



Geachte collegae,

bij het nalezen van de teksten kom ik tot volgende conclusies:

Bij het betreden van ons kabinet door een patiënt hebben we volgende checklist af te werken:

We moeten:

1) nagaan of de patiënt in orde is met zijn verzekeraar (en anders vermanen en afstraffen met een getuigschrift voor verstrekte hulp dat hij volledig moet betalen en we zullen hem erbij vertellen dat het zinloos is om dit binnen te doen bij het ziekenfonds, want hij krijgt toch niets terug

2) nagaan of de patiënt een arme stumper is of niet (volgens de geldende regels ben je een arme stumper oftewel omnio-patiënt als de overheid dit zegt, niet als je dit merkt aan de patiënt of dat hijzelf dit vraagt (volgens de overheid zijn de XX0/XX0 NOOIT onbemiddeld, en zijn de XX1/XX1 ALTIJD stumperkes. En huisartsen ook al lijkt dit voor u anders, dat is dan allemaal simulatie! Maar dat kunt ge als goedgebouwde huisarts niet doorzien. Daarom heeft de overheid ons geholpen door deze grondige maatregel verplicht te maken!)

3) nagaan of de patiënt zijn maximumfactuur heeft bereikt (indien ja, dan heeft deze patiënt weinig aan het verplichte derdebetalerssysteem: hij zal toch moeten gaan aanschuiven in het gezellige mutualiteitskantoor om deze euro terug te eisen en had dus net zo goed alles kunnen teruggeven, want hij moet toch deze weg gaan. Of zou de overheid hopen dat deze arme drommel best wel een euro kan missen en misschien "vergeet" deze euro terug te halen?

4) nagaan of deze patiënt tussen de 45 en 74 jaar is en of hij een chronische ziekte heeft: dus of hij de laatste 2 kwartalen meer dan 300 euro per kwartaal heeft uitgegeven aan medische zorgen. Waar ik volgende bedenking bij heb: als je het eerste kwartaal 1000 euro onkosten hebt, het volgende kwartaal 200 euro onkosten, dan weer 1000 euro onkosten etc (en je hebt nooit 2 opeenvolgende kwartalen boven de 300 en ben je dan "niet" chronisch ziek?) Dit nagaan is nochtans nodig omdat we anders niet weten of bij deze patiënt een preventief onderzoek MAG gebeuren in het kader van het automatische GMD+. Want alle andere boven de 45 jaar moeten helemaal niet meer preventief worden onderzocht, daarom wordt hiervoor ook de overbodige vergoeding van het GMD+ bij deze patiënten geschrapt.

5) nagaan of deze patiënt wel/niet een GMD heeft (want dan moet hij een ganse halve euro meer betalen natuurlijk. Dat maakt het ritje naar het ziekenfondskantoor voor de MAF-fen (Maximumfactuurbereikers) toch iets lucratiever.)

6) vragen aan de patiënt met welke medische klachten hij ons komt storen (tja dit was vroeger de core-business van een arts, maar we moeten mee met onze tijd) Ziet deze patiënt dan niet dat we met de computer bezig zijn te zijner eer en glorie! Maar achteraf toch tegen zijn vrouw zeggen dat de dokter meer met de computer bezig is dan met hemzelf!)

7) een rekening opmaken voor de mutualiteiten

8) een ontvangstbewijs maken (zelfs voor nul euro indien dit zo is) voor de patiënt

9) een dubbeltje maken voor de fiscus

10) 99 euro teruggeven aan de patiënt op zijn biljetje van 100 euro (omdat ze dat niet aannemen in het wardenhuis)

Zo,

en we mogen dus van geluk spreken dat er maatregelen zijn getroffen om de administratieve overlast te verminderen.

(wat blijkt uit het betonneren van hoofdstuk IV, het telkens opnieuw maken van 2 ziekte-attesten bij verlenging van de ziekteperiode,...)

Toch een boeiende job: consultaties houden!

enkel puntje 6 blijft een doorn in het oog van de overheid (hoe krijgen we de huisartsen zover dat ze enkel nog papierwerk doen zonder dat het ziekenfonds nog een patiënt naar deze arts moet sturen: misschien door de spoed toegankelijker te maken?

de specialisten wat opwaarderen?... suggesties zijn welkom op de Medico-Mut)

met vriendelijke groeten,

Werner Smits

