##### **1. 1. "Een eerste contact met de huisartsen is een kennismaking en er wordt geen GMD geopend."**

Elk contact, geattesteerd als raadpleging of huisbezoek, van een patiënt met een huisarts binnen het kader van de gezondheidszorg moet beschouwd worden als een volwaardig medisch zorgcontact: de opening van een GMD (102771) is dan ook rechtstreeks verbonden aan die specifieke nomenclatuurnummers van raadpleging of huisbezoek.

De patiënt heeft de vrije keuze van arts en kan die keuze op elk ogenblik wijzigen (behalve bij opgelegde wettelijke beperkingen)<sup>1-2</sup>.

Bij het eerste contact is het openen van een medisch dossier<sup>3</sup> een essentieel onderdeel binnen de arts-patiëntrelatie en een wettelijke en deontologische plicht.

Gezien die implicaties zowel voor de patiënt als de huisarts, is het nuttig dat in het kader van het beheer van het medisch dossier, reeds tijdens dat eerste contact de status van het GMD wordt besproken. Elke patiënt kan aan een huisarts vragen om een GMD te openen<sup>4</sup> - onmiddellijk en op uitdrukkelijk verzoek - en de huisarts dient aan elke nieuwe patiënt bij het openen van een medisch dossier te vragen of er tijdens het kalenderjaar, al een GMD bestaat (geopend of verlengd) bij een andere huisarts.

De huidige procedure van "administratieve verlenging van het GMD" stelt - naar analogie - dat dit kan als de verzekeringsinstelling in het jaar minstens één contact vaststelt.

De deontologische benadering van de gestelde vraag is genuanceerd en hangt af van de exacte context waarin de patiënt een 'tweede huisarts' consulteert.

Er moet in elk geval vermeden worden dat de kwalitatieve meerwaarde voor de patiënt van een GMD - beheerd door één vaste huisarts - ondergeschikt wordt aan de financiële vergoeding voor huisartsen en aanzet geeft tot het ronselen van patiënten.

Indien een huisarts optreedt als vervangende arts kan deze, geconsulteerd om de continuïteit van zorg te verzekeren, geen GMD openen.

Dit voorbehoud is absoluut tijdens de uitvoering van de bevolkingswachtdienst : zowel in de weekends en op feestdagen. Het geldt ook binnen een door de huisartsen georganiseerde weekwacht. Dit betekent dan ook een onverenigbaarheid van de wachtdienstnomenclatuur met die van het GMD.

Analoog is elke toestand waarin de huisarts optreedt als vervanger van een collega (afwezigheid, verlof, ziekte) voor diens patiënteel er geen verandering kan gebeuren in de status van het GMD.

Belangrijk is de aandacht voor modaliteiten van toegang tot het GMD - in voorgaande omstandigheden - in het belang van de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Specifiek is de situatie van groepspraktijken of samenwerkingsverbanden onder huisartsen, waarbij duidelijke interne afspraken worden gemaakt over de opening of verlenging van het GMD, doch ook over het gebruik van en de toegang tot de medische gegevens van het GMD voor de continuïteit van zorg.

In het kader van een raadpleging/huisbezoek van elke 'nieuwe patiënt' dient die (tweede) huisarts de problematiek van het GMD met de nodige sereniteit en voorbehoud te behandelen en te informeren bij de patiënt in welke zorgcontext dat eerste contact gebeurt. Patiënten kennen soms onvoldoende de financiële draagwijdte of de kwalitatieve doelstellingen van een GMD. Daarom is correcte informatie over het GMD door de huisarts essentieel, en is voor het beheer van het GMD een volledig "geïnformeerde toestemming" van de patiënt noodzakelijk.

Indien het de formele en uitdrukkelijke wens is van de patiënt om te veranderen van huisarts - om welke redenen ook - dan kan reeds van bij het eerste contact met de nieuwe arts de opening van een GMD overwogen worden (mits de nomenclatuurrestricties) indien dit ten minste de uitdrukkelijke wens is van de patiënt.

Aansluitend moet de nieuwe huisarts, met toestemming van de patiënt, initiatieven nemen voor collegiaal contact met de vorige huisarts om alle relevante gegevens van het bestaande GMD te integreren in het nieuwe GMD (cf. 1.2.) - zonder hetwelk de kwalitatieve doelstelling van het GMD genegeerd wordt.

Indien echter dat eerste contact in een volatiele omstandigheid gebeurt (toevallige afwezigheid, onbereikbaarheid of verlof van de eigen vaste huisarts en de huisarts is geen vervanger), of blijkt dat patiënt gewoon een 'second opinion' verwacht, of dat die patiënt nog geen definitieve keuze wenst te maken voor een nieuwe 'vaste huisarts', dan moet dit gerespecteerd worden en is het opdringen van of het unilateraal openen van een GMD een ernstige deontologische fout.

### **1.2."a. Een nieuwe GMD-houdende arts schrijft de vorige arts, uiteraard met akkoord van de patiënt, aan om de gegevens van het GMD over te dragen."**

#### **"b. De aangeschreven arts stuurt dit door binnen de vier weken."**

a. Met respect voor de vrije keuze van de patiënt is het noodzakelijk dat, bij verandering van behandelende huisarts, de 'relevante informatie' van de patiënt tussen (beide) huisartsen wordt overgedragen, in het kader van continuïteit van zorg.

De overdracht kan rechtstreeks tussen huisartsen, op verzoek van of met akkoord van de patiënt, gezien hij zich kan verzetten<sup>5</sup> tegen de overdracht van gegevens<sup>6</sup>.

b. Bepalingen van het AMD<sup>7</sup> en het GMD<sup>8</sup> kunnen hierbij een leidraad zijn omdat daarin de minimale inhoud van de 'relevante medische en socio-administratieve gegevens' is beschreven.

De tijdsduur noodzakelijk voor de overdracht van 'relevante gegevens' moet redelijk zijn om de continuïteit van zorg niet in het



gedrang te brengen.

### **1.3. "Huisartsen die onrechtmatig een GMD-inschrijving uitgelokt hebben, waardoor deze patiënten het financieel voordeel verliezen bij hun huisarts, ontnemen de patiënt een tarifair voordeel voor hun basisgezondheidszorg."**

In dat kader moeten de praktische modaliteiten van het beheer van het GMD getoetst worden aan de objectieve wettelijke vaststellingen dat voor de patiënt de vrije keuze quasi onbeperkt is en op elk ogenblik kan gewijzigd worden, en dat de patiënt aansluitend - volgens de RIZIV modaliteiten en de nomenclatuur - ook het recht heeft om op uitdrukkelijk verzoek (de opening van) een GMD te vragen.

De huisarts moet voor elke patiënt een medisch dossier bijhouden en mag dus bij elke nieuwe patiënt aansluitend vragen naar het (bestaan van een) GMD, gezien de implicaties voor beiden (cf. 1.1.), zonder dat dit moet beschouwd worden als 'uitlokking van een GMD'.

De huisarts is echter volledig afhankelijk van de correcte informatie die de nieuwe patiënt hem verstrekt omtrent het bestaan van een (geopend of verlengd) GMD bij een andere huisarts (tijdens een kalenderjaar). Hij is ook afhankelijk van het uitdrukkelijk verzoek van de patiënt om een GMD. De huisarts die aan dit verzoek voldoet handelt dan ook conform de bepalingen van de nomenclatuur 102771.

De opening van een GMD bij de nieuwe huisarts kan, onder die omstandigheden, noch wettelijk noch deontologisch beschouwd worden als zijnde onrechtmatig.

De RIZIV-modaliteit om via de nomenclatuur het GMD per patiënt te beperken tot één huisarts per kalenderjaar, interfereert met het patiëntenrecht van onbeperkte vrije keuze en wijziging van huisarts (cf. 1.1). Die tijdsbeperking 'per kalenderjaar' vinden we niet terug in het KB op het AMD.

Die RIZIV-modaliteit beperkt daarentegen tarifair zelf het recht op vermindering van het remgeld van andere geraadpleegde huisartsen, ook bij een door patiënt gewenste verandering van huisarts tijdens de periode van dat GMD-kalenderjaar.

Een verandering van huisarts is niet steeds uit onvrede met de vorige huisarts, doch kan noodzakelijk zijn bij (langdurige) ziekte, overlijden van de eigen huisarts of bij een verhuis.

### **1.4. "Kan een huisarts die geen bezoeken bij de patiënt kan verzekeren (afstand, beschikbaarheid,...) een GMD openen?"**

Het beheer van een GMD<sup>9</sup> is (nu) voorbehouden aan "erkende huisartsen" (opm. in het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 1999 was sprake van "geaccrediteerde huisartsen" waarmee "erkende huisartsen" worden gelijkgesteld).

Derhalve moet elke huisarts - die GMD's wenst te beheren - voldoen aan de voorwaarden om die "erkenning" te bekomen of te behouden: "hij verstrekt zorgen zowel thuis bij de patiënt als in de consultatieruimte."<sup>10</sup>

Het beheer van medische dossiers van alle patiënten, in voorkomend geval het beheer van de GMD's, vormt een element van verificatie van die "erkenning"<sup>11</sup>.

### **1.5. "De ziekenfondsen zullen gevraagd worden (eventueel via eHealth) een bestand ter beschikking te houden van de GMD-houdende huisartsen van de patiënten. Dit zal zowel de huisartsen dienen (bij de verandering van huisarts, als bij wacht...) als de specialisten die deze bestanden zullen kunnen gebruiken voor het versturen van verslagen aan de huisartsen."**

Het koninklijk besluit op het AMD<sup>12</sup> voorziet in een procedure van registratie (met een rol van de verzekeringsinstelling, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid): het is de betrokken patiënt die zijn keuze voor AMD/GMD-houdende huisarts kenbaar maakt aan de verzekeringsinstelling, die dan via het RIZIV als doorgeefluik zou fungeren naar de overheid - op dit niveau - voor de registratie het aantal patiënten per huisarts.

Dit onderdeel van het koninklijk besluit heeft echter geen uitvoeringsmodaliteiten gekregen.

Het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 1999 bepaalt dat "het uitdrukkelijk en vrijwillig verzoek van de verzekerde (patiënt) zich in het globaal medisch dossier bevindt, op basis van de modaliteiten goedgekeurd door de NCGZ (Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen)".

De praktische uitvoering - volgens de nomenclatuur 102771 - bepaalt dat "het uitdrukkelijk verzoek en/of het schriftelijk akkoord van de patiënt om zijn globaal medisch dossier te beheren bevindt(en) zich in het dossier. Indien de patiënt niet in staat is om zelf dit uitdrukkelijk verzoek of dit akkoord te kennen te geven, wordt de identificatie van het familielid of nabestaande die dit verzoek uit of dit akkoord geeft in de plaats van de patiënt, in het dossier vermeld".

Het beheer van het GMD is nu meestal verbonden aan het EMD (elektronisch medisch dossier): gezien de verplichte registratie van het GMD in dat EMD zijn huisartsen in staat om een bestand van hun GMD-houdende patiënten te genereren, zonder enige tussenkomst van derden.

Gezien patiënten de vrije keuze hebben zowel van verzekeringsinstelling als van huisarts, en hun keuze steeds kunnen wijzigen, is het up-to-date houden van een dergelijk "bestand" - op het niveau van één verzekeringsinstelling - gebaseerd op de RIZIV-modaliteit van het GMD via het nomenclatuurnummer 102711 (éénmaal per jaar, per patiënt en per huisarts) onvoldoende en biedt deze weg geen enkele garantie om te kunnen vaststellen wie de échte behandelende huisarts is met respect voor die vrije keuze.

Daarenboven moeten "bestanden" voldoen aan de Privacywetgeving zowel qua finaliteit, proportionaliteit, samenstelling, toegebruik.

De communicatie tussen behandelende artsen (huisartsen en specialisten) kan niet bepaald noch beperkt worden via derden, door een "bestand" van GMD-houdende huisartsen, terwijl mogelijk de patiënt reeds een vrije keuze heeft gemaakt voor een andere behandelende huisarts (al dan niet GMD-houdend).

De patiënt beslist mee over aard en bestemming van over te dragen gegevens (huisarts en specialist)<sup>13</sup>.

**1.6. "In het kader van een grotere participatie en van een belangrijke responsabilisering van de patiënt, menen we dat het geraadzaam zou zijn dat de ziekenfondsen bij een derde huisartsenwissel in één kalenderjaar een initiatief nemen via de geneesheer-adviseur."**

De vrije keuze van de patiënt van de beroepsbeoefenaar, en het recht op wijzigen, is een fundamenteel patiëntenrecht<sup>14</sup>.

Het voorstel om aan de geneesheer-adviseur van het ziekenfonds, bij wijziging van de keuze door de patiënt voor een andere huisarts, 'een initiatief' te laten nemen omtrent de 'belangrijke responsabilisering' van de patiënt in het geval van 'een derde huisartsenwissel', is in het kader van dit wettelijke recht op vrije keuze van de patiënt dan ook zeer dubieus.

De vraag is of het tot de wettelijke opdrachten van de geneesheer-adviseur behoort om 'een initiatief' te nemen versus de patiënt, en of dit initiatief dan controlerend of adviserend is.

De vrije keuze van de patiënt voor elke beroepsbeoefenaar moet in elk geval steeds gerespecteerd worden - ook door elke arts - en kan/mag derhalve niet beïnvloed worden door de geneesheer-adviseur.

De verzekeringsinstellingen konden in de loop van 1999 hun leden uitnodigen om een dossierhoudende huisarts te kiezen volgens de modaliteiten bepaald door de NCGZ<sup>15</sup>, in het bijzonder om een GMD te openen.

**1.7. "De ziekenfondsen brengen de vorige huisarts op de hoogte van het feit dat hij niet langer door de patiënt als GMD-houdende huisarts werd gekozen en delen de naam van de nieuw gekozen GMD-houdende huisarts mee."**

De informatie van de GMD-houdende huisarts wordt bepaald, op het niveau van de verzekeringsinstelling, door de nomenclatuur 102711 en is beperkt tot één enkele opening/verlening van het GMD per kalenderjaar, per patiënt en per huisarts.

Het is de vrije keuze van de patiënt die bepalend is voor de behandelende huisarts, en aansluitend ook die keuze van de patiënt voor de beheerder van het GMD.

De informatie rond GMD-houdende huisartsen, op niveau van de verzekeringsinstelling, is volgens de vigerende RIZIV-modaliteiten een louter administratief gegeven. Deze houdt geen rekening met de realiteit van de feitelijk behandelende huisarts, die mogelijk door de vrije keuze van de patiënt gewijzigd is tijdens het lopende "GMD-kalenderjaar"<sup>16</sup>.

In dit verband staat het volgende in de nota e-Health:

"De huidige registratieprocedure van het GMD-houderschap schiet evenwel te kort in die zin dat er thans geen geactualiseerd databestand voorhanden is van de GMD-houders. De procedure wordt geformaliseerd door het aanrekenen van het GMD door middel van een specifieke RIZIV-code. Aangezien deze code slechts éénmaal per jaar worden aangerekend, terwijl de patiënt onbeperkt kan veranderen van huisarts, is het momenteel niet mogelijk om met zekerheid te bepalen welke huisarts op een welbepaald ogenblik GMD-houder is van een specifieke patiënt."

Het is derhalve precair aan derden, o.a. verzekeringsinstellingen, de opdracht te geven om te bepalen wie in fine behandelende huisarts is/wordt, en aansluitend ook het GMD toe te wijzen op basis van louter administratieve gegevens gezien dit onvolgende rekening houdt met die realiteit van vrije keuze: dit zijn wettelijk uitdrukkelijke prerogatieven van de patiënt.

## **2. Wettelijke en deontologische analyse rond het beheer van het GMD:**

Omdat aan het beheer van het GMD een bepaalde vergoeding per patiënt wordt toegekend, is een deontologisch probleem mogelijk de ronseling van patiënten.

De huidige modaliteiten van beheer van het GMD houden onvoldoende rekening met de vrije keuze van de patiënt door de budgettaire RIZIV beperking per kalenderjaar slechts één GMD per patiënt per huisarts vergoedbaar te maken. Er is een feitelijk conflict met de Wet Rechten Patiënt en het Koninklijk besluit van het AMD waarbij die vrije keuze en de wijziging ervan niet beperkt is in de tijd.

Daarom is het belangrijk om het recht van vrije keuze van de patiënt maximaal te respecteren, en de uitwerking van de RIZIV modaliteiten rond het GMD daarop te baseren.

Het "attesteren van het GMD" tijdens een "contact" - raadpleging of huisbezoek in direct onderling overleg op uitdrukkelijk verzoek of het schriftelijk akkoord van de patiënt - is sedert het ontstaan van het GMD de vigerende nomenclatuurregel (102771), zowel bij openen als verlengen. Het getuigenschrift moet wel ingediend worden met het oog op terugbetaling, alvorens de verzekeringsinstelling daaruit de status van GMD-houdende huisarts kan afleiden.

Het invoeren van een "administratieve verlenging" van het GMD zonder attesteren van het nomenclatuurnummer(102711), maar voortgaande op één "contact" met de GMD-houdende huisarts, is mogelijk (koninklijk besluit van 18 februari 2004) maar is ondergeschikt aan het attesteren van het GMD (102711) door een andere huisarts in datzelfde kalenderjaar.

Zolang vastgehouden wordt aan de modaliteit van één GMD per kalenderjaar voor één enkele huisarts, blijft er een rechtsonzekerheid bestaan over de arts-patiëntrelatie en het statuut van de GMD-houdende arts, ongeacht de formule van openen of verlengen van het GMD<sup>17</sup>.

Door de "administratieve verlenging" als algemene regel voor te stellen, kan men enkel retrograad de status van GMD-houdende huisarts toekennen of afwijzen, gezien men ook afhankelijk is van de mogelijke opening door een andere huisarts via een attesteren van de nomenclatuur 102771 (weerom mits indienen van het getuigschrift voor terugbetaling). Het volgende voorbeeld maakt dit duidelijk: huisarts A is GMD-houdend in 2010 en behandelt de patiënt gedurende gans 2011 (zonder attesteren wachtend op de administratieve verlenging), doch op 31 december 2011 wil patiënt een andere huisarts B (om welke redenen ook) met de vraag naar een GMD dat hij opent: dan wordt huisarts B voor 2011 retrograad als GMD-houdend toegewezen.

Het wordt voor de behandelende huisartsen nog complexer indien vormen van zorgverstrekking (zorgtrajecten, preventiemodule) op die manier in tijd beperkt worden of voorbehouden worden door die (nomenclatuur)link met het GMD. De vraag stelt zich of die aspecten van GMD-regulering niet in strijd zijn met de diagnostische en therapeutische vrijheid<sup>18</sup>.

### 3. Besluit

De Nationale Raad ondersteunt het principe van het GMD, met vrije keuze voor een vaste huisarts, in het kader van een kwalitatieve zorgverlening in het belang van de patiënt.

De desbetreffende wettelijke en deontologische regels verdienen onze aandacht gezien geleidelijk bepaalde vormen van zorgverlening gespecificeerd door het RIZIV (zorgtrajecten, preventiemodule) exclusief verbonden worden aan het bestaan van een GMD.

De arts-patiënt relatie ontstaat uit een vrijwillig engagement in het kader van de gezondheidszorgen, met respect voor de autonomie van zowel de arts als de patiënt: beiden kunnen die relatie toezeggen of weigeren.

In het kader van die stelregel primeert dus het correct definiëren van die relatie en pas nadien de specificatie omtrent het medisch dossier dat daaruit volgt:

- elke arts-patiënt relatie vergt het beheer van een medisch dossier;
- de vaste huisarts-patiënt relatie vormt de basis voor het beheer van het GMD, zowel het openen en verlengen ervan op uitdrukkelijk verzoek.

De rechtsverhouding tussen een huisarts en een patiënt, die van belang is voor het beheer van het GMD, is degene die ontstaat in het kader van de gezondheidszorgen: "diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden".

Enkel binnen het kader van gezondheidszorgen is de Wet Patiëntenrechten<sup>19</sup> van toepassing, met alle implicaties voor de huisarts-patiëntrelatie en het GMD.

Een eerste belangrijk patiëntenrecht is een kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

Een arts-patiënt relatie is gestoeld op wederzijds vertrouwen en respect. Communicatie en participatie spelen een belangrijke rol in een streven naar een kwaliteitsvolle zorgverstrekking.

De huisarts zal de patiënt informeren over het belang van het GMD als werkinginstrument om de zorg te optimaliseren en zal op diens vrijwillig en uitdrukkelijk verzoek het GMD openen of verlengen. Een vaste huisarts-patiëntrelatie vormt de basis voor het beheer van het GMD. Het principe van het GMD verhoogt de kwaliteit van de zorg omdat alle informatie omtrent de patiënt door de vaste huisarts verzameld en geïntegreerd wordt in een medisch dossier. Hierdoor krijgt de vaste huisarts een totaalbeeld van de gezondheidstoestand van de patiënt waardoor het mogelijk wordt de juiste beslissingen te nemen.

Recentelijk werd de waarde van het statuut van GMD-houdende arts bekrachtigd door deze unieke vertrouwensrelatie te laten gelden als bewijs van een therapeutische relatie waardoor de GMD-houdende arts de toegang heeft tot alle patiënteninformatie voor de duur van één jaar<sup>22</sup>.

Hieruit volgt ook de noodzaak aan voldoende rechtszekerheid betreffende het statuut van GMD-houdende arts.

Een tweede belangrijk patiëntenrecht is de vrije keuze: deze is niet alleen belangrijk als zelfbeschikkingsrecht maar ook onmisbaar voor de uitbouw van een vertrouwensrelatie met de arts.

«Princiepelijk wordt de patiënt het recht toegekend om zelf te kiezen op welke beroepsbeoefenaar hij een beroep doet en om deze keuze te wijzigen. Dit houdt ook in dat de patiënt achtereenvolgens vrij verschillende beroepsbeoefenaars kan contacteren, om uiteindelijk een welbepaalde beroepsbeoefenaar te kiezen met wie hij een individuele relatie wenst aan te gaan of dat hij, terwijl hij zich reeds in een therapeutische relatie bevindt, een andere beroepsbeoefenaar kan contacteren en eventueel zijn keuze kan wijzigen (de zogenaamde "second opinion"). Het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar kan enkel beperkt worden krachtens wet (bijvoorbeeld op het vlak van de arbeidsgeneeskunde, de controle-geneeskunde).»<sup>23</sup>

\* \* \*

De Nationale Raad wenst met voorgaande analyse bij te dragen om met de nodige voorzorg bepaalde RIZIV-modaliteiten voor het beheer van het GMD te corrigeren of aan te passen, zodat er enerzijds een grotere rechtszekerheid kan ontstaan binnen de huisarts-patiëntrelatie dan nu het geval is en anderzijds door voorgestelde administratieve maatregelen - zoals blijkt uit de reden van de vraagstelling - zo weinig mogelijk aanleiding tot ondeontologisch gedrag.

### Bijlagen

1 KB. 3 mei 1999 - Koninklijk besluit betreffende het Algemeen Medisch Dossier (B.S. 17/07/1999) - Art. 3. § 1.

2. Wet Rechten Patiënten (WRP) 22 augustus 2002. - Art. 6.
3. Wet Rechten Patiënten (WRP) 22 augustus 2002. - Art. 9. § 1.
4. Nomenclatuur 102711.
5. KB. 3 mei 1999 - Koninklijk besluit betreffende het Algemeen Medisch Dossier (B.S. 17/07/1999) - Artikel 4.
6. Wet Rechten Patiënten (WRP) 22 augustus 2002. - Art. 9. § 3
7. KB. 3 mei 1999 - Koninklijk besluit betreffende het Algemeen Medisch Dossier (B.S. 17/07/1999) - Artikel 1.
8. Nomenclatuur 102771.
9. Nomenclatuur 102771
10. 21 februari 2006. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen. -Art. 10, 1°
11. 21 februari 2006. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen. -Art. 10, 3°
12. KB. 3 mei 1999 - Koninklijk besluit betreffende het Algemeen Medisch Dossier (B.S. 17/07/1999) - Art. 3 §2, §3
13. KB. 3 mei 1999 - Koninklijk besluit betreffende het Algemeen Medisch Dossier (B.S. 17/07/1999) - Art. 4 §1, §2
14. Wet Rechten Patiënten (WRP) 22 augustus 2002. - Art. 6.
15. Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 1999
- 16-17. e-Health 19/01/2010: Nota betreffende het elektronisch bewijs van een therapeutische relatie tussen een ziekenhuis of een geneesheer enerzijds en een patiënt anderzijds.  
[https://www.ehealth.fgov.be/sites/active.webehealthprd.ehealth.fgov.be/files/assets/nl/pdf/nieuwsbrief/nota\\_therapeutische\\_relatie\\_19012010-final.pdf](https://www.ehealth.fgov.be/sites/active.webehealthprd.ehealth.fgov.be/files/assets/nl/pdf/nieuwsbrief/nota_therapeutische_relatie_19012010-final.pdf)
18. KB 10 november 1967. - Koninklijk besluit nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen - Art. 35duodecies.
19. Wet Rechten Patiënten (WRP) 22 augustus 2002.20.
20. Wet Rechten Patiënten (WRP) 22 augustus 2002. - Art. 5, 7,
21. Nationale Akkoorden Geneesheren-Ziekenfondsen - van 1999 > 2011
22. e-Health 19/01/2010: Nota betreffende het elektronisch bewijs van een therapeutische relatie tussen een ziekenhuis of een geneesheer enerzijds en een patiënt anderzijds.  
[https://www.ehealth.fgov.be/sites/active.webehealthprd.ehealth.fgov.be/files/assets/nl/pdf/nieuwsbrief/nota\\_therapeutische\\_relatie\\_19012010-final.pdf](https://www.ehealth.fgov.be/sites/active.webehealthprd.ehealth.fgov.be/files/assets/nl/pdf/nieuwsbrief/nota_therapeutische_relatie_19012010-final.pdf)
23. Belgische Senaat - zitting 18 juli 2002 - Wetsontwerp WRP - 2-1250/3 (citaat)

## **Verslag Vergadering EFMA-WHO van 23 en 24 juni 2011 te Brussel**

Dr. J.-L. Desbuquoit  
Prof. dr. A. Herchuelz

Jaarlijks vergadert het EFMA (European Forum of Medical Associations) in samenwerking met de WHO (World Health Organization).

De aan die meeting participerende landen behoren tot de regio Europe van de WHO en dat gebied is uitgebreider (zijn bv. inbegrepen o.m. Israël, Armenië, Azerbeidjan enz.) dan het strikt geografische Europa.

De bedoeling van die meeting is dat de WHO, die in principe overleg pleegt met de diverse landen op ministerieel niveau, het gezondheidsbeleid ook bespreekt met de NMA's (National Medical Associations).

Per land is één NMA lid van het EFMA: voor België is dat de BVAS.

In tegenstelling tot hetgeen laatst te lezen was in een medisch weekblad, is de Orde van geneesheren geen lid van het EFMA, maar wordt ze wel uitgenodigd als observator die mag deelnemen aan de debatten en zonder stemrecht aan de besluitvorming.

Daartoe duidde de Nationale Raad van de Orde twee van zijn leden aan om aan de meeting deel te nemen: prof. dr. A. Herchuelz en dr. J.L. Desbuquoit.

Dit jaar werd de bijeenkomst in Brussel georganiseerd en dit onder zeer kundige leiding en voorzitterschap van dr. R. Lemye.

Bovendien nam prof. dr. A. Herchuelz deel aan de voorbereidende vergaderingen van het "Liaison Committee" (uitvoerend comité van het EFMA).

### **De meeting startte met een "workshop" over "Good use of medicines":**

Het behandelen van dit thema is zeker wenselijk als men weet dat er per jaar in Europa ongeveer 145.000 sterfgevallen zijn die verband hebben met fouten m.b.t. medicatie.

Die problemen ontstaan zeer dikwijls door onvoldoende, gebrekkige communicatie tussen de betrokkenen: bv. deficiënte informatie over de thuismedicatie in geval van hospitalisatie of bv. onvoldoende duidelijkheid en daardoor misverstanden en fouten m.b.t. de verdere medicamenteuze behandeling bij ontslag uit het hospitaal.

Duidelijke informatie van de arts aan de patiënt en desgevallend tussen de artsen onderling is essentieel voor een foutloos verloop van de medicamenteuze behandeling.

In die informatie van de patiënt speelt de apotheker ook een belangrijke rol, gezien zijn complementaire bevoegdheid ten aanzien van de specifieke bevoegdheid van de voorschrijvende arts. Die complementariteit kan zo nodig geoptimaliseerd worden door contact en overleg tussen arts en apotheker

De ontwikkeling van de functie "klinisch apotheker" in de ziekenhuizen is ook een belangrijke pijler in het nastreven van een correcte en veilige medicatietoediening.

Ook werd er een discussie gevoerd over gevoelige items zoals het voorschrijven van generieken, het voorschrijven op stofnaam en de wens in sommige beleidskringen om aan de apothekers substitutierecht toe te kennen.

Verder waren er "scientific workshops" over vier thema's:

- 1. Antimicrobiële resistentie**
- 2. Immunisatie**
- 3. Migratie van artsen**
- 4. Rechten van de patiënt over de landsgrenzen heen**

#### **1. Antimicrobiële resistentie:**

De leiding van deze workshop was in handen van dr. G. Ganter, senior-advisor van de Regional Office Europe van de WHO.

Zoals geweten is dit belangrijk probleem het gevolg van een al te dikwijls onoordeelkundig voorschrijven en gebruik van antibiotica. Dit doet zich in het algemeen meer voor in de zuidere landen dan in de noordelijke landen. In bepaalde landen zijn sommige antibiotica zelfs "over the counter", aldus zonder voorschrift, beschikbaar.

Ook het overmatige gebruik van antibiotica in de diverse geledingen van de voedingssector (en dit niet met het oog op therapie voor dieren maar wel op commercieel rendement van de dieren) heeft voorzeker ook bijgedragen tot resistentieproblemen.

Ten slotte is er nog het feit dat tijdens de laatste decennia weinig werkelijk nieuwe antibiotica tot stand kwamen.

Er is echter ook goed nieuws.

Er is meer en meer ontwikkeling van nationale coördinatieprogramma's ter bestrijding van overmatig en niet-correct gebruik van antibiotica.

België blijkt een goed voorbeeld te zijn van doortastende aanpak: per jaar was er een vermindering van het gebruik met 6,2%.

## **2. Immunisatie:**

Deze sessie werd voorgezeten door dr. J. de Haller, voorzitter van de Zwitserse NMA.

Vooraf in het licht van de actuele opmars van mazelen, in het bijzonder in Frankrijk en Zwitserland, en van de nog vrij recente pandemie van H1N1-griep werd het grote belang van het implementeren van vaccinatieprogramma's benadrukt.

In België is alleen de poliovacinatie wettelijk verplicht, maar het feit dat "Kind en Gezin" alle nodige vaccinaties oplegt voor de kinderopvang draagt bij tot een zeer hoge vaccinatiegraad.

Een kleine minoriteit van mensen weigert alsnog vaccinatie van de kinderen, niet zelden gedreven door bepaalde filosofische overtuigingen. Bij die negatieve houding heeft ook de publicatie, in de jaren negentig, van een artikel een rol gespeeld: daarin werd een verband gelegd tussen vaccinatie tegen mazelen en de latere ontwikkeling van autisme. Achteraf is gebleken dat het "wetenschappelijk" artikel een falsificatie was!

Door prof. M. Schetgen, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de ULB en kabinetsmedewerker van mevrouw Onkelinx, minister van Volksgezondheid, werd het Belgische beleid inzake immunisatieprogramma's toegelicht.

Dr. J.F. Soupart, voorzitter van het FAG (Forum des Associations de Généralistes) en lid van de Federale Raad voor Huisartsenkringen, deed een uiteenzetting over de praktische aanpak in ons land van de vaccinatie tijdens de H1N1-griepdemonie.

Besluit van deze sessie is de blijvende noodzaak van een overtuigende sensibilisatie, waarin de huisarts een cruciale rol heeft.

## **3. Migratie van artsen:**

Boeiend en mooi gepresenteerd was de bijdrage van dr. R. Kerzmann, lid van de Nationale Raad van de Orde en sinds kort voorzitter van de CEOM (Conseil Européen des Ordres des Médecins).

Hij gaf een duidelijke uiteenzetting over de CEOM-studie van de migratie van artsen naar Frankrijk en wees op de oprichting, in het kader van de CEOM, van het "observatorium van medische demografie" met als doel verdere nauwgezette studie van artsenmigratie in Europa.

Samen met de andere sprekers werd geconcludeerd dat migratie vooral maar niet alleen uitgelokt wordt door betere financiële voorwaarden, maar ook door betere werk- en levensomstandigheden.

Dr. O. Kloiber, secretaris-generaal van de WMA (World Medical Association) wees bovendien op de zogenaamde "sociale migratie" waarbij het land niet verlaten wordt maar wel de beroepsuitoefening: afgezien van het overlijden, gaat het om stopzetting of beperking van de zorgactiviteit, het (soms zeer vroegtijdig) opnemen van jobs buiten de zorgactiviteit.

Dr. O. Kloiber benadrukte ook dat de "uptake" van artsen-migranten in een rijk land zware repercussies heeft op arme landen waar ze vandaan komen en waar er daardoor des te meer tekort is aan artsen.

Zonder afbreuk te doen aan het vrije verkeer van personen, goederen en diensten, wordt er niettemin gepleit voor een meer evenwichtige spreiding van de artsenmigratie in Europa en worden de op puur commerciële doelen afgestemde recruteringbureaus voor migratie van artsen en andere beoefenaars van gezondheidszorgberoepen formeel afgekeurd.

## **4. Patiëntenrechten over de landsgrenzen heen:**

Deze zitting werd voorgezeten door dr. R. Brettenthaler van de Oostenrijkse delegatie.

Uiteraard kwam hier voornamelijk de zeer recente (9 maart 2011) Europese richtlijn over "Cross border health care" aan bod.

Deze richtlijn kwam er na vele jaren discussie en na meerdere aanzetten daartoe door de Europese rechtspraak en heeft als doel aan de burgers de nodige rechtszekerheid te geven voor een vlotte toegang tot veilige, kwaliteitsvolle zorgverlening over de grenzen heen, in alle lidstaten van de EU.



## COLOFON

---

### ORDE VAN GENEESHEREN

Nationale Raad,  
de Jamblinne de Meuxplein 34-35, 1030 Brussel,  
Tel. 02/743.04.00—Fax: 02/735.35.63  
E-mail: [info@ordomedic.be](mailto:info@ordomedic.be)—Internetsite: <http://www.ordomedic.be>

### HOOFDREDACTEURS

Dr. P. Beke, Prof. dr. G. Rorive

### VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

Prof. dr. W. Michielsens, Dr. J. Noterman,  
de Jamblinne de Meuxplein 34-35, 1030 Brussel,

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.