

---

# 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° 5 / JULI 2003**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

**INTERPRETATIEREGELS GEPUBLICEERD  
IN HET BELGISCH STAATSBLAD D.D. 24 JUNI 2003  
INVOEGETREDING OP 24 JUNI 2003**

De betrokken artikels van de nomenclatuur zijn de volgende :

- artikel 3 : Gewone geneeskundige hulp - Technische geneeskundige verstrekkingen
- artikel 5 : Tandverzorging
- artikel 14 d) : Heelkunde op het abdomen
- artikel 14 g) : Gynecologie en verloskunde
- artikel 14 i) : Otorhinolaryngologie
- artikel 14 k) : Orthopedie
- artikel 14 l) : Stomatologie
- artikel 15) : Toepassingsregelen met betrekking tot de heelkundige verstrekkingen
- artikel 20 f) : Neuropsychiatrie
- artikel 22 : Fysiotherapie
- artikel 25 : Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

De interpretatieregels zijn beschikbaar op onze website [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org). Ze zijn verkrijgbaar op eenvoudige aanvraag bij ons secretariaat tel 02/649.21.47 fax 02/649.26.90 e-mail: [delphine@gbs-vbs.org](mailto:delphine@gbs-vbs.org)

---

**NIEUWE NOMENCLATUURSWIJZIGINGEN**  
(Belgisch Staatsblad 30/06/2003 2de editie)

**treedt in voege op 1 augustus 2003**

**Artikel 11 § 2**

- de codenummers « 432633-432644, 432530-432541, 432596-432600, 432692-432703, 432574-432585, 432552-432563 » toegevoegd aan de lijst van de codenummers van de omschrijving van de verstrekking 355014-355025.

Aan artikel **12, § 1** wordt een littera « c ) » toegevoegd met de volgende bepaling:

« c )

202193-202204 - Epidurale anesthesie en het toezicht erop, gedurende de verschillende stadia van de verlossing, uitgevoerd door een vroedvrouw, voorzien onder de nummers 422225, 422671 en 423673, inclusief de dilatatieperiode en de eventuele in de verstrekkingen 202031-202042 en 202053-202064 vermelde obstetrische postpartummanipulaties ..... K 105

---

## **FIRST ANNUAL MEETING OF THE INSEAD-EHLP THE PERSPECTIVE OF THE PROVIDER**

Marc MOENS, M.D., Vice-president of the Belgian Association of Medical Trade Unions (BVA-ABSyM)  
Secretary general of the Association of Belgian Professional Societies of Medical Specialists (VBS-GBS)

*Deze tekst is de Nederlandse versie van de uitzetting die Dr. Moens in het Engels gaf op het INSEAD-symposium "The patients perspective : developments in the Belgian healthcare system" dat op 23 mei 2003 in het RIZIV te Brussel werd georganiseerd.*

### **HET STANDPUNT VAN DE ZORGVERLENER**

#### **1. Inleiding**

Om het standpunt van de zorgverlener, in casu de artsen, te begrijpen, lijkt het me nuttig en nodig in vogelvlucht de voorgeschiedenis van het Belgisch systeem te overlopen. Het is opmerkelijk dat de grote wrijvingspunten tussen artsen en Overheid over het verloop van bijna 60 jaar sociale zekerheid en ziekte- en invaliditeitsverzekering quasi ongewijzigd bleven.

#### **2. De voorgeschiedenis van de belangengroepen**

##### **2.1. Oprichting van ziekenfondsen en artsensyndicaten**

De industrialiseringsgolf, die in de 19<sup>de</sup> eeuw geleid had tot het ontstaan van het arbeidersproletariaat, was de basis van het ontstaan van de voorlopers van de huidige verzekeringsinstellingen of mutualiteiten.

De maatschappijen van onderlinge bijstand werden bij wet van 03.04.1851 erkend en bij wet van 23.06.1894 kregen de maatschappijen de toestemming om zich in verbonden te verenigen. Deze wet bleef in voege tot 31.12.1990.

De wet van 19.03.1898 voerde de subsidiëring van de mutualiteiten door de Overheid in.

Op het einde van wereldoorlog II voerde de Vlaamse socialist Achiel VAN ACKER de sociale zekerheid in voor werknemers met o.m. de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit via de wet van 18.12.1944. De praktische uitvoering werd geregeld door het Besluit van de Regent van 21.03.1945. Er werd een Rijksfonds voor verzekering tegen ziekte en invaliditeit opgericht, dat geleid werd door een Nationaal bestuurscomité.

In dit comité zetelden 8 vertegenwoordigers van de werknemersvakbonden, 8 vertegenwoordigers van de werkgeversorganisaties, vijf vertegenwoordigers van de erkende landsbonden van mutualiteiten en 3 regeringscommissarissen die respectievelijk door de Ministers van Arbeid en Sociale Voorzorg, van Volksgezondheid en van Financiën werden aangewezen. Artsen of andere zorgverstrekkers waren afwezig.

De minister van Arbeid en Sociale Zaken legde een tarieflijst vast, de voorloper van de huidige nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen. De eerste voorlopige tarieflijst verscheen met het ministerieel besluit van 19.04.1945. Maar het was onmogelijk een verbintenis op te leggen aan de zorgverleners om die tarieven te doen respecteren bij gebrek aan een geëigende structuur bij de artsen. De regering was tot haar ergernis niet in staat een tariefzekerheid te garanderen aan de sociaal verzekerenden.

Mede in deze context moet de ontwikkeling van de artsensyndicaten worden gezien.

Medisch syndicalisme ontstond vanaf de tweede helft van de twintigste eeuw. Tot dan was syndicalisme een kenmerk van arbeiders en werknemers in het algemeen. Vrije en intellectuele beroepen stonden er afkerig tegenover. Een halve eeuw later roept het woord "artsensyndicaat" bij een aantal artsen nog steeds negatieve gevoelens op.

Tot halverwege de jaren vijftig van de vorige eeuw bestonden er tal van beroepsverenigingen, die los van elkaar werkten, en die soms lokale en/of per beroepsgroep afgesproken overeenkomsten afsloten met sommige verzekeringsinstellingen.

Op 15.07.1954 werd het overkoepelend orgaan opgericht dat de toenmalige bestaande beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten in een verbond groepeerde : het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (VBS).

Op 03.10.1954 werd het Algemeen Syndicaat der Geneesheren van België opgericht, dat zich zowel tot specialisten als huisartsen richtte. Het wou samen met de Overheid tot een systeem van medezeggenschap en medeverantwoordelijkheid komen in het beheer van de ziekteverzekering. Dr. Marcel DE BRABANTER, Nederlandstalig anesthesist en stichtend lid, werd na korte tijd voorzitter.

Vele artsen meenden dat dergelijke responsabilisering zou leiden tot zorggrantsoenering en dat de Staat zich op een onaanvaardbare wijze zou mengen in de relatie tussen patiënt en arts.

Pogingen om in de periode 1955-1956 een overeenkomst af te sluiten tussen mutualiteiten en het VBS, het ASGB en nog andere artsenorganisaties, zoals het Algemeen Belgisch Geneesherenverbond (ABGV), mislukten.

De grote meerderheid van de artsen ging niet akkoord met de ideeën van het A.S.G.B. in verband met de medeverantwoordelijkheid, noch met het voorstel van de invoering van een veralgemeend systeem van verplichte derde betalende.

Begin 1961 verkeerde België in een pre-revolutionaire toestand met veralgemeende stakingen en gewelddadige betogingen in het ganse land t.g.v. de "Eenheidswet van 14.02.1961" die toenmalig premier Gaston EYSKENS in het Parlement had doen goedkeuren op 13.01.1961 in de Kamer en op 14.02.1961 in de Senaat. Die wet bevatte ondermeer ook twee belangrijke artikelen met betrekking tot de ziekteverzekering. Artikel 33 vormde de geneeskundige controle om tot een onafhankelijke instelling, met name het "Instituut voor geneeskundige controle" en artikel 52 verleende aan de Koning, bij gebrek aan een overeenkomst tussen de artsen en de ziekenfondsen, de macht om eenzijdig de erelonen vast te leggen. Dit artikel is, onder enigszins gewijzigde vorm, verder blijven bestaan in de huidige gecoördineerde wet op de Geneeskundige Verzorgingen en Uitkeringen (G.V.U.-wet van 14.07.1994, artikel 50, § 11) en minister van Sociale Zaken en Pensioenen Frank VANDENBROUCKE heeft dit drukkingsmiddel gebruikt zowel tegenover de tandartsen als de artsen om hen eind 2002 tot een akkoord met de mutualiteiten te dwingen.

In de nasleep van de Eenheidswet, en in de voorbereiding van de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering van 09.08.1963 door de toenmalige socialistische minister van Sociale Voorzorg Edmond LEBURTON, ontstond in 1963 de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) uit een groepering van vijf syndicale kamers (of afdelingen) : de Syndicale Kamer van Luik en Luxemburg (opgericht op 17.05.1962), de Syndicale Kamer van Waals-Brabant, Henegouwen en Namen (22.03.1963), van de Brusselse Agglomeratie (31.05.1963), van Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant (23.08.1963) en van Oost- en West-Vlaanderen (29.08.1963).

Dr. André WYNEN, Franstalig chirurg, werd de flamboyante leider en domineerde bijna drie decennia lang de medico-mutualistische scene.

Als gevolg van de tweede staatshervorming van 1980 die België opdeelde in gewesten en gemeenschappen en die in Vlaanderen één Vlaams Parlement en één Vlaamse regering installeerde, vormden de twee Vlaamse Kamers zich om tot afdelingen van het op 14.06.1981 opgerichte Vlaams Artsensyndicaat VAS.

## 2.2. Verzet en staking door de artsen

De tegenstand van de artsen tegen de "Wet LEBURTON" van 09.08.1963 was zeer groot. De artsen wilden een andere vorm van medebeheer en minder staatsinmenging in hun praktijk. Ze weigerden dat ze financieel verantwoordelijk werden gesteld voor de door hen toegediende verzorging en dat de Overheid tarieven kon opleggen aan de artsen die niet tot het akkoord met de ziekenfondsen wilden toetreden. Ze vroegen de uitwerking van een sociaal statuut voor de artsen die toetraden tot het akkoord artsen-ziekenfondsen.

Het verzet van de artsen tegen de Regering mondde uit in een 18 dagen durende staking, onder leiding van Dr. André WYNEN (01 tot 18/04/1964).

Op 25.06.1964 werd het "Sint-Jansakkoord" afgesloten tussen vertegenwoordigers van de geneesheren, van de verzekeringsinstellingen, van de werkgevers, van de werknemers en van de Regering. Dit Sint-Jansakkoord vormt de basis van het nog bestaande systeem, dat ondertussen via tientallen wetswijzigingen werd aangepast.

Vooraf t.g.v. het sinds 1988 ononderbroken aan de macht zijn van socialistische ministers op het ministerie van Sociale Zaken – niet in het minst onder minister Frank VANDENBROUCKE in de periode 1999-2003 - schuift het systeem terug meer en meer op naar het origineel van LEBURTON.

### 3. Elementen van de wet van 09.08.1963 op de ziekte- en invaliditeitsverzekering

#### 3.1. Het akkoordensysteem

##### 3.1.1. De basisprincipes

In uitvoering van het Sint-Jansakkoord worden enkele belangrijke principes via de wet van 08.04.1965 ingevoegd in de wet van 09.08.1963. Het betreft o.m. het akkoordensysteem. Het sluiten van akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen wordt toevertrouwd aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

De toetreding tot het akkoord is een individuele vrije handeling van de arts. Het akkoord wordt onderhandeld tussen de vertegenwoordigers van de representatieve artsenorganisaties en van de verzekeringsinstellingen.

Een belangrijke wetwijziging van 15.02.1993 versterkte de rol van de Regering en van de Sociale Partners. Het akkoord artsen-ziekenfondsen moet de goedkeuring krijgen van de bevoegde minister, van het Comité voor geneeskundige verzorging (Verzekeringscomité) en de Algemene Raad van het RIZIV moet nagaan of het afgesloten akkoord in overeenstemming is met de begroting. Hiervoor wordt de Algemene Raad geadviseerd door de Budgetcontrolecommissie.

##### 3.1.2. De Technisch Geneeskundige Raad

De wet van 09.08.1963 belastte de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) met de uitwerking van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. In de TGR zetelen 9 vertegenwoordigers van de mutualiteiten, 7 van de universiteiten en 11 van de representatieve artsenorganisaties, waarvan 4 huisartsen en 7 geneesheren-specialisten en een voorzitter. Origineel kon de TGR op eigen houtje nomenclatuurwijzigingen adviseren aan de minister en kon de Koning de voorstellen van de T.G.R. alleen maar goed- of afkeuren, na advies van het toenmalige Beheerscomité. Sinds de wet van 15.02.1993 speelt de TGR een minder prominente rol in het systeem van de nomenclatuurwijzigingen en fungeert hij als louter technisch adviesorgaan aan de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen.

##### 3.1.3. Vrije keuze wordt uitgehold over het verloop der jaren

De patiënten die zich laten verzorgen door artsen die geweigerd hebben toe te treden tot het akkoord artsen-ziekenfondsen krijgen evenveel terugbetaald als patiënten die zich voor dezelfde zorgen laten behandelen door artsen die niet geweigerd hebben toe te treden. Dit is een belangrijk onderscheid met andere overeenkomsten (van vb. de kinesitherapeuten) en was een belangrijk strijdpunt in 1963-1964. Dit element verzekert de vrije keuze van de arts door de patiënt.

De therapeutische vrijheid werd bevestigd in het Sint-Jansakkoord, maar in de loop der jaren beknotten de wetgever ze meer en meer. De laatste regering met minister VANDENBROUCKE ging hierin zeer ver. De "Wet van 22.08.2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg" voerde "referentiebedragen" in voor 14 heelkundige ingrepen en voor 12 aandoeningen in de inwendige geneeskunde. Indien meer dan gemiddeld wordt uitgegeven voor de behandeling van deze 26 pathologieën, gekozen uit het All Patients Refined Diagnosis Related Group- (APR-DRG) systeem, moeten arts en ziekenhuis het verschil terugbetalen.

#### CHIRURGISCHE APR-DRG's : nr en omschrijving

- 73 Ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie,
- 97 Adenoïdectomie en amygdalectomie,
- 179 Onderbinden en strippen van venen,
- 225 Appendectomie,
- 228 Ingrepen voor hernia inguinalis en cruris,
- 263 Laparoscopische cholecystectomie,
- 302 Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 - Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend,
- 302 Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend,
- 313 Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbeen, behalve voet, indien nomenclatuurcode 300344 - Therapeutische arthroscopieën (partiële of totale meniscectomie) werd aangerekend,
- 318 Verwijderen van inwendige fixatoren,

- 482 Transurethrale prostatectomie,
- 513 Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, indien nomenclatuurcode 431281/431325 - Totale hysterectomie, langs abdominale/ vaginale weg werd aangerekend,
- 516 Laparoscopie en onderbreken tubae,
- 540 Keizersnede en
- 560 Vaginale bevalling;

**APR-DRG's INTERNE GENEESKUNDE : nr en omschrijving**

- 45 CVA met herseninfarct,
- 46 Niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct,
- 47 Transient ischemia,
- 134 Longembolie,
- 136 Nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel,
- 139 Gewone pneumonie,
- 190 Circulatoire aandoeningen met acuut myocardiinfarct,
- 202 Angina pectoris,
- 204 Syncope en collaps,
- 244 Diverticulitis en diverticulosis,
- 464 Urinaire stenen en ultrasona lithotripsie en
- 465 Urinaire stenen zonder ultrasona lithotripsie.

De Programmawet II van 24.12.2002 vaardigde een reeks maatregelen uit om de zorgverstrekkers individueel te responsabiliseren wanneer ze afwijken van een soort van "guidelines" of "indicatoren". Hiervoor werd ook de werking van de controledienst aangepast en werd de naam gewijzigd in "Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle".

**3.1.4. Invoering van forfaitaire honoraria**

Het akkoordensysteem tussen artsen en ziekenfondsen zoals geconcipieerd in de Sint-Jansakkoorden van 25.06.1964 hadden betrekking op het bedrag van de erelonen, op de duur van de verbintenis, op de tijd en de voorwaarden waarop de overeenkomst betrekking heeft en op de waarborgen in verband met de uitvoering van het systeem. De basis van de honorering is nog steeds de betaling per acte met uitzondering voor de klinische biologie en de radiologie waar de forfaitaire betaling zeer belangrijk is geworden, resp. 75 % en +/- 31%.

De laatste 10 jaar werden ook andere elementen opgenomen in het akkoord zoals het accrediteringssysteem, deels forfaitair en deels vergoed per prestatie, de invoering van het Globaal Medisch Dossier (GMD) voor huisartsen, de invoering van een forfaitair beschikbaarheidshonorarium voor huisartsen, financiële tegemoetkoming voor informaticapakketten voor huisartsen, financiële steun voor huisartsenkringen die o.m. de wachtdienst lokaal organiseren. Momenteel ligt er een ontwerp van Koninklijk Besluit ter advies van de Raad van State om bepaalde vormen van huisartsenpraktijken te betoelagen.

**3.1.5. Aanvaardbaarheid van de akkoorden artsen-ziekenfondsen**

Een akkoord tussen artsen en ziekenfondsen treedt in werking tenzij meer dan 40% der artsen het akkoord per aangetekende brief weigeren of tenzij meer dan 50% der huisartsen of meer dan 50% der geneesheren-specialisten weigeren toe te treden. De tellingen worden verrekend per gerechtelijk arrondissement.

Bij het akkoord voor het jaar 2003, dat werd afgesloten op 19.12.2002 weigerden 7.243 artsen op 40.666 of 17,81 % toe te treden. Van de 17.913 huisartsen weigerden er 2.804 of 15,65 % en van de 22.753 geneesheren-specialisten weigerden er 4.439 of 19,51 % om toe te treden (tabel 1).

*Weigeringen tot toetreding tot het akkoord van 19.12.2002*

	Aantal	Aantal weigeringen	
		absoluut	in %
Huisartsen	17.913	2.804	15,65
Specialisten	22.753	4.439	19,51
Totaal	40.666	7.243	17,81

Tabel 1

Tabel 2 geeft een overzicht van de percentages weigeringen sinds 1990. Op 18.12.1992 deed zich een uitzonderlijke situatie voor, zoals voorzien in artikel 51 § 1, 6<sup>de</sup> lid, 2° van de G.V.U.-wet van 14.07.1994. Vermits de representatieve artsenverenigingen niet tot een akkoord kwamen met de verzekeringsinstellingen, legde toenmalig minister Philippe MOUREAUX zelf honorariumtarieven voor aan de individuele geneesheren. Maar ze werden geweigerd door 51,5 % van de artsen, 37,8 % bij de huisartsen en 63,73 % bij de geneesheren-specialisten. (tabel 2).

Een afgesloten akkoord kan door één der partijen – de verzekeringsinstellingen of de artsensyndicaten – worden opgezegd.

Het akkoord van 11.12.1995 werd opgezegd door de BVAS dd.16.01.1997 wegens lineaire besparingsmaatregel vanwege de Regering (- 3%) (° in tabel 2).

Het akkoord van 03.11.1997 werd opgezegd door de BVAS dd. 01.04.1998 omwille van de wettelijke beperkingen op de honorariumsupplementen in ziekenhuizen (p in tabel 2).

*Percentage weigeringen om toe te treden tot het akkoord artsen-ziekenfondsen*

	Alle artsen	Huisartsen	Specialisten
10.12.1990	12,57	9,78	16,35
18.12.1992 (*)	51,50	37,80	63,73
13.12.1993	19,27	18,42	20,02
11.12.1995 (°)	16,50	16,18	16,77
03.11.1997 (p)	15,60	14,28	16,71
18.12.2000	14,77	11,85	17,16
19.12.2002	17,81	15,65	19,51

Tabel 2

\* Document Moureaux

Doorgaans zijn er vrij belangrijke verschillen in het aantal weigeringen tussen huisartsen en specialisten en tussen Vlamingen (Vlaams gewest) en Franstaligen (Waals gewest en de meerderheid van het Brussels gewest). Bij wijze van voorbeeld geeft tabel 3 de percentages weigeringen van het akkoord van 19.12.2002.

*Weigering van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 19.12.2002*

	Alle artsen	Huisartsen	Specialisten
Vlaams gewest	13,87	7,23	19,25
Waals gewest	21,04	24,58	18,12
Brussels gewest	24,20	25,94	23,08
Totaal	17,81	15,65	19,51

Tabel 3

De artsen die toetreden tot het akkoord hebben recht op een bijdrage vanwege het RIZIV voor hun sociaal statuut. In 2002 bedroeg deze bijdrage € 2.612,70 voor de volledig toegetreden artsen en € 1.749,79 voor de artsen die de conventietarieven slechts tijdens een deel van hun praktijkvoering hanteren.

### 3.2. Representativiteit van de artsenorganisaties

#### 3.2.1. Wettelijke basis

De wet van 08.04.1965 die het Sint-Jansakkoord van 25.06.1964 concretiseerde, voerde een procedure in om de representativiteit van de artsensyndicaten te meten via ledentelling. Dit is nooit gelukt en het is pas via artikel 122 van de wet van 29.04.1996 (B.S. 30.04.1996) houdende sociale bepalingen dat het principe van vierjaarlijkse verkiezingen van de representatieve artsenorganisaties werd ingevoegd als artikel 211 § 1 van de G.V.U.-wet. Dit artikel 211 § werd nog gewijzigd bij wet van 22.02.1998 (B.S. 03.03.1998).

Het Koninklijk Besluit van 08.08.1997 (B.S. 11.09.1997) tot uitvoering van deze wet, gewijzigd bij K.B. van 02.12.1997 (B.S. 13.12.1997) en 02.03.1998 (B.S. 05.03.1998) legde de regels vast voor de medische verkiezingen.

Om representatief te zijn moet een vereniging zowel geneesheren-specialisten als huisartsen in zijn rangen hebben, leden hebben in minstens twee van de drie gewesten, reeds minstens één jaar bestaan en tenminste 1500 individueel aangesloten leden hebben die als verstrekkers zijn opgenomen in het RIZIV.

Hieraan voldoen slechts twee organisaties : enerzijds de BVAS met zijn twee Nederlandstalige afdelingen en drie Franstalige Kamers en anderzijds een Kartel dat bestaat uit het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH) en de Konfederatie der Belgische Geneesheren, die op haar beurt weer uit drie kleinere verenigingen bestaat met name de Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO), het – niet meer actieve – Syndicaat der Belgische Geneesheren-Specialisten (SGS) en het Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB).

De resultaten van de verkiezingen vertalen zich in het aantal zetels in de verschillende raden, comités en commissies van het RIZIV. Het meest symbolisch geladen is de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, waar de akkoorden tussen de artsen en de mutualiteiten worden afgesloten. De nieuwe regels geven 12 zetels aan de vertegenwoordigers van mutualiteiten en 12 aan de artsen waarvan 6 voor de huisartsen en 6 voor de specialisten.

Hierbij wegen de stemmen van de huisartsen zwaarder door dan de stemmen van de specialisten gezien +/- 45 % van de artsen als huisarts is gecatalogeerd bij het RIZIV en +/- 55 % van de artsen als specialist.

### 3.2.2. Medische verkiezingen : deelname en resultaten

Sinds het K.B. van 08.08.1997 werden twee medische verkiezingen georganiseerd – respectievelijk in juni 1998 en juni 2002 . Tot dan had de BVAS in alle RIZIV-organen de absolute meerderheid op de artsenbank. In de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen bezette de BVAS 9 van de toenmalige 11 zetels.

Deelname aan de medische verkiezingen is niet verplicht. In juni 1998 nam 70,66% van de artsen deel. In juni 2002 nog slechts 56,33 % (cfr. tabel 4)

#### Deelname aan de medische verkiezingen

	1998				2002			
	Verzonden stembrieven		Ontvangen stembrieven		Verzonden stembrieven		Ontvangen stembrieven	
	Absoluut aantal	% van totaal	Absoluut aantal	% van totaal	Absoluut aantal	% van totaal	Absoluut aantal	% van totaal
Huisartsen	16.919	45,26	11.755	69,48	17.872	44,58	10.341	57,86
Specialisten	20.464	54,74	14.659	71,63	22.218	55,42	12.241	55,09
<b>Totaal</b>	<b>37.383</b>	<b>100,0</b>	<b>26.414</b>	<b>70,66</b>	<b>40.090</b>	<b>100,00</b>	<b>22.582</b>	<b>56,33</b>

Tabel 4

Tabel 5 geeft de resultaten van beide medische verkiezingen weer.

In 1998 behaalde BVAS 67,1 % van het totaal aantal uitgebrachte stemmen, 39,7 % bij de huisartsen en 89,2 % bij de specialisten.

In 2002 verliest de BVAS 7% van de uitgebrachte stemmen en komt uit op 60,1 % vooral als gevolg van de terugval van het aantal stemmen bij de huisartsen waar 11,6 % wordt ingeleverd. Bij de specialisten blijft de score onze statu quo.

#### Resultaten medische verkiezingen 30.06.1998 en 25.06.2002 (in %)

		1998	2002
BVAS	Huisartsen	39,7	28,1
	Specialisten	89,2	87,1
	<b>totaal</b>	<b>67,1</b>	<b>60,1</b>
Kartel	Huisartsen	59,0	69,1
	Specialisten	9,9	9,7
	<b>totaal</b>	<b>31,7</b>	<b>36,9</b>
Ongeldig/blanco	Huisartsen	0,6	1,3
	Specialisten	0,6	1,7
	<b>totaal</b>	<b>1,2</b>	<b>3,0</b>
		100	100

Tabel 5

Zowel in 1998 als in 2002 behoudt de BVAS zijn meerderheid in alle RIZIV-organen. Ook in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen : 7 zetels gaan naar de BVAS, waarvan 5 voor de specialisten en 2 voor de huisartsen, en 5 naar het Kartel waarvan 4 voor de huisartsen en 1 voor de specialisten (cfr. tabel 6)

Samenstelling van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen		
Artsen		Verzekeringsinstellingen
BVAS Huisartsen	2	
BVAS Specialisten	5	
Totaal BVAS	7	
Kartel huisartsen	4	
Kartel specialisten	1	
Totaal Kartel	5	
Algemeen totaal	12	12

Tabel 6

### 3.2.3. "Niet representatieve" artsverenigingen

De vele andere artsverenigingen zijn "niet representatief" in de context van de wet op de geneeskundige verzorging en uitkeringen. Zo ook niet het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten, V.B.S.

Vermits alleen geneesheren-specialisten lid kunnen zijn, wordt deze vereniging met het grootste aantal aangesloten leden onder alle Belgische artsverenigingen (7.313), door het RIZIV niet als representatief beschouwd. Het VBS is een koepelvereniging die 24 beroepsverenigingen omvat, of één per wettelijk erkend medisch specialismen, en 4 geassocieerde beroepsverenigingen. Het VBS werkt sinds vele jaren nauw samen met de BVAS, zonder over te gaan tot een kartelvorming of een andere gestructureerde samenwerking. De verschillende beroepsverenigingen bieden hun know-how aan als ondersteuning van de BVAS in de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV bij de uitwerking van de specifieke nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van elke discipline.

Naast de beroepsverenigingen van specialisten bestaan er tientallen wetenschappelijke specialistische verenigingen, per discipline of subdiscipline, volgens taalrol Nederlands- of Franstalig, of Belgisch.

De loutere huisartsenverenigingen – die dus per definitie evenmin "representatief" kunnen zijn – zijn erg versnipperd en zijn sterk geregionaliseerd. In Vlaanderen zijn er de lokale huisartsenkringen die in een Unie van huisartsenkringen zijn gegroepeerd (UHAK). In het Franstalige landsgedeelte bestaat het analoog. Daar zijn de lokale huisartsenverenigingen gegroepeerd in het Forum des Associations de Généralistes (FAG).

Er bestaan twee door de Overheid gesubsidieerde wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, één in Vlaanderen, de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WWVH) en één in het Franstalig landsgedeelte, de Société Scientifique des Médecins Généralistes (SSMG).

In Vlaanderen bestaat er ook nog een Vlaams Huisartsen Parlement (VHP), waar drie banken worden verkozen : één voor de afgevaardigden van de huisartsensyndicaten, één voor de wetenschappelijke vereniging en één voor de afgevaardigden van de huisartsenkringen. Dit Vlaams huisartsenparlement heeft geen enkele wettelijke bevoegdheid, maar werkt als informele drukkingsgroep.

Een aantal huisartsen, die niet tot de BVAS behoren, wil een afsplitsing binnen de RIZIV-structuren van de specialisten, met een apart budget en een aparte overeenkomst voor huisartsen. Recent gaan er stemmen op dat deze huisartsenconventie niet meer met de klassieke verzekeringsinstellingen zou worden afgesloten, maar met de Regering. Vermits er in de organisatie van de huisartsgeneeskunde zeer grote verschillen bestaan tussen Vlaanderen en het Franstalige landsgedeelte, vrezen sommige politici dat de opsplitsing tussen huisartsen en specialisten meteen ook de opsplitsing van de gezondheidszorg en de ganse sociale zekerheid zou induceren. De Franstalige politieke partijen verzetten zich hier hardnekkig tegen.

## 4. Vertegenwoordiging van de (representatieve) artsorganisatie in officiële organen.

De twee representatieve artsorganisaties, BVAS en Kartel, zetelen zowel in een aantal officiële organen van de Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid als van Volksgezondheid. In het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), dat onder de bevoegdheid valt van de Minister van Sociale Zaken, wordt het aantal zetels in de verschillende organen toegewezen volgens het aantal behaalde stemmen bij de medische verkiezingen.

In de organen van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu is er geen wettelijke grond om rekening te houden met het verkiezingsresultaat.

In het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) zetelen de representatieve organisaties ondermeer in de

- Dienst voor geneeskundige verzorging :
  - de Algemene Raad voor geneeskundige verzorging
  - het Verzekeringscomité
  - de Commissie voor budgetcontrole
  - de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen
  - de Technisch Geneeskundige Raad
  - de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie
  - het Accrediteringssysteem met de
    - Accrediteringsstuurgroep
    - Paritaire comités per specialisme
    - Werkgroep ethiek en economie
    - Technische accrediteringsraad
    - Commissie voor beroep
  - Profielencommissies
  - Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen
  
- Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle :
  - De dienst
  - Het comité
  - De kamers van beroep

In de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid zetelt, naast beide representatieve artsenorganisaties, ook het Verbond van Belgische Specialist (VBS). Tot begin van de jaren 1960 waren het trouwens de verschillende beroepsverenigingen van het VBS die de aanvragende artsen hun erkenning verleenden als specialist.

Wat de erkenning betreft zetelen afgevaardigden van de beroepsverenigingen in :

- \* de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen
- \* de verschillende Erkenningscommissies

In verband met de wetgeving op de ziekenhuizen zetelen afgevaardigden in de :

- \* Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen
- \* Nationale paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen
- \* Overlegstructuur tussen ziekenhuisbeheerders, geneesheren en verzekeringsinstellingen
- \* Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen

Er bestaan nog een ganse reeks andere organen waar artsen-afgevaardigden in zetelen

- \* Nationale raad en technische commissie voor verpleegkunde
- \* Nationale raad en technische commissie voor paramedische beroepen
- \* Commissie voor klinische biologie
- \* ...

## 5. Principes-doelstellingen

Om af te sluiten geven wij de basisprincipes en doelstellingen mee van de verenigingen waarvoor ik sta. We hebben tien basisregels :

1. de patiënt staat centraal;
2. de arts respecteert de Code van Geneeskundige plichtenleer met o.m. art. 36 :  
"De geneesheer beschikt over de diagnostische en therapeutische vrijheid. Hij zal vermijden onnodig dure onderzoeken en behandelingen voor te schrijven of overbodige verstrekkingen te verrichten",
3. de patiënt kiest vrij zijn arts;
4. de arts verkiest vrij de diagnostische en therapeutische mogelijkheden;
5. de vrijwaring van het medisch geheim is cruciaal;
6. de artsen streven naar continu kwaliteits-bevorderend handelen;
7. er is gelijkwaardigheid tussen huisarts en specialist;

8. er is gelijkwaardigheid tussen de specialisten onderling;
9. gelijke pathologie moet gelijkelijk worden gehonoreerd, onafhankelijk van lokalisatie :
  - \* universitair of niet-universitair
  - \* regio
  - \* intra- of extramuraal;
10. m.a.w. gelijke toepassing van een *rechtvaardige* en *objectieve* wetgeving in het ganse land.

Om de nieuw te vormen regering op het goede spoor te zetten kunnen we alleen maar onze visie meedelen :

- Stop creatie van dure en overlappende structuren.
- Ondersteun bestaande kleinschalige samenwerkingsverbanden, tussen verstrekkers van hetzelfde beroep, en tussen verstrekkers van verschillende beroepen (huisartsen-specialisten, artsen-verpleegkundigen-paramedici-kinesitherapeuten ...).
- Beperk de staatsinmenging in de gezondheidszorg.
- Stop overnormering en betutteling.
- Laat de zorg in de eerste plaats aan de zorgbeoefenaars in overleg met hun patiënten en vermijdt overstructurering.

Het Belgisch gezondheidszorgsysteem heeft decennialang internationaal een goede reputatie gehad. De zorg is er kwalitatief hoogstaand en zeer toegankelijk voor quasi alle patiënten. Weliswaar mits grote inspanningen vooral vanwege de verstrekkers, en de laatste jaren ook, maar in mindere mate, vanwege de patiënten, zijn de uitgaven onder controle.

De basis van deze goede resultaten ligt in het stelsel van continu onderhandelen tussen verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers, begeleid door de Overheid. De artsen pleiten sterk voor het bewaren van dit overlegmodel. Noch de staatsgeneeskunde, noch de hyperliberale vrije markt benadering van de gezondheidszorg doen het beter.

Om af te sluiten en als boodschap aan de toekomstige Belgische regering herhaal ik de woorden van de stichter van de BVAS, Dr. André WYNEN : "Pas de médecine sans médecins".

---

## BELGISCH STAATSBLAD 16 JUNI T.E.M. 4 JULI 2003

De integrale teksten kunnen bekomen worden op het secretariaat op eenvoudige aanvraag (tel. 02/649.21.47 – fax 02/649.26.90 – e-mail : delphine@gbs-vbs.org). Deze teksten zijn eveneens elektronisch beschikbaar op de website van het Belgisch Staatsblad (<http://www.staatsblad.be>).

### 16 juni 2003

4 JUNI 2003. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het **budget van financiële middelen van de ziekenhuizen**, bl. 32127. (vaststelling van een gemiddelde ligduur per diagnosegroep en berekening van een aantal verantwoorde bedden).

28 MEI 2003. - Koninklijk besluit betreffende het **gezondheidstoezicht op de werknemers**, bl. 32158

### 18 juni 2003

11 JUNI 2003. - Koninklijk besluit tot **uitvoering**, wat de met toepassing van de gecoördineerde **wet op de ziekenhuizen** door de verzekeringsinstellingen in **twaaften uit te betalen bedragen** betreft, van de artikelen 136, par. 1, derde lid; 136, par. 5, en 164, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bl. 32479.

### 19 juni 2003

8 APRIL 2003. - Koninklijk besluit tot goedkeuring van het **huishoudelijk reglement** van de **Technische Raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen**, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bl. 32603.

### 23 juni 2003

4 JUNI 2003. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het **persoonlijk aandeel** van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, bl. 33411 (schriftelijk verslag kinesitherapeuten).

11 JUNI 2003. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de **nomenclatuur** van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bl. 33412. (**artikel 8 : verpleegkundige verstrekkingen** – wondzorg en behoeften van diabetespatiënten) (zie ook **bericht van de Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen** op onze website).

### 27 juni 2003

5 JUNI 2003. - Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 27 juni 2002 houdende **schorsing** van de aflevering van **geneesmiddelen** die **fenylpropanolamine** bevatten, bl. 34667.

### 30 juni 2003

9 JUNI 2003. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 7 april 1995 betreffende de voorlichting en de **reclame** inzake **geneesmiddelen** voor menselijk gebruik, bl. 35204.

18 JUNI 2003. - Koninklijk besluit tot goedkeuring van de opheffing van de monografie « Lypressini solutio iniectionis » (0506), van de vierde uitgave van de Europese Farmacopee, bl. 35206.

15 MEI 2003. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen **tegemoetkomt** in de **kosten** van **autosondage** bij de rechthebbende thuis, bl. 35207.

### 1 juli 2003

23 JUNI 2003. - Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 71bis, par. 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bl. 35573 (**hemodialyse, peritoneale dialyse en collectieve autodialyse**)

### 2 juli 2003

19 JUNI 2003. - Koninklijk besluit tot benoeming van de leden van het Paritair Comité voor de gezondheidsdiensten, bl. 35734.

### 4 juli 2003

11 JUNI 2003. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de **criteria voor de erkenning** van de bijzondere beroepstitel van **ziekenhuisapotheker**, bl. 36008.

---

## COMMISSIES VAN TOEZICHT VOOR HET GEVANGENISWEZEN : OPROEP TOT DE KANDIDATEN VOOR DE FUNCTIE VAN LID GENEESHEER

Het koninklijk besluit van 4 april 2003 (B.S. 16.05.2003) heeft binnen de Federale Overheidsdienst Justitie een Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen opgericht alsook een Commissie van Toezicht bij elke strafinrichting van het land. Deze organen zijn belast met de uitoefening van een professioneel en onafhankelijk toezicht op alles wat betrekking heeft op de bejegening van gedetineerden en op de naleving van de voorschriften ter zake. Ze dienen aan de Minister van Justitie te rapporteren over hun waarnemingen en hem te adviseren over penitentiaire aangelegenheden.

De Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen is op 26 mei 2003 in werking getreden. Een van de eerste taken van deze Raad bestaat erin voorstellen aan de Minister te doen met het oog op de benoeming van de voorzitters en de leden van de verschillende Commissies van Toezicht.

Elke Commissie van Toezicht moet ten minste een lid geneesheer meetellen onder zijn leden. De functie van lid geneesheer van een Commissie van Toezicht is vandaag nog steeds vacant voor de Commissies opgericht bij de volgende strafinrichtingen: SINT-GILLIS ; VORST ; ANTWERPEN; BRUGGE EN RUISELEDE (gemeenschappelijke Commissie); GENT; HASSELT; IEPER; LEUVEN (Centrale gevangenis en Hulpgevangenis - gemeenschappelijke Commissie); MECHELEN; OUDENAARDE; TONGEREN. TURNHOUT EN MERKSPLAS (gemeenschappelijke Commissie); WORTEL EN HOOGSTRATEN (gemeenschappelijke Commissie).

De leden worden benoemd op grond van hun deskundigheid met betrekking tot de taken die aan de Commissie van Toezicht worden toevertrouwd. Bij de aanvang van hun mandaat mogen ze niet ouder zijn dan 60 jaar.

Tijdens de duur van het mandaat (4 jaar) is het lidmaatschap van de Commissie van Toezicht onverenigbaar met: - het lidmaatschap van de Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen; -de uitoefening van een ambt bij of de uitvoering van een opdracht voor het Directoraat generaal Uitvoering van straffen en maatregelen van de Federale Overheidsdienst Justitie.

**De kandidaatstelling dient te worden gericht aan het secretariaat van de Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen, ter attentie van Mevr. Astrid Brùls (per post: Everstraat 2-8 te 1000 Brussel;**

per fax: 02/542.64.15 of per Email: astrid.bruls@just.fgov.be) binnen de kortste termijn gelet op de noodzaak om de Commissies van Toezicht zo spoedig mogelijk operationeel te laten worden

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING

**Informatieavond over de ziekte van Huntington – Kortrijk, vrijdag 14 november 2003 (19u30 – 22u00)**

**Programma** : • 19u30 : Onthaal - Gelegenheid om documentatiemateriaal in te kijken en/of te kopen.  
• 19u45 : Welkomstwoord en voorstelling van de Huntington Liga - Uitleg over de ziekte van Huntington en bespreking van de erfelijke aspecten van de ziekte - Gelegenheid tot vragen stellen. • 22u00 : Slotwoord

**Doelgroep** : Families die betrokken zijn bij de ziekte van Huntington – Huisartsen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, paramedici en andere hulpverleners die professioneel te maken hebben met en/of interesse hebben voor de ziekte van Huntington.

**Plaats** : Vormingsinstituut afd. Kasteel 't Hooghe, Doorniksesteenweg 218, Kortrijk.

**Organisatie en Contactadres** : Huntington Liga, Krijkelberg 1, 3360 Bierbeek - Tel.: 016/45 27 59 - Contactpersoon: Els Zimmermann

## AANKONDIGINGEN

03039 **MOESKROEN** : Hospitaalcentrum Moeskroen zoekt arts, algemeen geneeskundige of specialist, voor ziekenhuiswacht op tweede campus zonder spoedgevallendienst. Nacht + WE's. Interessante vergoedingen. Contact : Medisch Directeur C.H. Moeskroen - 056/85.81.25 van 8 u tot 12 u 30 en van 13 u tot 16 u 30.

03046 **GADELOUPE** : **CESSION** en 2004 d'un très beau **CABINET DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE** tout équipé : bureau cuir – bibliothèque – table gynéco élec. – colposcope – échographe – ordinateur. Emplacement privilégié – grosse clientèle – accès cliniques – gros potentiel gynéco-obstétrical. Réelle opportunité et tout cela pour le prix de l'équipement. S'adresser au Dr G. ISSAUTIER, 87 Bd Rougé, 97160 Le Moule, Guadeloupe, tél. : 00.590.23.92.92, fax : 00.590.23.92.93.

03048 **FRANCE (LA ROCHELLE Centre Historique)** : **DERMATOLOGUE**, secteur 2, recherche associé(e) dans le cadre d'une SCM (locaux séparés, Puvathérapie, Laser KTP et Alexandrite. Parkings Médecins-Patients). Contacter : 00.33.5 46 50 54 88 (dom) – 00.33.5 46 41 17 55 (cab) - email: PERRIER-CAMENEN@WANADOO.FR

03049 **FRANCE** : LAM Centre de la France (2 heures de Paris) recherche **MÉDECIN BIOLOGISTE** pour poste de Directeur Adjoint, temps plein, éventuelle association. Salaire attractif-Horaires adaptés. Tél: 00 33 2 54 22 90 25 - Fax: 00 33 2 54 27 05 17 - email: JL.MOREAU@WANADOO.FR

## Inhoudstafel

• Interpretatieregels gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad d.d. 24 juni 2003 – Invoeging op 24 juni 2003 .....	1
• Nieuwe nomenclatuurswijzigingen (Belgisch Staatsblad 30/06/2003 2de editie).....	1
• First annual meeting of the INSEAD-EHLP – The Perspective of the Provider.....	2
• Belgisch Staatsblad 16 juni t.e.m. 4 juli 2003 .....	10
• Commissies van toezicht voor het gevangeniswezen : oproep tot de kandidaten voor de functie van lid geneesheer .....	11
• Wetenschappelijke vergadering.....	12