

**Federatie KNMG**

Koninklijke Nederlandsche  
Maatschappij tot bevordering  
der Geneeskunst

A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman,  
voorzitter  
W.P. Rijksen, algemeen directeur

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht  
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht  
tel. 030 2823 800  
fax 030 2823 326  
info@fed.knmg.nl  
www.knmg.nl

**Federatiepartners****LAD**

Landelijke vereniging van  
Artsen in Dienstverband

J.G. van Enk, voorzitter  
A.W.J.M. van Bolderen, directeur  
tel. 030 6702 702  
bureau@lad-info.nl  
www.artsennet.nl/lad

**LHV**

Landelijke Huisartsen Vereniging

S.R.A. van Eijck, voorzitter  
L. Hennink, algemeen directeur  
tel. 030 2823 723  
lhv@lhv.nl  
www.lhv.nl

**NVAB**

Nederlandse Vereniging voor Arbeids-  
en Bedrijfsgeneeskunde

P.E. Rodenburg, voorzitter  
C. van Vliet, directeur  
tel. 040 2481 322  
nvab@planet.nl  
www.nvab-online.nl

**NVVG**

Nederlandse Vereniging voor  
Verzekeringsgeneeskunde

H.J. Hullen, voorzitter  
mw. C.F.M. Woldberg, directeur  
tel. 030 6868 764  
secretariaat@nvvg.nl  
www.nvvg.nl

**Orde**

Orde van Medisch Specialisten

W.G.J.M. van der Ham, voorzitter  
B.J. Heesen, directeur  
tel. 030 2823 650  
secr@orde.nl  
www.orde.nl

**Verenso**

Specialisten in ouderengeneeskunde

mw. G.M. Draijer, voorzitter  
tel. 030 2823 481  
info@verenso.nl  
www.verenso.nl

Steven van Eijck, voorzitter LHV

**Nieuw kabinet**

Het onderzoek van de informateur over haalbare coalities is in volle gang. Hoe de regering er ook uit moge gaan zien, de organisatie en financiering van de gezondheidszorg blijven voor ieder kabinet dezelfde uitdaging. Het draait in essentie maar om een paar vragen: wat hebben we aan zorg nodig, hoe organiseren we het en hoe gaan we het betalen? Mag ik de formateur wat wensen influisteren?

Omdat we door de vergrijzing aan de vooravond staan van dweilen met de kraan open, is het zaak de kraan op te zoeken en eens flink naar rechts te draaien. Stap één bij de beheersing van kosten en capaciteitsbeslag op termijn is preventie, preventie en nog eens preventie.

*Wij willen de  
wijkverpleegkundige als  
collega terug!*

De volgende minister zou zich nader af kunnen vragen met welke beloningsprikkels de burger tot gezond leven aangezet zou kunnen worden. Alom wordt onderkend dat de eerste lijn in den brede een onderdeel van de oplossing is en dat dus dáárop moet worden ingezet. De succesformule waarbij protocollair, multidisciplinair en wijkgericht wordt gehandeld, is inmiddels omarmd door de politiek en de minister. De kunst is nu om door te pakken. Dat vergt onder meer het voortborduren op wat een enorme vooruitgang is: de samenwerking van de huisarts en de praktijkondersteuner. De volgende minister zou de zorg een enorme dienst bewijzen door meer praktijkondersteuning beschikbaar te stellen.

De andere trend die flink aangewakkerd dient te worden, is de wijkgerichte aanpak van zorg. De patiënt moet daar waar mogelijk om de hoek terecht kunnen. Dat betekent zo min mogelijk doorverwijzen (substitutie) en de specialist indien mogelijk uit de gang in het ziekenhuis halen richting patiënt in bijvoorbeeld anderhalvelijnszorg. Zodoende leveren

we zorg in het domein van de patiënt zelf: laagdrempelig, toegankelijk en vertrouwd. Dat bij de invulling daarvan de wijkverpleegkundige een onmisbare schakel is, moge duidelijk zijn. Wij willen haar als collega terug!

Ik hoop dat ook uit het regeerakkoord het inzicht blijkt dat concurrentie tussen huisartsen meer nadelen dan voordelen oplevert. Op het ene moment intensief samenwerken en op het andere moment elkaar patiënten afvangen om geldelijk gewin, verhoudt zich niet tot elkaar. Een andere illusie is dat het registreren van medisch onnodige prestatie-indicatoren omwille van marktwerking de patiënt ten goede zou komen. De extra administratieve lasten rijzen alleen maar de pan uit, zonder dat de patiënt daar wat aan heeft.

En meer algemeen: de politiek dient naar mijn oordeel zich de vraag te stellen hoe noodzakelijk het is het budgettaire kader voor de zorg te beperken tot pakweg 9 procent van het bruto binnenlands product. Waarom geen 10 procent of nog wat hoger? De toename van de zorgvraag kan voor een deel worden opgevangen met productiviteitsverbetering, maar zeker niet helemaal.

Laat de teugels vieren, formateur.



beeld: Karen Vlieger

## KNMG en Federatiepartners

### Algemene vragen?

030 2823 911  
info@fed.knmg.nl  
www.knmg.nl

### Bankrekeningnummer

ABN Amro 45 64 48 969

### Bel de KNMG Artseninfolijn

tel. 030 2823 322 over

- juridische en medisch-ethische onderwerpen
- inhoudelijke informatie over beleids-terreinen van de KNMG
- loopbaanvragen
- lidmaatschap, wijzigingen in persoonlijke gegevens

artseninfolijn@fed.knmg.nl

www.knmg.nl/artseninfolijn

### Loopbaanbureau

www.knmg.nl/loopbaanbureau  
tel. 030 2823 322

### Vragen over districten

tel. 030 2823 866

### Vragen over studentenzaken

tel. 030 2823 399

### Persvragen? Tel. 030 2823 872

communicatie@fed.knmg.nl

### Bibliotheek en documentatieservice

tel. 030 2823 370, fax 030 2823 326,  
bibliotheek@fed.knmg.nl

### KNMG Opleiding en Registratie

tel. 030 2823 398  
F.C. Raasveldt, directeur

### CGS

College Geneeskundige Specialismen  
tel. 030 2823 281  
mw. mr. V.J. Schelfhout-van Deventer,  
secretaris

### HVRC

Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor  
verstandelijk gehandicapten Registratie  
Commissie  
J. Stolk, secretaris

### MSRC

Medisch Specialisten Registratie  
Commissie  
dr. P. Blok, dr. R. Braams en  
dr. L. Verschoor, secretarissen

### SGRC

Sociaal-Geneeskundigen Registratie  
Commissie  
mw. mr. P.A. Hadders, secretaris

### Bureau MSRC/HVRC/SGRC

tel. 030 2823 833  
mw. D. Hennevelt-Wolters, bureauhoofd

### Vragen over:

- opleiding: tel. 030 2823 905
- eerste registratie: tel. 030 2823 903
- herregistratie: tel. 030 2823 906
- erkenningen: tel. 030 2823 904
- buitenlands gediplomeerden:  
tel. 030 2823 389

### Vragen over arbeidsvoorwaarden?

LAD, tel. 030 6702 701 / 6702 702 /  
6702 704 op werkdagen tussen 9.30  
en 12.30 uur.

### Serviceverlening Werkgelegenheid Geneeskundigen

Serviceverlening Werkgelegenheid  
Geneeskundigen Arts en Werk,  
tel. 030 6702 750 of info@swg.nl;  
www.swg.nl

## Sluitend professioneel kwaliteitssysteem onmisbaar

### Uitkomsten invitational conference KNMG over Algemeen kwaliteitskader voor

Er moet snel een sluitend professioneel kwaliteitssysteem voor de geneeskundige zorg komen. Het 'Algemeen Kwaliteitskader voor geneeskundig specialismen' van de KNMG vormt hiervoor een goede leidraad, aldus de circa veertig genodigden vanuit wetenschappelijke en beroepsverenigingen tijdens de invitational conference afgelopen 23 juni. Het Kwaliteitskader biedt een samenhangend overzicht van de kwaliteitsinstrumenten waarvoor wetenschappelijke verenigingen verantwoordelijk (zouden moeten) zijn en waar artsen gebruik van moeten maken.

**S**prekt het begrip 'kwaliteit' de artsen nog wel aan? De beroepsgroep moet veel meer werk maken van kwaliteit, omdat anders toezichthouders en overheid gaan bepalen wat er gebeuren moet. Wat zijn de financiële randvoorwaarden voor realisatie van de aanbevelingen in het Kwaliteitskader? Zomaar wat vragen en opmerkingen die tijdens de invitational conference op 23 juni over het 'Algemeen kwaliteitskader voor geneeskundig specialismen' de

*'Als artsen moeten we laten zien hoe belangrijk we kwaliteit vinden; de lat moet hoog liggen'*

revue passeerden. Vanuit de diverse wetenschappelijke en beroepsverenigingen gaven bestuursleden, leden van kwaliteitscommissies en medewerkers kritische opmerkingen en constructieve suggesties bij het gepresenteerde concept. Algemene stemming: 'Als artsen moeten we laten zien hoe belangrijk we kwaliteit vinden; de lat moet hoog liggen!'

### Verschil in tempo

De aanwezigen onderschrijven het belang dat er zo spoedig mogelijk een sluitend professioneel kwaliteitssysteem voor de geneeskundige zorg moet komen. De aanbevelingen in het Algemeen Kwaliteitskader zorgen ervoor dat



beeld: iStockphoto

er meer uniformiteit en samenhang komt in het kwaliteitsbeleid van wetenschappelijke en beroepsverenigingen. Een stapsgewijze aanpak is nodig, gezien de verschillen in tempo bij diverse verenigingen. Een aantal kwaliteitsinstrumenten behoort al tot de herregistratie-eisen of is redelijk ingeburgerd, andere instrumenten zijn relatief nieuw en zullen de komende tijd verder worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Het Algemeen Kwaliteitskader is een leidraad voor een integraal kwaliteitsbeleid van de geneeskundige beroepsgroep en zal met nieuwe ontwikkelingen mee veranderen.

### Wanneer is een richtlijn af?

Onder de deelnemers bestond consensus dat het nascholingsaanbod voor specialisten wordt bepaald door de beroepsgroep zelf en niet afhankelijk moet zijn van diverse aanbieders.

*'Nascholingsaanbod voor specialisten moet worden bepaald door de wetenschappelijke verenigingen, niet door de aanbieders'*

Over alle relevante onderwerpen van het vakgebied moet voldoende nascholing beschikbaar zijn. De wetenschappelijke verenigingen gaan

## voor geneeskundige zorg

### de geneeskundig specialismen

in kaart brengen wat per specialisme nodig is en zullen bewaken of daar voldoende cursussen voor beschikbaar komen. Ook is gediscussieerd over de vraag hoe ver men moet gaan met het ontwikkelen van richtlijnen. Wanneer is een optimum

***‘Er moet uniformiteit komen in het kwaliteitsbeleid van wetenschappelijke en beroepsverenigingen’***

bereikt? Het ontwikkelen van richtlijnen is een dure aangelegenheid en ze moeten dus niet ongebruikt in de kast van de dokter verdwijnen. Vooraf moet in kaart worden gebracht voor welke interventies richtlijnen of standaarden zinvol zijn. Ook moet veel aandacht uitgaan naar de implementatie en onderhoud van richtlijnen.

Ook het kwaliteitsinstrument individuele kwaliteitsvisiting leverde een levendige discussie op. Moeten wetenschappelijke verenigingen daar zelf een methodiek voor ontwikkelen of is het voldoende als ze een methodiek goedkeuren? Hoe moeten artsen met de uitkomsten van de individuele kwaliteitsvisiting omgaan? Wat is een Persoonlijk Ontwikkelplan en hoe stel je dat als arts op?

#### Antwoorden

Deelnemers van de bijeenkomst en niet-aanwezige wetenschappelijke verenigingen zullen bij de verdere uitwerking van het Algemeen Kwaliteitskader actief worden betrokken. Deze eerste consultatieronde met de wetenschappelijke en beroepsverenigingen is een belangrijke eerste stap op weg naar een in de praktijk bruikbaar Algemeen Kwaliteitskader.



*In het KNMG-webdossier kwaliteit en veiligheid vindt u meer informatie over het Kwaliteitskader en de presentatie op de invitational: [www.knmg.nl/dossier/kwaliteit](http://www.knmg.nl/dossier/kwaliteit).*

### Benoemingen

## Het CGS stelt zich voor

**H**et College Geneeskundige Specialismen (CGS), het regelgevende orgaan voor opleiding en (her)registratie van alle specialisten en profielartsen, is compleet. Onlangs heeft het Federatiebestuur van de KNMG alle dertien leden benoemd. Prof. dr. R.J. Stolker is gekozen tot voorzitter van het CGS

en dr. G.A. van Essen en prof. dr. J.L.L. van der Klink tot vice-voorzitters.



*Voor meer informatie over het CGS en de leden ervan: [www.knmg.nl/opleiding-en-registratie](http://www.knmg.nl/opleiding-en-registratie).*

beeld: Remke Spijkers



prof. dr. R.J. Stolker



dr. G.A. van Essen



prof. dr. J.L.L. van der Klink

## Verdere professionalisering medisch deskundige rapporteurs

De professionalisering van de medisch specialistische rapportage gaat volop door. Nadat begin 2008 de werkgroep medisch specialistische rapportage (WMSR) met de KNMG de richtlijn 'Medisch specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband' publiceerde, is nu een vereniging opgericht en wordt een opleiding voorbereid.

**A**n medisch specialisten, waarmee in dit verband ook huisartsen en sociaal-geneeskundigen worden bedoeld, wordt regelmatig gevraagd te rapporteren ter beantwoording van vragen in een bestuursrechtelijke of civielrechtelijke context. Opdrachten daartoe komen uit verschillende bronnen, vooral van rechters of (medisch adviseurs van) advocaten of verzekerings- en uitkeringsinstanties. Voor het opstellen van een kwalitatief hoogwaardig rapport is het een condicio sine qua non dat de rapporteur het eigen specialisme beheerst.

### *Rapporteren is voor elke medisch specialist een vak apart*

Dat is echter niet voldoende. Rapporteren vereist aanvullende kennis, inzicht en vaardigheden. Deze worden in medisch-specialistische opleidingen niet of onvoldoende verkregen. Rapporteren is voor elke medisch specialist een vak apart, wat dan ook apart geleerd en onderhouden moet worden.

#### **Interdisciplinaire vereniging**

De kwaliteitseisen aan het vak van medisch rapporteur zijn voor de diverse medisch specialismen niet wezenlijk verschillend. Het is om die reden weinig zinvol om de formulering van kwaliteitsnormen en de opleiding en nascholing per specialisme te organiseren. Mede hierom is in mei 2009 de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR) opgericht. Een zelfstandige vereniging van medisch specialistische rapporteurs is onontbeerlijk om een overkoepelende en samenbindende formulering van veldnormen mogelijk te maken, naast een adequate opleiding, toetsing en nascholing. Het lidmaatschap van een dergelijke vereniging is voor onderzochten, voor opdrachtgevers en voor de samenleving als geheel de best mogelijke kwaliteitsgarantie. Een blijvend interdisciplinair samenwerkingsverband is ook zinvol in de contacten met de KNMG, het ministerie van Justitie, en andere organisaties en belangengroeperingen die streven naar of betrokken zijn bij kwaliteitsverbetering van medisch specialistische rapportages.

#### **Deskundigenregister**

De NVMSR werkt samen met het NRGD (Nederlands Register voor Gerechtelijk Deskundigen) van het ministerie van Justitie, dat aan de NVMSR een startsubsidie voor drie jaar heeft verleend. De samenwerking NRGD/NVMSR strekt zich uit tot de opzet van een gemeenschappelijk deskundigenregister. Zoals de rechter thans gehouden is om in strafrechtzaken deskundigen uit het NRGD-register te benoemen, zal hij in de toekomst bij zaken in het civiele recht deskundigen uit het NRGD/NVMSR-register benoemen.

#### **Toelating**

Kandidaat-lid van de NVMSR wordt men door het volgen van een vierdaagse cursus die is ontwikkeld door de NVMSR, de Rechtenfaculteit van de VU en de KNMG. In het najaar van 2009 vond een pilotcursus plaats waaraan dertig specialisten van diverse disciplines hebben deelgenomen. In het najaar van 2010 en het voorjaar van 2011 volgen twee basiscursussen, die toegankelijk zijn voor alle specialismen. Op basis van een latere beoordeling van de kwaliteit van uitgebrachte rapportages door een toetsingscommissie van de NVMSR kan een kandidaat-lid tot het lidmaatschap van de NVMSR worden toegelaten. De NVMSR zal kandidaat-leden ook de mogelijkheid bieden tot het volgen van een verdiepingscursus en nascholing.

Basis voor de medisch specialistische rapportage vormt de richtlijn 'Medisch specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband' uit 2008, een product van de werkgroep medisch specialistische rapportage (WMSR). Hierin participeerden de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor geneeskundige adviseurs en particuliere verzekeringszaken (GAV).



Meer informatie over de NVMSR en over de basiscursussen die in 2010 en 2011 worden gegeven:

- secretariaat NVMSR, Sionsweg 1, 6525 EA Nijmegen, [www.nvmsr.nl](http://www.nvmsr.nl).
- KNMG: prof. mr. J. Legemaate, [j.legemaate@fed.knmg.nl](mailto:j.legemaate@fed.knmg.nl), telefoon 030 2823 765.



## Dwarsbomen de plannen van Klink de (rechts)positie van de medisch specialist?

Sinds geruime tijd staan medisch specialisten volop in de belangstelling. Vooral de inkomens van medisch specialisten en in het bijzonder de overschrijdingen van de zorgkosten zijn het centrale thema.

In het voorjaar van 2009 vroeg de minister van VWS in dit kader aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) advies over de vraag of niet de numerus fixus kon worden losgelaten om daarmee de inkomens van de medisch specialisten en huisartsen te kunnen verlagen. Vervolgens gaf de minister bureau SEO Economisch Onderzoek opdracht te onderzoeken of een oplossing kon zijn dat alle medisch specialisten in dienstverband moeten gaan werken.

### 'Budgetmodel' biedt geen soelaas

De LAD heeft zowel de RVZ als het onderzoeksbureau duidelijk gemaakt dat in onze ogen een verplicht dienstverband voor alle medisch specialisten geen oplossing voor de gesignaleerde problemen kan zijn en ook ongewenst is. En het is al helemaal geen goed idee om de overschrijdingen van de kosten van medisch-specialistische zorg door een aantal specialismen op te laten lossen. Immers, de overschrijdingen en de poging van de minister om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen, liggen vooral in de DBC-systematiek.

Ook de DBC op weg naar transparantie (DOT) zal, zolang het inkomensdeel (uurtarief) deel uitmaakt van de DBC, geen oplossing bieden. Een laatste poging van deze (demissionaire) minister om de kosten te beheersen, is het voorstel om het budget medisch-specialistische zorg beschikbaar te stellen aan de raden van bestuur in de ziekenhuizen die dit budget dan vervolgens via onderhandelingen met de medisch specialisten moeten verdelen.

Dit 'budgetmodel' biedt volgens de LAD geen soelaas, zolang de DBC-systematiek niet fundamenteel wordt aangepast. Bovendien kun en mag je de raden van bestuur niet met een dergelijke onmogelijke opdracht opzadelen, omdat het de verhoudingen tussen medisch specialisten en raden van bestuur ernstig zal verstoren.

### Geen gevolgen salaris

Hoewel de inkomsten van de instellingen waaruit de salarissen moeten worden betaald, conform de rechtspositieregelingen (AMS, HAMS en AMS-GGZ) uit DBC's komen, heeft het inkomensdeel van de DBC geen enkele relatie met de salarisparagraaf. Met andere woorden: eventuele (structurele) tariefverlagingen hebben wel gevolgen voor de inkomsten van de instelling maar niet voor het salaris.

Het betekent echter niet dat een structurele verlaging van het uurtarief (gebaseerd op het AMS-salaris) in de toekomst geen

gevolgen kan hebben voor de onderhandelingen over AMS, HAMS en AMS-GGZ. Maar de kans op een inkomensverlaging is uiterst gering, vooral omdat de voorstellen geen generieke blijvende verlaging van het uurtarief inhouden. Incidentele kortingen hebben al helemaal geen consequenties voor de medisch specialist in dienstverband.

Voor de artsen in opleiding tot medisch specialist (aios) heeft een verlaging van het inkomensdeel in de DBC geen direct effect op hun huidige positie. Als zij na de opleiding kiezen voor een dienstverband als medisch specialist, hebben zij dezelfde positie als de medisch specialisten zoals hiervoor beschreven. De LAD streeft er overigens onverminderd naar dat ook de aios onder de werkingssfeer van AMS, HAMS en AMS-GGZ gaan vallen.

### Acties in perspectief dienstverbander

Vorige week donderdag hebben medisch specialisten actie gevoerd vanwege de hierboven aangestipte plannen. De Orde van Medisch Specialisten en de stichting Bezorgd hadden medisch specialisten hiertoe opgeroepen.

De LAD heeft als cao-partij bij AMS, HAMS en AMS-GGZ geen conflict met de werkgever en kan u om die reden niet oproepen om tot actie in welke vorm dan ook over te gaan. Besluit u om actie te gaan voeren, dan heeft u niet de juridische bescherming die u als LAD-lid wel geniet indien wij u als werknemersorganisatie oproepen actie te voeren. In dat laatste geval kunnen de raden van bestuur geen sancties opleggen.

Voor de aios geldt hetzelfde als voor de medisch specialist in dienstverband, tenzij de aios werkzaam is in een specialisme waarbij de medisch specialist vrijgevestigd is en deze medisch specialisten actie voeren. In dat geval kunt u uw werk niet doen, maar ligt het risico daarvan bij de werkgever die een toelatingsovereenkomst heeft met de vrijgevestigd medisch specialist. De raden van bestuur kunnen in dat geval niet (een deel van het) salaris inhouden.

Ook wordt in informatie aan de medisch specialisten die oproept tot actie gesteld dat de professionele autonomie in het geding zou zijn. Voor de dienstverbander is hier sprake van een misverstand; de LAD heeft hiervoor in alle rechtspositieregelingen waarborgen ingebouwd. In zowel AMS, HAMS als AMS-GGZ is de LAD een professioneel statuut overeengekomen dat de garantie biedt dat de raden van bestuur geen invloed uitoefenen op het (medisch) handelen van de medisch specialist in dienstverband en hun relatie met de patiënt.



Kijk voor meer info op [artsennet.nl/lad](http://artsennet.nl/lad).



## Demonstratie landelijk actiecomité van de Orde succesvol

Voor het eerst in de geschiedenis zijn wij de straat opgegaan om te demonstreren tegen twee wetsvoorstellen van demissionair minister Klink. Als deze wetsvoorstellen worden aangenomen, worden de medische praktijken van vrijgevestigde medisch specialisten onteigend en verliezen zij het recht om te beslissen over welke behandeling een patiënt krijgt. In dat geval krijgt de raad van bestuur van het ziekenhuis hierover zeggenschap in plaats van de medicus. Door de wetsvoorstellen wordt de beste zorg van Europa kapot gemaakt en nemen de kosten van de zorg én de wachtlijsten toe. In Den Haag hebben wij op donderdag 1 juli een duidelijk signaal afgegeven dat de medisch specialisten hiervan ziek zijn! We hebben de leden van de Vaste Kamercommissie VWS met klem verzocht zeer kritisch te zijn op deze wetsvoorstellen. Zij hebben de ruim 2000 maal ondertekende petitie in ontvangst genomen.



1. Voorzitter Janko de Jonge van het landelijke actiecomité van de Orde aan het woord in de Grote Kerk.
2. Specialisten lopen in een lange rij naar het gebouw van de Tweede Kamer.
3. Medisch specialisten zijn er ziek van.
4. Janko de Jonge biedt de petitie aan aan de leden van de vaste Kamercommissie van VWS.
5. SP-kamerlid Henk van Gerven spreekt de medisch specialisten toe.

Zie voor een ander artikel over de maatregelen van Klink op blz. 1336.  
Beeld: Orde, Hans de Lijsen. Meer foto's op [www.orde.nl](http://www.orde.nl).