Studiën

DE HUISARTSENKRINGEN EN DE ZIEKTEVERZEKERING: EEN JURIDISCHE ANALYSE

Iedereen kent de wachtdienst van de huisartsen. De organisatie van die wachtdienst is de belangrijkste opdracht van de lokale huisartsenkring (hierna ook "kring" genoemd). Alhoewel de huisartsenkringen met de organisatie van de wachtdienst een belangrijke dienst aan de bevolking verlenen, heeft de overheid relatief lang gewacht met het ontwikkelen van een regelgevend kader dat meteen ook de basis kan vormen voor de financiering van de kringactiviteit. De regelgeving voor de erkenning enerzijds en de financiering anderzijds van de kringen zoals ze tot stand kwam in de periode 2001-2003, wordt uiteengezet in de eerste twee punten van deze bijdrage. De wettelijke bases voor deze regelingen bevinden zich in artikel 9 van het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen[1] enerzijds en in artikel 36*quater* van de GVU-Wet[2] anderzijds.
De financiering gebeurt met geld van de ziekteverzekering en dat is meteen ook de initiële en de belangrijkste link tussen de kringen en de gezondheidszorgverzekering.

Vrij snel na de opstart van de basisregelgeving bleek evenwel dat de ziekteverzekering een beroep zou doen op de kringen voor de realisatie van sommige doelstellingen van de gezondheidszorgverzekering die niet in verband staan met de huisartsenwachtdiensten. Die evolutie wordt in kaart gebracht in punt 3. Hoewel een aantal elementen van die evolutie hun definitieve oriëntatie nog niet hebben gevonden, wordt in punt 4 gepoogd een kort bilan op te maken. De belangrijkste bedoeling van deze bijdrage is een juridische analyse te maken van de bestaande toestand *anno* 2008; in die zin zal ze kunnen gebruikt worden als referentiedocument voor eventuele latere bijdragen.

1. De huisartsenkring: een vzw met een lokaal doel en erkend door de overheid

Alhoewel de regelgeving vooral is toegespitst op de erkenning van de kringen, zijn de specifieke karakteristieken ervan veeleer af te leiden uit de reglementaire definities en uit de omschrijving van de opdrachten van de kringen.

Dat zijn dan ook de drie vragen die in dit punt beantwoord worden:

- Wat is een huisartsenkring (punt 1.1.)?
- Wat doet een huisartsenkring (punt 1.2.)?
- Hoe wordt een kring erkend (punt 1.3.)?

1.1. Definitie van een huisartsenkring

1.1.1. Een huisartsenkring is "een vereniging welke alle vrijwillig toegetreden praktijkvoerende artsen groepeert die binnen een welbepaalde geografisch omschreven en aaneengesloten zone hun beroepsactiviteit uitoefenen, teneinde de opdrachten geformuleerd onder hoofdstuk II van onderhavig besluit uit te voeren".

---

1 B.S. van 14 november 1967. Artikel 9, § 1, werd aangevuld met een derde lid door artikel 31 van de Wet van 10 augustus 2001 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (B.S. van 1.9.2001).

2 Ingevoegd in de GVU-Wet door de Wet van 30 december 2001 (B.S. van 31.12.2001).

Dat is de definitie van een huisartsenkring zoals ze is opgenomen in artikel 1, 2°, van het Koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan de huisartsenkringen[3]. Het is duidelijk dat met de verwijzing naar de opdrachten van de kringen (die worden besproken in punt 2.2. hierna) de regelgeving in de eerste plaats een functionele begripsomschrijving hanteert. De andere elementen van de definitie worden hierna kort ontleed.

Het gaat om:
- een vereniging (1.1.2.);
- van praktijkvoerende artsen (1.1.3.);
- die binnen een welbepaalde geografische entiteit hun beroepsactiviteit uitoefenen (1.1.4.).

1.1.2. De vereniging moet de juridische vorm aannemen van een *vereniging zonder winstgevend doel* (vzw); zo is bepaald in artikel 4, § 2, van het Ministerieel besluit van 28 juni 2002 tot vaststelling van de voorwaarden tot het verkrijgen van de erkenning van huisartsenkringen[4].

De kringen vallen daarmee onder de algemene vzw-wetgeving, maar het Ministerieel besluit van 28 juni 2002 bevat enkele bepalingen die geformuleerd zijn als erkenningsvoorwaarden in hoofde van de kring die de structurering van de vereniging rechtstreeks beïnvloeden.

Zo bepaalt artikel 4, § 1, 1°, van het Ministerieel besluit dat de vereniging is samengesteld uit alle vrijwillig toegetreden huisartsen wier praktijk gevestigd is binnen de huisartsenzone waarbinnen de huisartsenkring zijn activiteit uitoefent. Artikel 4, § 1, 2°, stipuleert dan weer dat de kring verplicht is elke huisarts, die binnen de huisartsenzone zijn praktijk heeft gevestigd en uitoefent, als volwaardig lid op te nemen. Het artikel 4, § 1, van het Ministerieel besluit dat dus eigenlijk betrekking heeft op het lidmaatschap van de algemene vergadering van de kring-vzw, bevat ten slotte nog een 3° dat voorschrijft dat de kring bij zijn erkenningsaanvraag het bewijs moet leveren redelijke inspanningen te hebben gedaan teneinde alle huisartsen van de zone tot participatie aan te moedigen.

Artikel 4, § 3, van het Ministerieel besluit bepaalt dat de jaarlijkse lidmaatschapsbijdrage, vastgesteld door de algemene vergadering of een daartoe aangeduid orgaan, een billijke bijdrage moet zijn.

De §§ 4 en 5 van artikel 4 van het Ministerieel besluit van 28 juni 2002 bevatten volgende regels inzake de raad van bestuur van de kring-vzw.

Het bestuur van de vereniging wordt waargenomen door een raad van bestuur, exclusief bestaande uit in de huisartsenzone praktijkvoerende erkende huisartsen.

In de statuten dienen wat de raad van bestuur betreft, de volgende voorwaarden opgenomen:

- De bestuurders worden aangesteld door de Algemene ledenvergadering en worden gekozen onder de leden voor een termijn van 4 jaar.
- Het bestuursmandaat is maximaal tweemaal ononderbroken hernieuwbaar.
- Maximaal kunnen 2/3 van de mandaten opgenomen worden door personen van hetzelfde geslacht; indien onmogelijk kan worden voldaan aan deze voorwaarde, kan ervan worden afgeweken mits bijzondere motivering opgenomen in het verslag van de aanstellingsvergadering.

---

3 B.S. van 5 oktober 2002, p. 45235.
4 B.S. van 5 oktober 2002, p. 45241.

Indien er binnen een huisartsenkring bepaalde praktijkvoerende artsen zich bekennen dat zij behoren tot een deelgroep, die zich systematisch in de minderheid geplaatst weet met betrekking tot de vertegenwoordiging of de organisatie van de wachtdienst, wordt op eenvoudige vraag een vertegenwoordiger van deze deelgroep als volwaardig bestuurslid opgenomen in de raad van bestuur, op voorwaarde dat deze vertegenwoordiger minstens 5% van het ledental achter zijn kandidatuur verzamelt.

1.1.3. De huisartsenkring groepeert alle vrijwillig toegetreden "praktijkvoerende artsen", zo stelt de definitie van artikel 2, 2°, van het Koninklijk besluit van 8 juli 2002. Dat zijn eigenlijk de erkende huisartsen, de huisartsen in beroepsopleiding en de algemeen geneeskundigen met verworven rechten, zo leert ons artikel 1, 1°, van het Koninklijk besluit van 8 juli 2002[5]. Die artsen moeten hun beroepsactiviteit binnen de huisartsenzone uitoefenen. Artikel 4 van het Ministerieel besluit van 28 juni 2002 stelt in dat verband dat het gaat om *huisartsen* wier praktijk is gevestigd binnen de zone (§ 1, 1°) en die daar ook hun praktijk moeten uitoefenen (§ 1, 2°).

1.1.4. De kring groepeert de huisartsen die "binnen een welbepaalde geografisch omschreven en aaneengesloten *zone*" hun beroepsactiviteit uitoefenen. Dit element van de definitie omschrijft de belangrijkste karakteristiek van de huisartsenkring; de kring heeft een welbepaald en beperkt werkgebied, de zogenaamde huisartsenzone. Artikel 1, 5°, van het Koninklijk besluit van 8 juli 2002 stelt dat de zone bestaat uit één of meer gemeenten, of, voor de grote agglomeraties, (Antwerpen, Charleroi, Gent, Luik), uit een deel van een gemeente.

Artikel 3 van het Ministerieel besluit van 28 juni 2002 stelt dat slechts één kring kan worden erkend per huisartsenzone; de zone wordt vastgesteld naar aanleiding van de individuele erkenning van de betrokken kring (zie punt 1.3.). Indien in een bepaalde huisartsenzone twee of meer kringen hun erkenning vragen, zal bij gebrek aan een vergelijk, de kring met het hoogste aantal leden worden erkend (art. 5 van het M.B.).

In het "tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad" kan het geografisch gebied van één of meerdere gemeenten behoren tot het werkgebied van twee huisartsenkringen, respectievelijk een Franstalige en een Nederlandstalige kring, op voorwaarde dat per taalrol het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad volledig wordt gedekt (art. 3 van het M.B.).

1.2. Opdrachten van een huisartsenkring

1.2.1. Voor een goed begrip van de juridische organisatie van de opdrachten van de kringen is het belangrijk voor ogen te houden dat artikel 9, § 1, van het in de inleiding geciteerde Koninklijk besluit nr. 78 tot in 2001 enkel betrekking had op de organisatie van de wachtdienst. De wettekst vertrouwt die organisatie toe aan representatieve beroepsverenigingen van beoefenaars van onder meer de geneeskunde, met een controlerende rol voor de geneeskundige commissie.

Artikel 31 van de Wet van 10 augustus 2001 voegde aan artikel 9, § 1, dan een derde lid toe, dat luidt als volgt:

"De Koning kan de door Hem bepaalde opdrachten in verband met de lokale organisatie en de vertegenwoordiging van de betrokken beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg, toevertrouwen aan de verenigingen of de groeperingen bedoeld in het eerste lid, op voorwaarde dat ze daarvoor erkend worden. De voorwaarden en de procedure voor het verkrijgen van de erkenning worden vastgesteld door de Minister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft".

---

5 Voor de notie "algemeen geneeskundigen met verworven rechten", zie artikel 2, D., c), van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Het is op basis van de aldus vervolledigde bepaling dat het reeds aangehaalde Koninklijk besluit van 8 juli 2002 en het reeds geciteerde Ministerieel besluit van 28 juni 2002 werden getroffen. Op 16 december 2002 kwam daar nog het Ministerieel besluit tot vaststelling van de erkenningsmodaliteiten van de huisartsenkringen bij[6] .

Het Koninklijk besluit van 8 juli 2002 onderscheidt twee grote opdrachten: de organisatie van de wachtdienst (art. 4 t.e.m. 7) en de lokale vertegenwoordiging (art. 3).

1.2.2. Inzake de wachtdienst stipuleert artikel 4 dat de kring *één huisartsenwachtdienst* binnen de gehele huisartsenzone organiseert. Die kan bestaan uit meerdere onderdelen.

De huisartsenwachtdienst dient te beantwoorden aan de volgende normen (art. 5):

- Bij de aanvraag tot erkenning dient minimaal de huisartsenwachtdienst geregeld tijdens de weekends en feestdagen.
- Indien binnen één huisartsenzone meerdere wachtdienstonderdelen worden georganiseerd, mogen er geen geografische overlappingen bestaan, noch gebiedsdelen die niet gedekt worden binnen deze huisartsenzone.
- Per huisartsenkring dient een huishoudelijk reglement omtrent de wachtdiensten te worden opgesteld, dat de praktische organisatorische afspraken en engagementen tussen de verstrekkers regelt; het begin en eindmoment van de wachtdienst dient hierin duidelijk te worden gepreciseerd; tevens dienen de modaliteiten van interne kwaliteitszorg hierin gestipuleerd.
- Gedurende de tijdsperiode dat de huisartsenwachtdienst functioneert, dient minstens één huisarts permanent beschikbaar te zijn en a rato van één huisarts per volledige schijf van 30 000 inwoners.
- De wachtdienst wordt op duidelijke wijze bekendgemaakt aan de bevolking.
- De huisartsenwachtdienst is subsidiair aan de huisartspraktijkpermanentie. In het huishoudelijk reglement van de wachtdienst dient de afgrenzing tussen de praktijkpermanentie en de wachtdienst geregeld.
- De huisartsenkring maakt afspraken met de ziekenhuizen en extramurale specialisten teneinde een optimale afstemming te bekomen tussen de huisartsenwachtdienst, de spoeddiensten en de dringende medische hulpverlening in de huisartsenzone.
- Het eventuele gebruik van een systeem van centraal oproepnummer gebeurt overeenkomstig een aantal normen, die besproken zullen worden in punt 2.2.

Elke erkende huisartsenkring organiseert een registratie omtrent volgende gegevens in relatie tot de organisatie van de wachtdienst: epidemiologie, veiligheidsproblemen, patiëntenklachten en klachten omtrent dienstverlening. Hieromtrent wordt gerapporteerd in het jaarverslag (art. 7).

1.2.3. De opdracht inzake de *lokale vertegenwoordiging* zoals zij in artikel 3 van het Koninklijk besluit van 8 juli 2002 is opgenomen, is veel minder normerend omschreven dan die inzake de wachtdiensten. Vooral in de basisformulering van de opdracht wordt het lokaal karakter van de kringwerking benadrukt: de kring is het lokaal aanspreekpunt voor de huisartsen en voor het lokale beleid ter implementatie van het lokale gezondheidsbeleid.

Hiertoe:

- Kan de kring initiatieven nemen ter promotie van de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen en van de huisartsenwerking in het bijzonder.

---

6 B.S. van 28 december 2002.

- Neemt de huisartsenkring initiatieven ter optimalisatie van de multidisciplinaire samenwerking tussen de eerstelijnszorgverstrekkers.
- Poogt de huisartsenkring samenwerkingsovereenkomsten af te sluiten met het ziekenhuis (of ziekenhuizen), teneinde de continuïteit van de patiëntenzorg te waarborgen.
- Optimaliseert de huisartsenkring toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde voor alle patiënten van de huisartsenzone.

1.3. Erkenning van een huisartsenkring

1.3.1. De erkenningsvoorwaarden worden in het hierboven besproken Koninklijk besluit van 8 juli 2002 en het Ministerieel besluit van 28 juni 2002 geregeld. De voorwaarden hebben betrekking op de samenstelling en de werkingsregels van de kring als vzw (zie punt 1.1.) en op de opdrachten (zie punt 1.2.).

Hieronder wordt dan ook alleen nog ingegaan op de erkenningsmodaliteiten zoals ze georganiseerd worden in het Ministerieel besluit van 16 december 2002 (punt 1.3.2.). Tevens maken we een stand van zaken op met betrekking tot het aantal erkende kringen (punt 1.3.3.).

1.3.2. Het erkenningssysteem van het Ministerieel besluit van 16 december 2002 maakt een onderscheid tussen de voorlopige en de definitieve erkenning.

In de twee gevallen geeft het "Directoraat-generaal van de gezondheidsberoepen, medische bewaking en welzijn op het werk" van de FOD Volksgezondheid een gemotiveerd advies aan de Minister van Volksgezondheid, die de erkenningsbeslissing treft.
De beslissing wordt meegedeeld aan de betrokken kring en aan de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ).

In het kader van de procedure voor de definitieve erkenning is er een speciale tussenstap indien op het moment van het indienen blijkt:

- Dat twee of meer huisartsenkringen een erkenningsaanvraag indienen in eenzelfde vastgestelde huisartsenzone.
- Of dat twee of meer huisartsenkringen een erkenningsaanvraag indienen in verschillende huisartsenzones met een gemeenschappelijk deel.
- Of dat, op het nationaal grondgebied, bepaalde aangrenzende zones van de kringen die een erkenning aanvragen niet gedekt zijn.

In die gevallen moeten de betrokken kringen aantonen dat er voorafgaand overleg heeft plaatsgevonden en dat er in dat kader geen oplossing kon worden gevonden.

Het genoemde Directoraat-generaal maakt dan een rapport op voor de NCGZ, die de zaak onderzoekt en binnen de vier maanden een advies uitbrengt. Het Directoraat baseert zich dan voor zijn gemotiveerd advies aan de Minister op de elementen van de aanvraag en op het advies van de NCGZ.

Deze procedure werd tot op heden toegepast voor de gemeente Hoeilaart (kringen van Hoeilaart en Hoeilaart-Overijse) en voor de gemeenten Stabroek en Kapellen (kringen Antwerpen-Noord en Moerland). Deze procedure was op het vlak van de regelgeving omtrent de kringen de eerste link met de ziekteverzekering. De tweede link loopt via de financiering van de kringen zoals ze wordt uiteengezet in punt 2. Op structureel vlak bestaat er een link sinds 2006. Toen werd de Federale raad voor de huisartsenkringen opgericht. Artikel 5 van het Koninklijk besluit van 16 februari 2006[7] bepaalt dat 2 vertegenwoordigers van het RIZIV en 4 vertegenwoordigers van de NCGZ met raadgevende stem zetelen in de raad.

1.3.3. Eind 2008 waren er volgens voornoemd Directoraat-generaal 148 kringen erkend, die samen een bevolking van 10 504 362 inwoners tellen. Voor 80 472 inwoners van het Rijk is nog geen erkende kring actief (het gaat om de gemeenten Londerzeel, Hélécine, Orp-Jauche, Ramillies, Lincent, Ferrières, Hamoir, Huy en Flémalle).

2. De financiering van de huisartsenkringen door de ziekteverzekering

Door de Wet van 30 december 2001[8] werd in de GVU-Wet een artikel 36*quater* ingelast, dat de wettelijke basis bevat voor de financiering van de huisartsenkringen door de ziekteverzekering. De financiering is geënt op de erkenning van de kringen en gebeurt in uitvoering van een Koninklijk besluit dat er kwam op 4 juni 2003[9].

Het Koninklijk besluit bevat een mechanisme van financiering per inwoner en maakt een onderscheid tussen een basisfinanciering (punt 2.1.) en een aanvullende financiering (punt 2.2.). Voor de praktische organisatie van de financiering wordt een beroep gedaan op het RIZIV (punt 2.3.). In de begroting 2008 voor de sector gezondheidszorgen is een bedrag van 3 000 000 EUR voorzien voor de financiering van de huisartsenkringen.

2.1. De basisfinanciering

De basisfinanciering neemt de vorm aan van een jaarlijkse subsidie, die op forfaitaire wijze de werkingskosten van de kring dekt. De basisfinanciering dekt dus zowel de kosten voor de organisatie van de wacht (punt 1.2.2.) als die voor de lokale vertegenwoordiging (punt 1.2.3.).

De subsidie bedraagt 0,20 EUR per inwoner in de huisartsenzone (art. 3 van het K.B. van 4.6.2003).

2.2. Aanvullende financiering

De aanvullende financiering heeft betrekking op specifieke kosten die te maken hebben met de organisatie van de wachtdienst, ofwel omdat een centraal oproepnummer gebruikt wordt (punt 2.2.1.), ofwel omdat de huisartsenzone relatief weinig inwoners telt (punt 2.2.2.).

2.2.1. Het *centraal oproepnummer*-systeem bestaat uit een bemande telefooncentrale die de patiëntenoproepen tijdens de wachtdienst in een huisartsenzone centraliseert, behandelt volgens vastgelegde afspraken, doorverwijst naar de meest adequate participerende verstrekker volgens overeengekomen procedures en een interne registratie opzet teneinde een kwaliteitsopvolging te waarborgen (art. 2, 6°, van het K.B. van 4.6.2003).

---

7 B.S. van 27 februari 2006. De opdrachten van de Federale raad worden omschreven in artikel 7 van het Koninklijk besluit.

8 B.S. van 31 december 2001.

9 B.S. van 26 juni 2003.

Indien een erkende huisartsenkring voor de gehele bevolking van een huisartsenzone ter organisatie van de huisartsenwachtdienst een systeem van centraal oproepnummer operationeel maakt, kan deze huisartsenkring aanspraak maken op een aanvullende financiering, onder de volgende voorwaarden:

- Een billijke financiële bijdrage in de exploitatiekosten wordt geleverd door de betrokken beroepsbeoefenaars of door andere bronnen.
- Het systeem van centraal oproepnummer wordt georganiseerd in wederzijdse samenwerking met andere beroepsdisciplines van de eerste lijn op contractuele basis.
- Initiatieven omtrent de veiligheid van de verstrekker worden geïmplementeerd.
- Rapportering wordt uitgebracht omtrent de vastgestelde kwaliteitsnormen (art. 4, § 1, van het K.B. van 4.6.2003).

De aanvullende subsidiëring voor het centraal oproepnummer bedraagt 0,175 EUR per inwoner in de betrokken huisartsenzone (art. 4, § 2).
Anno 2007 ontvingen 22 kringen met samen 3 484 267 inwoners deze vorm van aanvullende financiering.

2.2.2. Bij ontstentenis van een systeem van centraal oproepnummer kan een erkende huisartsenkring aanspraak maken op een aanvullende forfaitaire financiering van 0,125 EUR per inwoner van een gemeente binnen de huisartsenzone waarvan de bevolkingsdensiteit onder de 125 inwoners per km² ligt. Deze regeling voor de zogenaamde *rurale zones* ligt vervat in artikel 5 van het Koninklijk besluit van 4 juni 2003.

Anno 2007 ontvingen 24 kringen met samen 601 766 inwoners deze vorm van aanvullende financiering.

2.3. Hoe is de financiering van de kringen georganiseerd?

De praktische regeling van de financiering van de huisartsenkringen is gebaseerd op een gegevensuitwisseling tussen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, het RIZIV en de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) (art. 6 t.e.m. 10 van het K.B. van 4.6.2003).

Het “Directoraat-generaal gezondheidsberoepen, medische bewaking en welzijn op het werk” van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedingsketen en Leefmilieu maakt jaarlijks voor elke erkende huisartsenkring volgende gegevens over aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV:

1° de beslissing met betrekking tot de erkenning;
2° de meest recente gegevens met betrekking tot het aantal inwoners van de huisartsenzone;
3° de vaststelling of de huisartsenkring al dan niet meewerkt aan een systeem van centraal oproepnummer zoals bedoeld in punt 2.2.1.;
4° de elementen die toelaten vast te stellen of de huisartsenkring al dan niet in aanmerking komt voor de aanvullende financiering als rurale zone;
5° het bankrekeningnummer van de huisartsenkring.

De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV bepaalt jaarlijks op basis van deze gegevens het financieringsbedrag voor elke erkende kring.

De NCGZ neemt kennis van het bedrag van de jaarlijkse financiering dat toekomt aan elke erkende huisartsenkring.

Het RIZIV betaalt het jaarlijks bedrag aan de huisartsenkring en geeft kennis van de betaling aan het "Directoraat generaal gezondheidsberoepen, medische bewaking en welzijn op werk" van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.

Het Directoraat-generaal houdt de jaarverslagen en de resultatenrekeningen van de huisartsenkringen ter beschikking van de NCGZ.

3. De ziekteverzekering en de huisartsenkringen

In punt 1.2. werden de opdrachten van de huisartsenkringen beschreven; de organisatie van de wachtdienst is ongetwijfeld de belangrijkste.
Door een aantal maatschappelijke en professionele evoluties die het bestek van deze bijdrage te buiten gaan, wordt het organiseren van de wacht op heel wat plaatsen de laatste jaren steeds moeilijker. Reeds in 2002 werd dan ook beslist dat de gezondheidszorgverzekering, die baat heeft bij een performante wachtdienst, bijkomende financiële incentives zou geven aan de huisartsen die deelnemen aan de wachtdienst.
Een bijkomende poging om de wachtdienstproblematiek aan te pakken, bestond in de financiering van zogenaamde huisartsenwachtposten. De manier waarop de ziekteverzekering voor de organisatie van haar financiële interventie in de wachtdienstproblematiek een beroep doet op de huisartsenkringen, wordt uiteengezet in punt 3.1. Meer recent werden de kringen ook voor de realisatie van andere doelstellingen van de gezondheidszorgverzekering ingeschakeld; die evolutie wordt geschetst in punt 3.2.

3.1. De rol van de huisartsenkringen in de financiële ondersteuning van de wachtdiensten door de ziekteverzekering

3.1.1. Door de Wet van 22 augustus 2002[10] werd aan de GVU-Wet een artikel 36*quinquies* toegevoegd, dat de wettelijke basis creëerde voor het betalen van een *beschikbaarheidshonorarium* aan de geneesheren die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten. Hoewel de wettekst het niet alleen heeft over huisartsen, beperkte de eerste toepassing van het nieuw wettelijk systeem zich tot de erkende huisartsen. Een volledige beschrijving van deze vorm van honorering gaat het bestek van deze bijdrage te buiten.
In dit kader is van belang dat de huisartsen voor hun deelname aan de wacht per tijdsblok een bedrag van de ziekteverzekering ontvangen, of ze nu al dan niet effectief patiënten hebben verzorgd in de loop van dat tijdsblok. De tijdsblokken beliepen bij de invoering van het systeem op 1 september 2002[11] 24 of 12 uur, met een beschikbaarheidshonorarium van 125 of 62,5 EUR; vanaf 1 juli 2008 wordt gerekend per uur en aan 5,29 EUR per uur[12].

Vermits de kringen verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de wachtdienst, is het logisch dat de ziekteverzekering rekening houdt met de gegevens die de kringen daarover beheren.
Anno 2002 waren de kringen evenwel nog niet erkend, zodat in een eerste fase met een overgangssysteem werd gewerkt; de huisartsen die deelnemen aan een wachtdienst moesten onderling een verantwoordelijke aanduiden, door het opmaken van een gezamenlijk ondertekend document. Deze verantwoordelijke moest dan de gegevens overmaken aan de ziekteverzekering via de website van het RIZIV, dat de beschikbaarheidshonoraria betaalde (art. 3 en 4 van het K.B. van 25.11.2002).

---

10 B.S. van 10 september 2002.

11 K.B. van 25 november 2002, B.S. van 14 december 2002.
Het initiële systeem organiseerde een beschikbaarheidshonorarium voor de wachten gedaan op zaterdagen, zondagen en wettelijke feestdagen. Vanaf 1 januari 2007 werd het systeem uitgebreid tot de weekwachten van 20 uur tot 8 uur (K.B. van 5.6.2007, B.S. van 18.6.2007).

12 K.B. van 18 september 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 25 november 2002, B.S. van 8 oktober 2008 (geïndexeerd bedrag).

Eens de definitieve erkenning van de kringen een feit was, kon deze opdracht toevertrouwd worden aan de raden van bestuur van de vzw's van de kringen; de datum daarvoor werd vastgesteld op 1 oktober 2007[13].

3.1.2. Door het Koninklijk besluit van 16 januari 2003[14] werd de mogelijkheid gecreëerd om een tussenkomst van de ziekteverzekering te verlenen in tijdelijke en experimentele projecten met betrekking tot de huisartsenwachtdiensten. Deze contractuele financiering beoogt in het bijzonder de werking van de zogenaamde *huisartsenwachtposten*. In deze organisatie van de wachtdienst gaat de patiënt naar een lokaal waar de huisarts van wacht zich bevindt, dit in tegenstelling tot de klassieke wachtdienstorganisatie, waarbij de huisarts bij de patiënt thuis een bezoek aflegt. Nog andere modellen zijn mogelijk; zo kan de huisarts eventueel toch nog bij de patiënt thuis op bezoek gaan, maar vertrekt hij vanuit de wachtpost, met eventueel specifiek beveiligd vervoer. Ook gecombineerde modellen zijn mogelijk. Een gedetailleerde bespreking van deze experimentele financiering gaat het bestek van deze bijdrage te buiten.
Hier is vooral van belang dat artikel 3 van het Koninklijk besluit van 16 januari 2003 de financiering beperkt tot "projecten betreffende wachtdiensten die overeenkomstig artikel 9, § 1, van het Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen worden meegedeeld aan de bevoegde geneeskundige commissie". Tot einde 2008 werden op deze basis 13 wachtposten experimenteel gefinancierd. De maximumduur van de financieringscontracten met het Verzekeringscomité, die oorspronkelijk 3 jaar bedroeg, werd door het Koninklijk besluit van 12 juni 2008[15] op vijf jaar gebracht.

Voor de huisartsenwachtposten die functioneren in de grote steden (Brussels Hoofdstedelijk Gewest) en gemeenten met meer dan 150 000 inwoners (in het Vlaamse en Waalse Gewest) werd intussen in artikel 56, § 4, van de GVU-Wet een definitieve financieringsregeling ingeschreven[16]. De wettekst bepaalt dat de posten moeten worden georganiseerd door de huisartsenkringen, de lokale autoriteiten en één of meerdere ziekenhuizen en dat de financieringscontracten worden gesloten met de Minister van Sociale Zaken. In toepassing van het uitvoeringsbesluit van 13 januari 2006[17] werden tot einde 2008 tien dergelijke contracten gesloten.

3.2. De rol van de huisartsenkringen in de realisatie van andere doelstellingen van de ziekteverzekering

De in de inleiding van punt 3 gesignaleerde problemen bij het organiseren van de wachtdienst maken deel uit van een veel ruimere problematiek rond de huisartsgeneeskunde in het algemeen. Globaal zou men kunnen stellen dat de huisartsgeneeskunde blijkbaar weinig artsen aantrekt enerzijds, en dat de sector het moeilijk heeft om artsen in het beroep te houden anderzijds. Daarom werd door de Programmawet van 27 december 2005 een Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde opgericht[18]. De rol van de huisartsenkringen in dit impulsfonds wordt beschreven in punt 3.2.1.
Ook buiten het impulsfonds bleken nog maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde noodzakelijk; dit bleek in het bijzonder in het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 20 december 2007; de rol van de kringen in een aantal van de incentives die in het akkoord worden georganiseerd, wordt geanalyseerd in punt 3.2.2.

---

13 K.B. van 14 september 2007, B.S. van 27 september 2007.
In dat Koninklijk besluit werd ook bepaald dat de wachtdienstgegevens vanaf 1 oktober 2007 aan het RIZIV worden overgemaakt via "de hiertoe voorziene federale website".

14 B.S. van 18 februari 2003.

15 B.S. van 4 juli 2008.

16 Artikel 25, van de Wet van 11 juli 2005, B.S. van 12 juli 2005, Ed. 2.

17 B.S. van 21 februari 2006.

18 Invoeging van een artikel 55, § 4, in de GVU-Wet (B.S. van 30.12.2005), later vervangen door artikel 36*duodecies* van de GVU-Wet middels artikel 123, van de Wet van 24 juli 2008 (B.S. van 7.8.2008).

Ten slotte werd ook de mogelijkheid gecreëerd om de huisartsenkringen een rol te laten spelen in de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg (punt 3.2.3.).

3.2.1. De rol van de kringen in het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde

Het *Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde* is geregeld in het Koninklijk besluit van 15 september 2006[19]. Eind 2008 bevatte de regeling twee soorten ondersteuning van de huisartsgeneeskunde: incentives voor de installatie van huisartsen en tegemoetkomingen in de loonkosten van bedienden die samenwerkende huisartsen bijstaan in het onthaal en het beheer van hun praktijk[20]. De installatie-incentive richt zich op recent erkende huisartsen, die een renteloze lening van 15 000 EUR kunnen krijgen, maar wil ook de installatie van huisartsen bevorderen in zones waar een nood aan extra huisartsenzorg bestaat (door een eenmalige premie van 20 000 EUR). Het is in de regeling voor het vaststellen van die zones dat de huisartsenkringen een rol spelen.

De installatie moet gebeuren in een zone die beantwoordt aan één van de volgende criteria:

1° Het gaat om een zone afgebakend in het kader van het grootstedenbeleid zoals gedefinieerd in de bijlage bij het Koninklijk besluit van 4 juni 2003 tot vastlegging van de zones voor positief grootstedelijk beleid in uitvoering van artikel 145.25, tweede lid, van het Wetboek van Inkomstenbelastingen 1992.

2° Het gaat om een huisartsenzone met:
   a) ofwel minder dan 90 huisartsen per 100 000 inwoners;
   b) ofwel minder dan 125 inwoners per km² en minder dan 120 huisartsen per 100 000 inwoners.

De lijst van de huisartsenzones, waarvoor de premie kan worden toegekend, wordt vastgesteld op grond van de hierboven beschreven criteria en gepubliceerd op de website www.riziv.fgov.be. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV bezorgt die lijst (voor 15 februari) aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu die de Federale raad voor de huisartsenkringen ervan in kennis stelt. De Raad deelt aan de kringen de inhoud van de lijst mee. Binnen de dertig dagen volgend op deze kennisgeving, kunnen de kringen de Federale raad voor de huisartsenkringen op de hoogte brengen van het bestaan van factoren met betrekking tot de medische dichtheid, waarmee in de gehanteerde criteria geen rekening werd gehouden en die toelaten het statuut van hun huisartsenzone betreffende de toekenning van de tussenkomst te wijzigen. De Federale raad voor de huisartsenkringen onderzoekt de gegevens die de kringen doorsturen. Op basis daarvan kan de Federale raad voor huisartsenkringen een gemotiveerd advies aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid bezorgen, waarin een uitbreiding of een beperking van de zones wordt voorgesteld. Die uitbreiding kan bestaan uit de toevoeging van een zone of een gedeelte ervan, die ten minste het grondgebied van een gemeente moet beslaan, hoewel de geanalyseerde medische dichtheid voor die hele zone als toereikend wordt beschouwd. De beperking kan bestaan uit de terugtrekking van een zone of een gedeelte ervan, die ten minste het grondgebied van een gemeente moet beslaan, hoewel de geanalyseerde medische dichtheid voor die hele zone als deficitair wordt beschouwd. Onder factoren met betrekking tot de medische dichtheid, die niet zijn opgenomen in de gehanteerde criteria, dient te worden verstaan: de factoren die onmiddellijk of op termijn een invloed kunnen hebben op de beschikbaarheidsgraad van een of meerdere huisartsen, zoals meer bepaald het voornemen van een of meerdere huisartsen van de huisartsenzone om in de loop van het komende jaar hun activiteit af te bouwen of hun activiteit binnen een termijn van 5 jaar stop te zetten. De toepassing van de criteria wordt jaarlijks voor 1 juni geactualiseerd en ten laatste op 1 juli bekendgemaakt. De vastgestelde zones blijven geldig tot 30 mei van het volgend jaar.

---

19 B.S. van 28 september 2006.

20 Deze tweede vorm van ondersteuning werd in het Koninklijk besluit van 15 september 2006 ingevoegd door het Koninklijk besluit van 12 augustus 2008, B.S. van 3 september 2008.

Deze regeling, die is opgenomen in artikel 3 van het Koninklijk besluit van 15 september 2006, doet derhalve een beroep op de lokale terreinkennis van de kringen om via de Federale raad voor huisartsenkringen lokale correcties door te voeren op het basismechanisme dat op basis van het bij de FOD Volksgezondheid en het RIZIV gekende cijfermateriaal automatisch de medische dichtheid voor de huisartsenzones bepaalt.

3.2.2. De rol van de kringen in de uitvoering van het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 20 december 2007

De problematiek van de deelname van de wachtdienst maakt deel uit van de ruimere problematiek van de beschikbaarheid van huisartsgeneeskunde in het algemeen, die goed werd samengevat in de aanhef van punt 1.1. van het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 20 december 2007[21]; er moet een goed evenwicht worden gevonden "tussen de sociale vraag naar een grotere beschikbaarheid van de huisartsen enerzijds, en de verwachting van de betrokken zorgverleners betreffende de uitoefening van hun beroep anderzijds".
Uit de aard van de maatregelen die het akkoord bij wijze van experiment invoert, blijkt dat het probleem zich hoofdzakelijk situeert in de avonduren. De drie experimentele maatregelen die vanaf 1 juli 2008 gelden, zijn:

- de uitbreiding van de beschikbaarheidshonoraria (cf. punt 3.1.1.) van 20 tot 19 uur;
- het instellen van een wachttoeslag van 2 EUR (volledig terugbetaald door het ziekenfonds) voor de raadplegingen die in het kader van de wachtdienst gebeuren vanaf 19 tot 21 uur;
- het instellen van een permanentietoeslag van maximum 2 EUR voor de raadplegingen die gebeuren in het kader van de praktijkorganisatie tussen 18 en 21 uur (volledig terugbetaald door het ziekenfonds aan rechthebbenden die een globaal medisch dossier hebben).

Wat betreft de *permanentietoeslag* bevat het akkoord nog een aantal toepassingsregels. Zo kan deze toeslag enkel aangerekend worden door huisartsen die zijn ingeschreven in een wachtdienst. Het akkoord stipuleert ook dat om een goede communicatie mogelijk te maken tussen de door de huisartsen georganiseerde wachtdiensten en de permanenties, de huisarts er zich toe verbindt aan zijn kring zijn permanenties tussen 18 en 21 uur mee te delen en dat de kringen op de gepaste wijze die informatie meedelen aan de bevolking en aan de verzekeringsinstellingen.

De implementatie van deze maatregel vereiste een dubbele inbreng van de kringen. Enerzijds zijn zij de instantie die weet welke huisartsen zijn ingeschreven in een wachtdienst (hetzij omdat ze beschikbaar zijn voor deelname aan de wachtdienst, hetzij omdat ze beschikken over een vrijstelling, verleend door de kring). Anderzijds zouden zij moeten instaan voor inzamelen en doorgeven van de permanentiegegevens betreffende de huisartsen. Na overleg met de Federale raad voor huisartsenkringen werd er voor geopteerd om voor de inzameling van de permanentiegegevens geen beroep te doen op de kringen.
De artsen zullen in de loop van het eerste trimester 2009 de gegevens betreffende hun permanenties na 18 uur kunnen doorgeven aan de FOD Volksgezondheid via een webtoepassing. De individuele artsen, de kringverantwoordelijken en het RIZIV zullen die informatie kunnen raadplegen.

[21] B.S. van 14 januari 2008.

3.2.3. De rol van de kringen in de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg

In het Koninklijk besluit van 22 oktober 2006[22] worden de voorwaarden vastgesteld waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van projecten inzake *geestelijke gezondheidszorg*. De overeenkomsten hebben betrekking op de coördinatie van de verzorging en het overleg tussen de zorgverleners in het kader van een therapeutisch project met het oog op een multidisciplinaire tenlasteneming van psychiatrische patiënten met een chronische en complexe problematiek. Artikel 5 van het Koninklijk besluit van 22 oktober 2006 stelt dat bij elk dergelijk project en om een minimale representativiteit te garanderen principieel moet worden betrokken: minstens een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis, minstens een centrum voor geestelijke gezondheidszorg en minstens een dienst in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg: een "vereniging van huisartsen", een vereniging van thuisverpleging of -zorg of de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging. Onder de term "vereniging van huisartsen" ressorteren onder andere de huisartsenkringen, maar ook andere soorten verenigingen. In een aantal gevallen is ook een huisartsenkring als partner toegetreden tot het samenwerkingsakkoord dat over het therapeutisch project moet worden gesloten. Eind 2008 was het nog te vroeg om evaluatieve uitspraken te doen over deze projecten in het algemeen of specifiek over de rol van de huisartsenkringen daarin.

4. Bilan

In wat voorafgaat werd gepoogd een stand van zaken *anno* 2008 te geven over het fenomeen van de huisartsenkringen, hun financiering door de ziekteverzekering en hun rol in de sector. Met een grote graad van zekerheid mag gesteld worden dat de problemen waarrond de kringen momenteel werken nog een aantal jaren zullen blijven bestaan: op sommige plaatsen wordt het voor de kringen *quasi* onmogelijk nog een wachtdienst te organiseren en ook de beschikbaarheid van voldoende huisartsen zal nog lang een zorg voor het beleid blijven.

Vermits er naast de kringen geen andere vergelijkbare organisaties bestaan die de huisartsen op lokaal vlak vertegenwoordigen, mag verwacht worden dat ze voor de lokale implementatie van beleidsinstrumenten die rond de voornoemde problematieken ontwikkeld worden, zullen blijven ingeschakeld worden.

Ondertussen moeten evenwel ook nog andere beleidsproblemen worden aangepakt. Dit is meer bepaald het geval voor de georganiseerde zorg voor patiënten met sommige chronische pathologieën. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen ontwikkelde daarvoor de laatste jaren het systeem van de zorgtrajecten[23]. Die vereisen onder meer een gestroomlijnde samenwerking tussen de huisarts, een geneesheer-specialist en eventueel andere zorgverleners. Vanzelfsprekend zal bij het streven naar het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen voor zo'n chronische patiënt de individuele zorginzet van de patiënt, zijn huisarts en zijn geneesheer-specialist cruciaal zijn. Ook de onderlinge samenwerking tussen de genoemde artsen en hun eventuele samenwerking met andere zorgverleners zal in de eerste plaats afhangen van hun eigen inzet. Deze inspanningen kunnen evenwel ondersteund en bevorderd worden door de verschillende actoren in een breed en lokaal gestructureerd samenwerkingsverband bij elkaar te brengen. Daarom wordt bij de start van het zorgtrajectensysteem de mogelijkheid geboden om lokale multidisciplinaire netwerken op te richten. Deze netwerken zouden gefinancierd worden via een overeenkomst met het Verzekeringscomité, op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen[24]. Voor het lokaal netwerk zou(den) onder meer de lokale huisartsenkring(en) als contractant kunnen optreden.

---

22 B.S. van 6 november 2006.

23 Het systeem werd juridisch uitgewerkt in een koninklijk besluit dat gebaseerd is op artikel 36 van de GVU-Wet en waarvan op het moment van het afsluiten van deze bijdrage de datum van inwerkingtreding was vastgesteld op 1 januari 2009. Het systeem geldt in een eerste fase voor patiënten met diabetes mellitus type 2 en voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie.

24 Toepassing van artikel 22, 6°, van de GVU-Wet.

Deze mogelijke trekkersrol voor de kringen sluit aan bij hun opdrachten zoals ze omschreven zijn in artikel 3 van het Koninklijk besluit van 8 juli 2002 (zie punt 1.2.3.): de kringen nemen initiatieven ter optimalisatie van de multidisciplinaire samenwerking tussen eerstelijnszorgverstrekkers en pogen samenwerkingsovereenkomsten te sluiten met het ziekenhuis of de ziekenhuizen teneinde de continuïteit van de patiëntenzorg te waarborgen.
Bij het ontwikkelen van het concept van de lokale multidisciplinaire netwerken werd overigens inspiratie gevonden bij het Koninklijk besluit van 22 mei 2001 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten met betrekking tot zorgverlening, gecoördineerd door huisartsen[25]. Dat besluit organiseert een contractuele financiering van experimenten inzake gecoördineerde zorg voor patiënten met een chronische aandoening waarvan de therapeutische aanpak in regel multidisciplinair moet zijn. Om als representatief project te kunnen werken moet minstens een lokale organisatie of groep zoals bedoeld in artikel 9 van het Koninklijk besluit nr. 78 eraan deelnemen, zo stipuleert artikel 2 van het Koninklijk besluit van 22 mei 2001, dat daarmee verwijst naar de huisartsenkringen, die op het moment van het tot stand komen van dat Koninklijk besluit nog niet erkend waren. De toekomst zal uitwijzen in welke mate de kringen zullen fungeren als motor voor de lokale multidisciplinaire netwerken rond de zorgtrajecten en of ze zullen worden ingeschakeld voor de realisatie van nog andere doelstellingen van de gezondheidsverzekering.
Eén van de factoren die daarbij van belang zal zijn, is hoe de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) zich zullen ontwikkelen. De GDT heeft als opdracht per zorgzone het geheel van de patiëntenzorg te versterken, onder meer via praktische organisatie en ondersteuning van verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging, aldus artikel 1, 1°, van het Koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging[26]. De GDT is samengesteld uit onder meer vertegenwoordigers van de huisartsen die binnen de zorgzone hun activiteit uitoefenen[27]. Op structureel vlak is de band tussen de huisartsenkringen en de GDT's dus mogelijk; hoe zullen de functionele banden zich ontwikkelen?

Luc MAROY,
Adviseur
Vrijwillig wetenschappelijk medewerker K.U.Leuven.

---

25 B.S. van 22 juni 2001.
26 B.S. van 5 oktober 2002.
27 Artikel 7 van het Koninklijk besluit van 8 juli 2002, dat verder ook vertegenwoordigers van de verpleegkundigen, de vroedvrouwen en van de erkende coördinatiestructuren vermeldt.