

V.B.S. jaarverslag 2008
Dr. Marc MOENS, secretaris-generaal

RIEN NE VA PLUS

Brussel
07.02.2009

INHOUDSTAFEL

I.	Administratief luik.....	3
II.	Representatie	4
III.	Politiek. Welke politiek?	7
	1. Vooral ministeriële regelgeving in 2008	7
	2. En de boer, hij ploegde voort	8
	3. eHealth platform in het Staatsblad van 13.10.2008	11
	1. Een moeilijke politieke bevalling	11
	2. De reumatologen als “proefkonijnen”	16
	3. Het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift	17
	4. Euthanasieregistratie als dienst met toegevoegde waarde	18
	5. Therapeutische projecten en psychiatrie	20
	4. No fault	21
	5. Numerus clausus, MaNaMa en specialistenopleiding.....	23
	1. Numerus clausus	23
	2. MaNaMa en specialistenopleiding	26
IV.	Akkoorden artsen-ziekenfondsen	27
	1. Akkoord van 20.12.2007 (B.S. 14.01.2008)	27
	2. Akkoord van 17.12.2008 (B.S. 19.01.2009)	32
	1. De onderhandelingen	32
	2. Het budget.....	32
	3. Eerste commentaren	33
	3. Accreditering	34
V.	Oncologie.....	37
VI.	Juridische procedures.....	39
	1. Inleiding	39
	2. Vordering door het VBS ingeleid of medegefinancierd in 2008	41
	1. Het beschikbaarheidshonorarium	41
	2. Vrijwillige tussenkomst in beroepsprocedure tegen vonnis over de tenlastelegging op de honoraria van de artsen van de kostprijs van de niet in de nomenclatuur opgenomen implantaten.....	42
	3. Uitspraken	43
	1. Het Vlaams decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem.....	43
	2. Radiotherapie – jaarlijks heffing door het FANC ten laste van de laboratoria in vivo.....	44
	3. Terugbetaling van de prestaties van de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde versus de kinesitherapeut	45
	4. De bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde en de acute geneeskunde	45
	5. De revalidatie	45
VII.	Diensthouderschap ziekenhuislaboratorium	46
VIII.	Besluit	48

I. ADMINISTRATIEF LUIK

Met “De kwaliteit van het medische handelen” als thema van het VBS- symposium van 02.02.2008 dat onze jaarlijkse algemene statutaire vergadering diezelfde dag voorafging, werd de toon voor 2008 gezet. Dit element kwam herhaaldelijk aan bod tijdens de 40 vergaderingen van het uitvoerend comité die we sindsdien hielden. De veiligheid van de patiënt bij zorgverlening, het correct voorschrijven van geneesmiddelen, de invloed van werkdruk, de doorstroming van informatie, zijn elementen die regelmatig onder de aandacht werden gebracht, ondermeer door Prof. Francis Heller, adjunct secretaris-generaal. Ook de kwaliteit van de opleiding en, daarmee gerelateerd, de werkdruk op de artsen assistenten in opleiding keerden regelmatig terug op de agenda.

Uit de (bijna) wekelijkse maandagmiddag bijeenkomsten van het uitvoerend comité worden de agendapunten van de vergaderingen van het bestuurscomité gedistilleerd. Het bestuurscomité kwam in de voorbije periode zeven maal bijeen. De uitstekende verslagen van al deze vergaderingen opgesteld door onze adjunct-directeur Fanny Vandamme zijn voor het bestuur van essentieel belang om de vereniging adequaat te leiden.

Sinds de vorige algemene vergadering publiceerde het VBS, zowel op papier als elektronisch, twaalf nummers van “De Geneesheer – Specialist”, waarvan 4 speciaalnummers. Het decembernummer 2008 over de problemen van de artsen specialisten in opleiding verwekte enige beroering. Het uitvoerend comité heeft zich sinds 08.09.2008 wekelijks over de aanpak van dit knelpunt gebogen. Na de principiële goedkeuring door het bestuurcomité van 13.11.2008, werd de tekst op 17.11.2008 gefinaliseerd en werd hij op de bus gedaan. Eind november eerst als een speciale editie naar de artsen specialisten in opleiding, de stagemeesters en beleidsverantwoordelijken, en begin december als een klassiek nummer van “De Geneesheer-Specialist” naar onze ruim 8.000 leden. Het januarinumnummer 2009 geeft een vervolg met reacties.

Elektronisch en op papier worden alle nomenclatuur- en honorariumwijzigingen systematisch bijgehouden en meegedeeld.

Ondertussen stelt zich een belangrijk praktisch probleem voor alle beroepsverenigingen, inclusief het VBS. Sinds september 2006¹ werd de wet van 31 maart 1898 op de beroepsverenigingen gewijzigd. Vanaf nu is het niet meer bij de Raad van State maar bij de Minister die Middenstand onder zijn bevoegdheid heeft dat de statuten en de bijlagen van de beroepsverenigingen moeten worden ingediend. Vanaf 01.12.2006 is de minister van Middenstand bevoegd en dit ministerie dient een akte toe te sturen aan de directie van het Belgisch Staatsblad met het oog op de bekendmaking van statutenwijzigingen, wijzigingen van bestuurscomités of van nieuwe statuten. Die wet kent echter nog steeds geen uitvoeringsbesluiten. Dit levert niet alleen majeure problemen op voor nieuw op te richten beroepsverenigingen, maar brengt bovendien de rechtszekerheid van bestaande beroepsverenigingen in het gedrang wanneer zij een rechtszaak aanhangig willen maken. De wijzigingen van hun raden van bestuur kunnen nergens meer worden ingediend en bijvoorbeeld de Raad van State of het Grondwettelijk Hof zouden daarom kunnen stellen dat een beroepsvereniging dus niet rechtsgeldig een geding heeft aanhangig gemaakt. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat op die manier beroepsverenigingen geen verzoekschriften tot nietigverklaring tegen bepaalde besluiten zouden kunnen indienen. Volksvertegenwoordiger Dr. Yolande Avontrodt stelde daarover op 17.06.2008 een parlementaire vraag aan Minister

¹ Artikelen 72, 76 en 215 van de wet van 15 september 2006 houdende de hervorming van de Raad van State en de oprichting van een Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (B.S. 06.10.2006; Ed 1).

Sabine Laruelle van Middenstand², maar het probleem is nog steeds niet van de baan, ondanks herhaald aandringen van het VBS.

II. REPRESENTATIE

II.1. Sinds juni 2006 vervullen **BVAS** (vertegenwoordigd door Dr. Jean-Pol Leonard) en VBS (vertegenwoordigd door Dr. Eddy Maes) een verbindingsmandaat bij de vergaderingen van respectievelijk het “directiecomité” (BVAS) en het “uitvoerend comité” (VBS). Ook de bijhorende documenten en verslagen worden uitgewisseld. Regelmatig worden gezamenlijke brieven geschreven naar overheidsinstanties. In de FOD Volksgezondheid treedt het VBS meer op de voorgrond, in het bijzonder in de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen over erkenning en opleiding; in het RIZIV is de BVAS bij wet bevoegd en levert het VBS logistieke steun, ondermeer bij het uitwerken van nieuwe nomenclatuur.

Op 09.10.2008 schreef BVAS voorzitter Dr. Roland Lemye het VBS een brief met de vraag een gemeenschappelijke werkgroep op te starten om tot meer synergie te komen tussen de beide verenigingen. Als binnen enkele jaren de huisartsgeneeskunde zal erkend worden als een volwaardig specialisme, zal die samenwerking meer dan ooit nodig zijn.

II.2. Voor het derde jaar op rij werkt het VBS mee aan de opleiding “Algemeen management voor geneesheren-specialisten” in samenwerking met de **EHSAL** management school, onderdeel van de Hogeschool-Universiteit Brussel (HUB).

II.3. In **Mdeon**, het deontologisch platform dat bij Koninklijk besluit³ bevoegd is voor het afleveren van visa voor navormingsactiviteiten die een overnachting meebrengen, heeft het VBS een kentering teweeggebracht in de al te rigide aanpak voor het toekennen van visa. Het organiseren van de voorafgaande visumprocedure is bij K.B. vastgelegd⁴. Dat K.B. voorziet ondermeer dat in de statuten van Mdeon de aanwezigheid wordt vastgelegd van een afgevaardigde van de bevoegde minister. De minister heeft die afgevaardigde aangeduid binnen het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). Dat K.B. voorziet ook dat het FAGG een « Commissie voor de erkenning van instellingen die de voorafgaande visums voor wetenschappelijke manifestaties toekennen » instelt om nog eventuele andere kandidaten te erkennen. Tot vandaag heeft alleen Mdeon die erkenning gevraagd en gekregen.

Op 13.03.2008 stelde MR senator Jacques Brotchi hierover een stekelig geformuleerde vraag aan Minister Laurette Onkelinx over de weigering van een visum voor een internationaal congres voor orthopedie, omdat het in een te zonnig land en een toeristische stad doorging (Marrakech)⁵. Een woordenincident ter gelegenheid van een receptie half april 2008 tussen uw secretaris-generaal en een huisarts, lid van één van de visumcommissies van Mdeon, illustreerde waar het schoentje wrong. De huisarts was van oordeel dat het toekennen van visa een soort fiscaal herverdelingsstelsel inhield en dat de beter gegoeden, “de specialisten dus”, minder nood hadden aan sponsoring en dus aan een visum voor een wetenschappelijke activiteit. Dit was de spreekwoordelijke druppel die – in dit

² Integraal Verslag van de commissie voor het bedrijfsleven, het wetenschapsbeleid, het onderwijs, de nationale wetenschappelijke en culturele instellingen, de middenstand en de landbouw van dinsdag 17 juni 2008, voormiddag. CRIV 52 **COM 261**, blz. 1-2.

³ Koninklijk besluit van 25.02.2007 tot erkenning van de instellingen bedoeld bij artikel 10 § 3 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen (B.S. 09.03.2007)

⁴ Koninklijk besluit van 23.11.2006 houdende uitvoering van artikel 10 § 3 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen (B.S. 12.12.2006)

⁵ Mondelinge vraag van de Heer Jacques Brotchi aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het visum van de vzw Mdeon” (nr. 4-198) Belgische Senaat – Plenaire vergadering – Donderdag 13 maart 2008 – Namiddagvergadering – Handelingen 4-20 / p. 8-9.

geval – de pen van Prof. Gruwez, VBS- ondervoorzitter, deed overlopen. Zijn boze stellingname in ons tijdschrift⁶ lokte dito reacties uit, maar uiteindelijk leidde ze tot meer overleg, beter begrip en bijsturing van het visum systeem.

Op 4 december 2008 werd het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten, vertegenwoordigd door Dr. Bernard Mailet, als vertegenwoordiger van de artsen, tot voorzitter gekozen; Unamec, vertegenwoordigd door de Heer Richard Van den Broeck, als vertegenwoordiger van de industrie, tot eerste ondervoorzitter, en Ophaco, vertegenwoordigd door apotheker Marc-Henry Cornély, als vertegenwoordiger van de andere beroepen die lid zijn van Mdeon, tot tweede ondervoorzitter.

II.4. Met andere artsenverenigingen werden we tweemaal ontvangen door (ondertussen ex-) Vlaams minister van Welzijn, Steven Vanackere op zijn kabinet (14.05.2008 en 14.11.2008) voor een gestructureerd overleg. Vooral de huisartsaangelegenheden en het structureren van de eerste lijn komen er aan bod. De problematiek van het diensthoofdschap van het klinisch laboratorium in de ziekenhuizen dat tweemaal door het VBS was geagendeerd was geen schriftelijk antwoord waard (cfr. punt VII) Nochtans is het erkennen van ziekenhuizen een gemeenschapsmaterie.

II.5. Het VBS en de Vlaamse vleugel van de BVAS, het Vlaams Artsensyndicaat (VAS) heeft een jarenlange traditie van informeel overleg met het VVI⁷. In 2008 ontmoetten we de VVI top op 11 maart, 10 juni en 26 september. De stijl van de vergaderingen met Peter Degadt als nieuwe grote baas verschilt met die van de vergaderingen met de vroegere directeur, Dr. Carine Boonen. Gaat het om het verschil tussen een jurist en een arts? In alle geval - en ondanks de gastvrije ontvangst door het VVI van onze VAS (Dr. Rudi Van Driessche en juriste Ingrid Dreezen) – VBS (ondergetekende en ofwel Jos Van den Nieuwenhof ofwel Fanny Vandamme) delegatie - werd onze administratieve directeur, Jos Van den Nieuwenhof, mede door toedoen van het VVI (en anderen) geweerd als technisch raadgever in de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren Ziekenhuizen, en dat na ruim 20 jaren actieve en constructieve participatie.

Terwijl Peter Degadt op 26.09.2008 de indruk gaf het BVAS – VBS standpunt te onderschrijven dat de index van 4,32 % voor 2009 lineair diende te worden toegepast op alle artsenhonoraria, verkondigde hij naderhand publiek dat het VVI de menig toegedaan was dat de 29,5 miljoen € herijking die in het akkoord van 17.12.2008 voorzien was, moest ingehouden worden op de index 2009 van de artsen. De gedelegeerd bestuurder van het VVI vergist zich van rol en matigt zich bevoegdheden aan die hij geenszins heeft. Bij de bespreking van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 17.12.2008 in een VVI- nota⁸ slaat hij een toontje aan alsof het VVI wel zal zeggen hoe het moet. De conclusie 5 van die nota luidt: “Het VVI bereidt een standpunt voor inzake de beschikbaarheidshonoraria.” Wat er met die honoraria dient te gebeuren is een zaak van de individuele artsen en eventueel in de tweede plaats van de medische raden. Niet van de beheerders. De stijlbreuk kan niet duidelijker zijn. De participatie aan de macht met VVI vrijgestelden in CD&V kabinetten maakt het verschil met de vorige legislaturen. Gaat in 2009 het oude “Rokazi”⁹ ziekenhuis uit de periode 1983 – 1985 uit zijn graf opstaan?

⁶ “VBS wil Mdeon dringend bijsturen”. De Geneesheer-Specialist, N° 3, mei 2008, blz. 7-8.

⁷ Verbond van Verzorgingsinstellingen, op 03.02.2009 omgedoopt tot Zorgnet Vlaanderen.

⁸ VVI Nota 2008/163 dd. 23.12.2008. Trefwoorden: Akkoord Geneesheren - Ziekenfondsen / Medicomut

⁹ Het Rooms Katholiek Ziekenhuis maakte n.a.v. het ontstaan van de ziekenhuiswet bij het VVI en de toenmalige CVP opgang en had graag de impact van de Vlaamse ziekenhuisartsen op het ziekenhuiswezen ongedaan gemaakt. Met de “integratie” van de ziekenhuisarts die toen door het VVI en de voormalige minister van Sociale Zaken Jean-Luc Dehaene werd gepredikt, waren de artsen het absoluut oneens.

II.6. De Belgische aanwezigheid in de UEMS door het VBS blijft vooraanstaand. Op 18.04.2008 hield Prof. Jacques Gruwez de feestrede ter gelegenheid van de viering van het 50-jarig bestaan van de **UEMS** in Brussel en tijdens de UEMS vergadering van 08 tot 11.10.2008 in Kopenhagen werd onze VBS penningmeester, Bernard Maillet, herverkozen tot secretaris-generaal van de UEMS, met 24 op 29 stemmen.

II.7. Een VBS delegatie bestaande uit Prof. Francis Heller, Prof. Jacques Gruwez en Dr. Françoise Matthys nam, samen met Dr. Bernard Maillet als UEMS secretaris-generaal, van 9 tot 11.11.2008 deel aan de **MS7** vergadering in Rome over de wederzijdse erkenning van specialismen.

II.8. Samen met Prof. Heller nam ondergetekende deel aan de maandelijkse vergaderingen van de “**e-Med**” groep bij de FOD Volksgezondheid en het RIZIV over de creatie van het elektronisch voorschrift. In de eerste plaats wordt aan het geneesmiddelenvoorschrift gewerkt, maar het systeem moet generisch zijn, met mogelijke toepassingen op om het even welk ander voorschrift (klinische biologie, medische beeldvorming, kinesithérapie).

II.9. De afvaardiging van het VBS bereidt zijn deelname aan de vergaderingen van de **Hoge raad** voor geneesheren-specialisten en huisartsen bij de FOD Volksgezondheid nauwgezet voor. In harmonie met de vertegenwoordigers van de BVAS worden eigen accenten gelegd of wordt in het verzet gegaan tegen dirigistische maatregelen, zoals in de dossiers oncologie en academisering. Op uitnodiging van Michel Van Hoegaerden, directeur-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer gaven Prof. Gruwez en ondergetekende op 04.12.2008 gedurende ruim een uur toelichting over onze werking, onze deelname aan de activiteiten van en onze verwachtingen ten opzichte van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De Heer Michel Van Hoegaerden modereerde daarop aansluitend een intens debat tussen de sprekers en de +/- 80 personeelsleden van zijn dienst. In de coulissen kregen we zeer positieve reacties van medewerkers die, na mond aan mond reclame, via internet de tekst over “De kandidaat-specialist en het verdriet van de academisering”¹⁰ hadden gelezen.

II.10. En zoals dat gaat in het maatschappelijke leven, legden onze afgevaardigden contacten met mensen in allerlei geledingen, politici, academici, verenigingen, andere beoefenaars van gezondheidszorgberoepen, en met de leden die namens hun organisaties zetelen in de vele commissies, comités en werkgroepen die het RIZIV en de FOD Volksgezondheid rijk zijn.

II.11. Op 15.12.2008 heeft VBS- voorzitter Jean-Luc Demeere een vergadering van de postgraduate opleiding chirurgie geanimeerd in het Universitair ziekenhuis te Gent. Gezien de hevige polemiek die over “Het verdriet van de academisering” in het decembernummer van “De Geneesheer-Specialist” was ontstaan, was dit een geanimeerde zitting.

II.12. Op 13.01.2009 hebben Prof. Dr. Jacques Gruwez en Dr. Michel Pletincx namens het VBS een informatie verschaft op een LOK- vergadering in het Paola Kinderziekenhuis te Antwerpen.

II.13. In september 2008 heeft de « Association Professionnelle des Psychiatres Infanto-juvéniles » afgekort “APPIJ” vzw haar interesse gemanifesteerd in de activiteiten van het VBS. Het uitvoerend comité van het VBS moedigt de Belgische Beroepsvereniging van geneesheren–specialisten in de psychiatrie aan om deze samenwerking langzaam vorm te doen aannemen. Een vertegenwoordiger van de beide organisaties neemt ondertussen deel aan de bestuursvergaderingen van de respectievelijke organisaties.

¹⁰ De Geneesheer-Specialist, N° 7, december 2008

II.14 Op 14 juni 2008 organiseerde het VBS, in samenwerking met haar verzekeringsmakelaar Gras Savoye, in de prestigieuze Solvay Bibliotheek te Brussel, een symposium rondom het central thema "Aansprakelijkheid". Uit de grote opkomst bleek de interesse van de deelnemers voor deze problematiek. Meester Thierry Vansweevelt zette er de recentste ontwikkelingen inzake de no-fault-wet extra in de verf. Luttele dagen voor ons symposium was het insiders ter ore gekomen dat de "No fault" wet van 15.05.2007 nooit een effectieve uitvoering zou kennen (cfr. punt III.4)

III. POLITIEK. WELKE POLITIEK?

III.1. Vooral ministeriële regelgeving in 2008

Ondanks de nooit vertoonde langdurige regeringscrisis, slaagde de Belgische overheid er toch in 3.069 pagina's Belgisch Staatsblad meer te produceren dan in 2007 of een toename met 4,63 % (cfr. tabel 1). De trieste records van 2004 en 2006 liggen gelukkig nog een eind af.

Aantal pagina's van het Belgisch Staatsblad

Jaargang	Aantal pagina's	Groei t.o.v. vorig jaar (%)	cumulatieve stijging 1989 = 100
1989	21.634		100,0
1990	24.732	+ 14,3	114,3
1991	30.176	+ 8,8	139,5
1992	28.212	- 6,5	130,4
1993	29.614	+ 5,0	136,9
1994	32.922	+ 11,2	152,2
1995	37.458	+ 13,8	173,1
1996	32.701	- 12,7	151,2
1997	35.508	+ 8,6	164,1
1998	42.444	+ 19,5	196,2
1999	50.560	+ 19,1	233,7
2000	43.680	- 13,6	201,9
2001	45.768	+ 5,1	211,6
2002	59.196	+ 29,3	273,6
2003	62.806	+ 6,1	290,3
2004	87.430	+ 39,2	404,1
2005	57.756	- 33,9	267,0
2006	76.486	+ 32,4	353,5
2007	66.290	-13,3	306,4
2008	69.359	+ 4,63	320,6

Tabel 1

Bij gebrek aan regering konden er in 2008 slechts 105 wetten worden afgekondigd. Dat is maar 42,5 % van het gemiddeld jaarlijkse aantal van de laatste 10 jaar (cfr. tabel 2). Het aantal Koninklijke besluiten daarentegen lag in 2008 iets hoger dan het gemiddelde (+ 1,7 %). In het oog springend is het feit dat vooral de ministers goed hun best hebben gedaan. Ze produceerden liefst 36,7 % meer Ministeriële besluiten dan het gemiddelde aantal van de periode 1998 – 2007, in totaal 1.408 stuks.

Evolutie van het aantal afgekondigde bepalingen per jaar

JAAR	WET	PROGRAMMA -WET	DECREET	K.B.	M.B.
1988	273	2	223	1.880	725
1999	295	0	268	2.188	1.076
2000	210	0	148	1.956	793
2001	174	5	224	2.447	959
2002	234	9	324	2.627	989
2003	266	5	335	2.610	1.068
2004	212	3	355	2.447	1.021
2005	196	3	155	2.294	1.054
2006	284	7	244	3.237	1.313
2007	326	5	285	2.497	1.301
gemiddelde	247	4	256	2.418	1.030
2008	105	4	237	2.459	1.408
% gemidd.	42,2	100,0	92,6	101,7	136,7

Bron: Belgisch Staatsblad, <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl>

Tabel 2

De geschiedenis van het Staatsblad leert ons ook dat de regering in 1999 en 2000 vergeten is de vuilbak buiten te zetten, want blijkbaar werden toen geen programmawetten afgekondigd.

Tot wat al die schrijvelarij kan leiden werd cynisch aangetoond door Meester Hans Rieder¹¹. Onduidelijkheid in de wetgeving en tegenspraak met de Europese rechtsleer in de wet op de bijzondere opsporingsmethoden (de zogenaamde BOM-wet) leidden begin januari 2009 voor het Hof van Beroep in Gent tot de vrijlating van een aantal veroordeelde criminelen. Als "harde jongen" huldigt Meester Rieder het "Dura lex, sed lex" principe. Procedurefouten en ondingen in de wet kan en mag een advocaat net zo goed hanteren als emotionele pleidooien in een assisenzaak waar een oma wordt door vrijgesproken, hoewel ze bijvoorbeeld zeer zeker haar bejaarde echtgenoot heeft vermoord. Om te vermijden dat Meester Rieder de gevangenen leeg laat lopen in 2009, werd de wijziging van de BOM-wet op 15.01.2009 bliksemsnel gestemd in Kamer en Senaat, getekend door de Koning op 16.01.2009, en nog dezelfde dag in het Belgische staatsblad gepubliceerd¹².

III.2. En de boer, hij ploegde voort

Vier regeringsverklaringen in één jaar en 10 dagen tijd, dat wordt wat veel. Tegen dat tempo zullen de mannelijke Belgen die in de eentwintigste eeuw geboren worden in hun leven zo'n 310 en de vrouwen zo'n 333 regeringsverklaringen te slikken krijgen¹³. Gelukkig werden die verklaringen alsmaar korter, met nog slechts 4 paginaatjes van Herman Van Rompuy op woensdag 31.12.2008 om 11u43. De tijd drong, het was oudejaarsdag. En alles was al zo dikwijls gezegd en beloofd.

Als Guy Verhofstadt na 192 dagen regeringsvorming uiteindelijk een interim-regering op poten zet voor 90 dagen, dan is de Verhofstadt III regeringsverklaring op 21.12.2007 erg bondig over gezondheidszorg: "5. *Om de hoge kwaliteit van onze gezondheidszorgen verder*

¹¹ "Misschien moet het kakelen ophouden". Opiniestuk van Meester Hans Rieder. De Standaard 07.01.2009.

¹² Wet van 16.01.2009 tot wijziging van de artikelen 189ter, 235ter, 335bis en 416 van het Wetboek van strafvordering (B.S. 16.01.2009).

¹³ "Bevolkingsvooruitzichten 2007 – 2060"; perscommuniqué van het Federaal planbureau dd. 08.05.2008. Extrapolerend uit de tabel "Vitale indicatoren en loop van de bevolking" weten we dat de levensverwachting van Belgische meisjes geboren in 2008: 83,3 jaar bedraagt en van jongens 77,4 jaar.

te garanderen, zullen we strikt de beslissingen van de Algemene Raad uitvoeren. Concreet betekent dit dat we 340 miljoen euro zullen besteden aan dringende dossiers zoals de uitvoering van het Medicomut-akkoord, de verbetering van de behandeling van chronische zieken, of de uitbreiding van de maximumfactuur. In overleg met de deelstaten zal een algemeen plan van kankerbestrijding worden ingevoerd. Wij zullen een reserve vastleggen van 380 miljoen euro in de gezondheidszorg. Hiermee zorgen we voor de noden van vandaag en sparen we ook voor de noden van morgen.”

Onzeker over haar politieke toekomst na Verhofstadt III pakte de nieuw benoemde minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette Onkelinx (PS) in de media op 13.01.2008 meteen uit met haar politiek handig uitgespeeld, maar medische erg omstreden “Kankerplan”. Op 10 maart 2008 stelde ze haar uitgebreid en zeer gedetailleerd plan aan het grote publiek voor¹⁴. Onkelinx volgt op Sociale Zaken en Volksgezondheid Didier Donfut op die zeer kort de post van Rudy Demotte had bezet, maar die we er nooit hebben opgemerkt.

Leterme I ruimde op 20.03.2008 meer redactionele plaats in de regeringsverklaring in voor gezondheidszorg. Hij wilde een regering die mensen helpt die getroffen worden door ziekten of tegenslag. Hij wilde een regering die hoogstaande gezondheidszorg betaalbaar houdt, een die gezinnen ondersteunt en die investeert in een gezond leefmilieu.

Rudy Demotte volgt Marie Arena op als minister-president van de Franse Gemeenschap, want Arena wordt federaal minister van Pensioenen. Demotte blijft ook minister-president van het Waals Gewest, en wordt daarom door sommigen de Franstalige evenknie genoemd van Kris Peeters, de minister-president van Vlaanderen, waar Gewest en Gemeenschap van bij het begin van de Staatshervorming van 1980 samenvallen.

De regeringsverklaring van Leterme II op 14.10.2008 is iets beknopter dan de vorige editie, maar zijn « goed bestuur » vergt toch nog altijd een lange waslijst « to do's ». Yves Leterme heeft het ondermeer over de invoering van de referentiebedragen in de ziekenhuizen, de prijzen van de implantaten, de verderzetting van het kankerplan met toevoeging van de zorg om de chronische zieken, en de bevordering van de « huisartsenij ».

Maar het loopt weer fout af met Leterme. Het politieke impact van zijn 800.000 voorkeursstemmen lijkt wel te zijn verdampt zoals de miljarden Belgische franken destijds van het veelbelovende bedrijf voor spraaktechnologie, Lernout en Hauspie, in zijn thuisbasis leper, en zoals de miljarden euro's op de Belgische en internationale beurzen in het tweede semester 2008 en nog vandaag. Driemaal een ontslag aanbieden (aan de Koning, van de regering) en éénmaal ontslagen worden (uit het Leuvense Gasthuisbergziekenhuis, na een levensbedreigende ziekte) is veel.

Maar het was de “Fortisgate”, de tribulaties rondom de staatsinterventie bij de financiële crisis en uitverkoop van België's toen nog grootste bank, Fortis, die er voor zorgde dat Leterme prematuur in de CD&V coulissen moest verdwijnen. Leterme deed trouwens zichzelf de das om. In de onderzoekscommissie naar het faillissement van Sabena op 07.11.2001 onder Verhofstadt I, verklaarde Anne Spiritus-Dassesse, de toenmalige voorzitter van de Brusselse rechtbank van koophandel, dat ze zich onder druk gezet voelde door het kabinet van premier Guy Verhofstadt voor ze Sabena failliet verklaarde¹⁵. Maar Guy Verhofstadt heeft een gans andere persoonlijkheid dan autoflagellant Yves Leterme. De eerste werd door de Franstaligen goed aanvaard, de tweede slaagde daar nooit in, integendeel, hij wekte een soort spontane wrevel op, niet in het minst door de alliantie die de CD&V had gesloten met de N-V.A die de CD&V tot de verkiezingsoverwinning in 2007

¹⁴ “Nationaal Kankerplan; 3 debatdagen; 30 ontmoetingen; 30 initiatieven”. Voorstelling door Laurette Onkelinx – Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. 10 maart 2008. Residence Palace, Brussel.

¹⁵ “Fortis-commissie bijna rond”. De Standaard, 06.01. 2009.

leidde. Het is evenmin toeval dat Guy Verhofstadt op de binnenflap van het kaft van zijn verkiezingspropagandaboek uit 2007¹⁶ zijn grote liberale inspirator, de Oostenrijks- Britse filosoof Sir Karl Raimund Popper citeert: "Optimism is a moral duty". Vermoedelijk zou ex-premier Leterme zich wel kunnen terugvinden in een andere omschrijving van die begripsbepaling, die van de internationaal gerenommeerd theaterregisseur Franz Marynissen (°Mechelen, 04.04.1943): "Optimisme is een gebrek aan informatie"¹⁷.

Van het trio dat op maandag 11 juni 2007, bovenop een tafel in het CD&V hoofdkwartier, triomfantelijk de handen in de lucht stak¹⁸, schiet niemand meer over in de regering Van Rompuy I. (Ex-) premier Leterme en (ex-) minister van Justitie Jo Vandeuren wachten op een eventuele rehabilitatie door de onderzoekscommissie die de vermeende schending van de scheiding der machten in de Fortis zaak moet onderzoeken¹⁹. Stemmengoudhaantje Inge Vervotte, ex-minister van Ambtenarenzaken, heeft haar geweten gevolgd en heeft ontslag genomen uit de regering Leterme II omdat ze het niet kan aanvaarden dat Didier Reynders (MR) ongegeneerd en vooral ongestraft over het Fortis debacle heenstapt en omdat Patrick Dewael (ex-vicepremier en ex-minister van Binnenlandse zaken, Open VLD) ondanks de schandalen bij de Belgische politietop, bevorderd wordt tot voorzitter van de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers²⁰.

Wat sociale zaken en gezondheidszorg betreft citeer ik integraal de korte passus uit de krachtige regeringsverklaring van de kersverse premier Herman Van Rompuy van 31 december 2008 : *«De sociale zekerheid is een essentieel element van vertrouwen in de toekomst. De regering verheugt zich over de resultaten van het overleg tussen de ziekenfondsen en de zorgverstrekkers. Dit akkoord²¹ maakt het mogelijk om tariefzekerheid te waarborgen. Het waarborgt ook nieuwe investeringen die een betere toegang tot de zorgverstrekking beogen. Ook hier is het verheugend vast te stellen dat het overlegmodel werkt.»*²²

Bij de voorstelling van de nieuwe regering op 31.12.2008 op het bordes van het Koninklijk paleis had Minister Laurette Onkelinx de fotografen al laten zien rond wie de regering in feite draait²³. Ze staat helemaal centraal in het midden van de groepsfoto met symmetrisch gerangschikt vier personen links en vier personen rechts van haar. Links: vice-premier en minister van Buitenlandse Zaken Karel De Gucht (Open VLD), vice-premier en minister van Werk Joëlle Milquet (CDH), minister van defensie Pieter De Crem (CD&V) en helemaal links (de teruggekeerde ex-) minister van justitie Stefaan De Clerck (CD&V). Rechts: premier Herman Van Rompuy (CD&V), Koning Albert II, die van Rompuy "tot het premierschap verleid"²⁴, vervolgens vice-premier en minister van Financiën, Didier Reynders (MR), en tenslotte de ex-Vlaamse minister van Welzijn, nu vice-premier en federaal minister van Ambtenarenzaken, Steven Vanackere.

¹⁶ "8JV- Een open boek - 8 jaar Verhofstadt
" Copyright Guy Verhofstadt, 2007. V.U. : Bart Somers, VLD- Nationaal, Melsenstraat 34, 1000 Brussel.

¹⁷ Knack, 24.12.2008, blz. 66.

¹⁸ Reuters foto, pagina 3, De Standaard, 31.12.2008 – 01.01.2009.

¹⁹ 'De bijzondere commissie belast met het onderzoek naar de financiële en bankcrisis' werd al op 04.12.2008 opgericht, maar is geen volwaardige parlementaire onderzoekscommissie.

²⁰ "De partij dacht dat ik het niet zo hard zou spelen". "Inge Vervotte kon niet anders dan opstappen". De Standaard, 31.12.2008-01.01.2009.

²¹ Premier Van Rompuy bedoelt hier ongetwijfeld het akkoord artsen – ziekenfondsen dat op 17.12.2008 werd afgesloten, maar nog niet in voege is getreden (cfr punt IV.).

²² Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. CRIV 5.2 **PLEN 072**. Woensdag 31.12.2008, voormiddag, blz. 11-12.

²³ Ondermeer paginabrede foto op de frontpagina van De Standaard, 31.12.2008 - 01.01.2009,.

²⁴ "Koning verleidt Van Rompuy". Frontpaginatitel, De Standaard, 29.12.2008.

De overstap van deze laatste van het Vlaams naar het federale niveau lag alleszins in mijn lijn der verwachtingen. Vijf Vlaamse ministers in zes jaar tijd in het Vlaamse departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is weliswaar minder erg dan vier federale regeringsverklaringen op één jaar, maar roept toch grote twijfels op bij sommige Vlaamse belangengroepen over de “sérieux” en vooral over de continuïteit van het beleid: Mieke Vogels en Adelheid Byttebier (Groen!), Inge Vervotte en Steven Vanackere (CD&V) en sinds 06.01.2009, vijf maand vóór de regionale en Europese verkiezingen van 07.06.2009, Veerle Heeren (CD&V)²⁵.

Op 31.12.2008 vermeldde de nieuwe premier 13 maal het woord “vertrouwen” in de slechts vier pagina’s tellende regeringsverklaring. Op 02.01.2009 kreeg hij het vertrouwen van de meerderheid om België door het als zeer moeilijk aangekondigde jaar 2009 te gidsen en daarna. Herman Van Rompuy sloot het debat voorafgaand aan de vertrouwensstemming als volgt af in de Kamer: *“Tot besluit zeg ik dat u de regering en de meerderheid niet op hun intenties maar op hun resultaten moet beoordelen! En niet de resultaten op korte termijn: beoordeel ons in 2011.”*²⁶

De artsen zullen dat ook doen, net zoals de miljoenen andere burgers die zich zorgen maken over de onzekere tijden. Ik geef hem een citaat van Montesquieu als dringende goede raad mee: « Quand il n'est pas nécessaire de légiférer, il est nécessaire de ne pas légiférer »²⁷. Dat spaart meteen ook « verbeterbladzijden » in het Belgisch Staatsblad.

Ondertussen valt het op dat premier Van Rompuy meer krediet krijgt van de Franstalige pers dan Leterme ooit kreeg²⁸. Omdat de CD&V de N-VA wagon heeft afgekoppeld? Omdat de regering slechts het vertrouwen heeft gekregen van een Vlaamse minderheid in het federale parlement²⁹? Omdat de Franstaligen weten dat er geen grote doorbraak te verwachten valt in verband met de staatshervorming vóór 07.06.2009? De Vlamingen van hun kant hopen dat het gebruik van het woord «vertrouwen » door de nieuwe CD&V premier meer inhoud heeft dan het «goed bestuur» van de vorige. Van hét woord bij uitstek dat in Amerika Barak Obama tot de eerste zwarte president maakte, «Change», is er in politiek België alleszins nog niet veel te merken.

III.3. eHealth platform in het Staatsblad van 13.10.2008

III.3.1. Een moeilijke politieke bevalling

Eén van de “slechts” 105 wetten die in 2008 dan toch werden gepubliceerd betreft de creatie van het eHealth platform³⁰. Als we de gepubliceerde tekst vergelijken met het originele ontwerp van de BeHealth wet uit 2005, dan heeft de kruistocht van de artsenverenigingen wel degelijk vruchten afgeworpen. De achterbaksheid waarmee het systeem in de coulissen werd bekookstofd heeft in 2008 plaats gemaakt voor overleg in de vroege lente en debat in de zomer, en, na het groot verlof. De intensieve informatiecampagne aan de betrokkenen

²⁵ “Is Welzijn een stageplaats?” Opiniestuk van Jo Niel, directeur Pluralistisch Platform Gehandicaptenzorg. De Standaard, 07.01.2009.

²⁶ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. CRIV 52 **PLEN 074**. Vrijdag 02.01.2009, namiddag, blz. 30.

²⁷ De Franse filosoof Charles Montesquieu (18.01.1689 – 10.02.1755) is ondermeer de « uitvinder » van de noodzaak van de scheiding der machten in een democratie.

²⁸ “Van Rompuy entre en frappant. Le nouveau patron reçu sur cinq. Budget 2009, plan de relance, asile, BHV: ‘Il organise, c’est bien’.” Le Soir, 07.01.2009.

²⁹ “Vertrouwensstemming. Vlaamse meerderheid stemt tegen regering Van Rompuy.” De Tijd, 05.01.2009.

³⁰ Wet van 21.08.2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth platform (1). B.S. 13.10.2008, blz. 54454 tot en met 54465.

door de “vader” van het eHealth platform, Frank Robben kwam jammer genoeg royaal laat op gang en vooral pas nadat de wet door het Parlement werd gejaagd. Robbens kruistocht leidde langs onnoemelijk veel vergaderzalen en -zaaltjes en tot allerlei publicaties, teveel om op te sommen. Hij houdt ze handig elektronisch bij. Een beetje googelen en je komt terecht op de website van deze e-duizendpoot³¹. In onze eigen sector komen we hem in de loop van 2008 continu tegen in allerlei publicaties: het CM ledentijdschrift *Visie*³²; *Citizen*^e, het e-government magazine³³; “*Intervisie*”, het informatieblad van de socialistische mutualiteiten voor de arts³⁴; en bij herhaling in de “gespecialiseerde pers” zoals “*Artsenkrant*” en “*De Huisarts*”. Om het verzet van het kritische eHealth artsenfront en een discussie in Oostende over het onderwerp³⁵ de wind uit de zeilen te halen en om mijn eigen kritiek in de pers op een van zijn interviews te pareren³⁶, inviteert hij eind augustus 2008 zelf de “*Artsenkrant*” voor een interview.

Vooraf het cumuleren van tal van functies door Frank Robben blijft voor velen een doorn in het oog. Aan het fundamentele bezwaar dat er een enorme machtsconcentratie wordt gecreëerd in zijn hoofd wordt niet tegemoet gekomen. De politieke overheid heeft nagelaten van het eHealth platform een aparte entiteit te maken. De heer Robben is als lid van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer niet alleen architect van het eHealth platform, hij kan ook deze Privacycommissie beïnvloeden. Binnen de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer moet de afdeling Gezondheid van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid toezien op de veiligheid en op de bescherming van het privé-leven van de sociaal verzekerden binnen het netwerk. Ze moet ook aanbevelingen formuleren m.b.t. de uitvoering en de naleving van de Kruispuntbankwet en haar uitvoeringsmaatregelen. Vermits de heer Robben ook administrateur-generaal is van de Kruispuntbank der Sociale Zekerheid stelt iedereen de vraag of dit wel combineerbaar is. Maar niet Frank Robben. Op de vraag van de *Artsenkrant* journalist, Pascal Selleslagh waarom hij zijn mandaat in de privacycommissie niet opgeeft antwoordt Robben doodgemoedereerd: “Ik zie niet in waarom”³⁷ en laat meteen verstaan dat hij, hoewel geen tovenaer, allicht de enige is in België die bij machte is om het medische geheim te beschermen in de steeds verder oprukkende informatisering van onze medische wereld³⁸.

Vermeldenswaard is het feit dat er vier oproepen in het Belgisch Staatsblad nodig waren³⁹ om geschikte artsenkandidaten te kunnen rekruteren voor de afdeling gezondheid van het sectoraal comité sociale zaken en gezondheid van de Commissie voor Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. Uiteindelijk kon de kamer van Volksvertegenwoordigers dan toch zijn keuze maken. Om tot extern vast of plaatsvervangend lid van dit sectoraal comité, afdeling gezondheid, te kunnen worden benoemd dienden de geïnteresseerde artsenkandidaten deskundig te zijn op het vlak van het beheer van gezondheidsgegevens en moeten zij voldoen aan een reeks andere verplichtingen. Zo mogen zij niet onder het hiërarchische gezag van een Minister staan. Zij moeten onafhankelijk zijn van de instellingen van sociale zekerheid, van de organisaties die in het Beheerscomité van de Kruispuntbank

³¹ <http://www.law.kuleuven.ac.be/icri/frobben/press.htm>

³² “Frank Robben bouwt eHealth uit”. *CM-Visie*, 05/09/2008.

³³ “eHealth moet in handen zijn van de gebruikers”. Interview met Frank Robben, administrateur-generaal Platform eHealth. *Citizen*^e, het e-government magazine. Sept. – Okt. Nr. 03-2008

³⁴ “eHealth: big brother of big invention?”. *Intervisie* nr. 3, derde trimester 2008.

³⁵ “eHealth in een ethisch en deontologisch perspectief”. Vereniging voor Medische Ethiek v.z.w.; Oostende, 04.09.2008.

³⁶ “Wordt het eHealth platform een grabbelton voor politici?” *Opinie*. De Standaard 11.08.2008, als reactie op een interview van Guy Tegenbos met Frank Robben: “Uw medisch dossier ligt niet te grabbel”. De Standaard 09.08.2008.

³⁷ “Mister eHealth spreekt”. *Artsenkrant*, 29.08.2008.

³⁸ “Overheid mag gevoelige gegevens niet onbeveiligd doorsturen”. *Artsenkrant*, 29.08.2008.

³⁹ Belgische staatsbladen van 31.01.2008, 07.03.2008, 20.06.2008 en 31.07.2008.

van de Sociale Zekerheid vertegenwoordigd zijn, van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en van het Kankerregister⁴⁰. Onder de vier onafhankelijke artsen die de Kamer uiteindelijk aanduidde in de afdeling gezondheid van het sectoraal comité treffen we Prof. Dr. Georges De Moor aan, klinisch bioloog en voorzitter van de Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in het beheer van gezondheidsgegevens van het VBS. Zijn plaatsvervanger is Prof. Dr. Michel Deneyer, pediater en voorzitter van de Provinciale Raad van Vlaams-Brabant van de Orde der geneesheren.

Prof. Michel Deneyer is tevens plaatsvervangend lid van de toezichtcommissie in het kader van het gezondheidsinformatiesysteem (G.I.S.)⁴¹. Tot onze niet geringe verbazing treffen we Frank Robben ook in deze Vlaamse omgeving aan, als effectief lid afgevaardigd vanuit de Commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer. We bekijken de zaken positief, want in zijn persoon is er dan toch een link tussen de Vlaamse en de federale regelgeving.

De websites van de Kruispuntbank (www.ksz.fgov.be) en van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (www.riziv.be) worden ge- “powered by Smals”. De v.z.w. Smals ondersteunt en begeleidt het e-governmentprogramma van de sociale sector en de sector van de gezondheidszorg. “Toevallig” is Frank Robben er gedelegeerd bestuurder. De politiek heeft er een belangrijke inbreng. Zo benoemde de buitengewone algemene vergadering van v.z.w. Smals op 05.03.2008 nog een bestuurslid op vraag van minister Onkelinx om er haar te vertegenwoordigen⁴².

Ondertussen besliste het beheerscomité van het eHealth platform, dat bij Koninklijk besluit van 17.12.2008 werd samengesteld⁴³, in zijn eerste vergadering op 20.01.2009⁴⁴ dat het eHealth platform toetreedt tot Smals. De vraag (of het eHealth platform mocht toetreden) stellen was ze beantwoorden. Vermits het enigszins gênant zou zijn dat Frank Robben, administrateur-generaal van het eHealth platform, ditzelfde eHealth platform zou vertegenwoordigen in de v.z.w. Smals waarvan hij afgevaardigd bestuurder is, zal allicht de adjunct-administrateur-generaal die functie eerstdaags invullen.

De cumulatie van al deze functies bewijst dat de heer Robben ongetwijfeld zijn nationale en internationale prijzen en reputatie verdient, maar de recente politieke geschiedenis leert dat ook hoge ambtenaren kunnen verstrikt geraken in politieke machtsspelletjes en dus onder druk kunnen worden gezet. We merken trouwens op dat de lat niet voor iedereen gelijk ligt. Prof. Dr. Georges De Moor, internationaal gerenommeerd informatica-expert, zou naar verluidt niet in het beheerscomité mogen zetelen omdat hij al in het sectoraal comité zat⁴⁵. Voor de Heer Robben schept dat niet het minste probleem. Die mag omnipresent zijn. Zelfs tot in het Vlaamse G.I.S. toe.

Eén van de tien opdrachten van het eHealth platform betreft het verzamelen, samenvoegen, coderen of anonimiseren en ter beschikking stellen van gegevens die nuttig zijn in de

⁴⁰ Stichting bedoeld in artikel 45quinquies van het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, ingevoegd door de artikelen 39-40 van de wet van 13.12.2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid.

⁴¹ Ministerieel besluit van 04.11.2008 tot benoeming van de leden, de plaatsvervangende leden en de voorzitter van de toezichtcommissie in het kader van het gezondheidsinformatiesysteem in uitvoering van het Vlaams decreet van 16 juni 2006 betreffende het gezondheidsinformatiesysteem, artikelen 56, § 1, en 57;

⁴² Bijlage bij het Belgisch Staatsblad van 08.04.2008. Ondernemingsnummer Smals 406.798.006. Griffiecodes 05052036 / 08052037 dd. 27.03.2008.

⁴³ “Beheerscomité van het eHealth platform. – Benoemingen”. Belgisch Staatsblad 21.01.2009-Ed. 2.

⁴⁴ “eHealth van start met overvol beheerscomité”. Artsenkrant, 27.01.2009.

⁴⁵ “Waakhonden eHealth grotendeels bekend”. Artsenkrant, 13.01.2009.

gezondheidszorg. Het eHealth platform moet dat doen als “*intermediaire organisatie*”. Het lexicon van de Privacycommissie⁴⁶ definieert dergelijke organisatie als: “*de natuurlijke persoon, de rechtspersoon, de feitelijke vereniging of het openbaar bestuur, andere dan de verantwoordelijke voor de verwerking van de niet-gecodeerde gegevens, die voornoemde gegevens codeert.*” In het jargon en in de parlementaire en andere debatten spreekt men van “*third trusted party*” (TTP). Hoe kan men nu van een “*andere*” of “*derde*” spreken wanneer de sleutelfiguur in alle instanties dezelfde is? Hoe kan men van “*trusted*” spreken als de Overheid deze wet, die het leven van elke Belg individueel diepgaand zal beïnvloeden opnieuw probeerde te verstoppen in één van de gemiddeld vier jaarlijkse programmawetten of wetten houdende diverse bepalingen die doorgaans vlak voor de verlofperiodes door het Parlement worden gejaagd (cfr tabel 2, punt III.2)? Opnieuw onder druk van de artsen verhuisden de bepalingen van één van de “vuilbakkenwetten” naar een eigen wetsontwerp, zodat de Kamer grondig over het eHealth platform kon debatteren en er op 24.06.2008 een hoorzitting over organiseerde. Deze discussies resulteerden in 12 amendementen, die vooral de beveiliging van de gegevens verbeterden. Deze aanpassingen bewijzen dat het ontwerp van de overheid, dat nochtans het fiat van de Privacycommissie en van de Raad van State had gekregen, niet af was. Maar het door de artsen geëiste “*TTP principe*” werd niet gerealiseerd.

Daarom stuurden VBS en BVA aan op een evocatie van het wetsontwerp door de Senaat. Op zijn beurt kreeg de Senaat informatie over de doelstellingen van eHealth: de optimalisering van de kwaliteit van de gezondheidszorg en van de veiligheid van de patiënt, de vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten, en een betere ondersteuning van het gezondheidszorgbeleid. Gezien de grote druk evoceerde de Senaat inderdaad, maar, zoals onmiddellijk nadien bleek, dit was opgezet spel. De Senaat diende geen enkel amendement in zodat, na de goedkeuring in de Kamer op 09.07.2008, de Senaat volgde op 18.07.2008. Zelfs de ijverigste en meest kritische aller senatoren van het ogenblik, collega klinisch bioloog Louis Ide, tevens VBS- lid, mocht klaarblijkelijk geen amendement indienen. Het N-VA wagonnetje hing toen nog aan de CD&V locomotief en Frank Robben, die de zegen van de CD&V heeft, kon dus niet in vraag worden gesteld. Partijdiscipline heet dat, hoewel N-VA en CD&V op dat ogenblik nog slechts met snot en sparadrapp aan elkaar hingen.

Na de zomervakantie was het N-VA geduld op⁴⁷ en de partij stapte zowel uit de Vlaamse regering als uit het kartel met de CD&V⁴⁸. De politieke debacle in Vlaanderen was enorm⁴⁹, maar slechts een bescheiden elementje in wat de rest van 2008 zou worden. Als senator Louis Ide een kristallen bol had gehad in de periode tussen de Vlaamse en de Nationale feestdag die de nakende oppositiekruur voorspelde, dan had hij wellicht het ontwerp van eHealth platformwet toch kunnen doen amenderen. Wat er dan zou zijn gebeurd blijft voor altijd gissen. Allicht had uitstel tot na het verlof geleid tot meer georganiseerd verzet vanwege artsengroeperingen en patiëntenverenigingen. Het ontwerp van wet werd geslikt en de ceremonie van de schijnevocatie werd met veel zalvende woorden in politieke scène gezet door MR senator, Prof. em. Dr. Jacques Brotchi, VBS- lid via de beroepsvereniging der neurochirurgen. Een senator uit de oppositie, ook arts en ook VBS- lid, cardiologe Dr. Lieve Van Ermen (Lijst De Decker), bestempelde dit manoeuvre als het failliet van het tweekamerstelsel⁵⁰.

Nochtans hadden de senatoren, in het bijzonder de artsen onder hen, moeten beseffen dat sommige volksvertegenwoordigers in het debat in de Kamer zich veel meer geïnteresseerd

⁴⁶ <http://www.privacycommission.be/nl/lexicon/>

⁴⁷ “Bart De Wever: ‘La patience a des limites’.” La Libre Belgique, 22.09.2008

⁴⁸ “Exit N-VA doorbreekt 15 maanden impasse”. De Tijd, 23.09.2008.

⁴⁹ “CD&V is alles kwijt”. Frontpagina van De Standaard, 23.09.2008.

⁵⁰ “Debat eHealth en het failliet van het tweekamerstelsel”. Artsenkrant, 25.07.2008.

toonden in minder nobele eHealth doelstellingen dan kwaliteitsverbetering en betere dienstverlening. Yvan Mayeur (PS) wil het gebruiken om een “informaticakiwi” te installeren waarmee de staat geneesmiddelen zou kunnen aankopen om te besparen op de uitgaven in de farmaceutische sector⁵¹. Luc Goutry (CD&V) liet zich bij de bespreking van het ontwerp eHealth platform ontvallen dat het noodzakelijk is dat de overheid weet op welke manier artsen hun werk doen, dat het niet goed is dat artsen volledige vrijheid hebben “en dat wij (de parlementariërs) ook over statistieken en gegevens kunnen beschikken hoe de gezondheidszorg wordt bedreven, wat wordt voorgeschreven voor welke patiënten”⁵². Waar liggen de limieten? Want via zijn nauwe banden met de Christelijke Mutualiteiten kan Luc Goutry al zeer veel informatie bekomen van de CM-studiedienst.

De patiëntenverenigingen, zowel het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) als de Ligue des Usagers de Services de Santé (LUSS), stelden pertinente vragen bij het ontwerp van wet. Hoe staat het met hun recht op inzage in het patiëntendossier en met het recht op afschrift? Hoe weet een patiënt dat een zorgverstreker bij het aanmaken van een elektronisch dossier gegevens via het eHealth transportsysteem zal uitwisselen en wie hun gegevens via het eHealth platform zal raadplegen. De wet levert geen antwoorden op deze vragen en de patiëntenverenigingen zijn niet vertegenwoordigd in het Beheerscomité van het eHealth platform. Ze zullen het moeten stellen met een zitje in het nog samen te stellen Overlegcomité met de gebruikers van het eHealth platform⁵³. Dat overlegcomité moet nog bij Koninklijk besluit worden opgericht. Op de 42 leden die het voorontwerp van K.B. voorziet voor dit comité zijn er 2 leden die de patiënten mogen vertegenwoordigen. In de praktijk zal dat dan één VPP en één LUSS betekenen. De mutualiteiten krijgen zeven leden, alle zorgverstrekkers samen 4. Bovendien stipuleert het voorontwerp van K.B. dat er geen zitpenningen of vergoedingen worden toegekend. Het woord verplaatsingskosten komt in het voorontwerp niet voor. Erg aantrekkelijk comité dus, vooral voor de zelfstandige beoefenaars van een gezondheidszorgberoep.

Over het gebruik van het eHealth platform antwoordde minister Onkelinx in de Kamer: “*Het facultatieve en vrijwillige gebruik van het platform is de grootste meerwaarde ervan. Misschien zal een verplicht gebruik later alsnog aangewezen zijn. Hoe dan ook moet het platform eerst het vertrouwen van de gebruikers winnen*”⁵⁴. Ik weet niet of dat zal lukken met de gebruikers niet bepaald te verwelkomen in “hun” gebruikerscomité. Bovendien blijft de vrijwilligheid van het gebruiken van het eHealth platform erg hypothetisch, ondanks het feit dat Frank Robben in zijn speeches en diaprojecties blijft stellen dat het gebruik van het platform gratis is en facultatief. Uit één van de vele besprekingen in het Parlement blijkt dat dit lang niet zeker is. Minister Onkelinx, bij monde van staatssecretaris Délizée, antwoordde dienaangaande op 09.12.2008 op een vraag van collega Yolande Avontroodt (Open VLD) in verband met het verplicht gebruik van het eHealth platform in verband met de therapeutische projecten in de psychiatrie : “*Een verplicht gebruik van deze diensten dient echter steeds besproken te worden met de vertegenwoordigers van de gebruikers. Indien dit verplichte gebruik er zou komen, beschouw ik dit niet in strijd met de wet omtrent de oprichting van het eHealth platform*”⁵⁵.

Bespreken is geenszins bindend. De kans is dus reëel dat er vroeg of laat toch een verplichting volgt. In hoeverre de bij Koninklijk besluit van 17.12.2008 benoemde voorzitter van

⁵¹ Doc 52 1257/003 Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers 9 juli 2008. Wetsontwerp houdende oprichting en organisatie van het eHealth platform Verslag namens de commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing; pagina 72

⁵² Integraal Verdrag plenaire vergadering Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, donderdag 10.07.2008 pm, pagina 72.

⁵³ Artikelen 22-23 van de wet van 21.08.2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth platform (1). B.S. 13.10.2008, blz. 54461.

⁵⁴ Integraal Verdrag plenaire vergadering Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, donderdag 10.07.2008 pm pagina 77.

⁵⁵ <http://www.dekamer.be/doc/ccra/pdf/52/ac390.pdf>

het beheerscomité van het eHealth platform, Dr. Jaques de Toeuf, pletwals Robben zal kunnen bijsturen is een open vraag. Van 2005 tot augustus 2008 voerden VBS en BVAS samen nog forse oppositie in de ontstaansgeschiedenis van (B)eHealth. Oud-BVAS-voorzitter de Toeuf, tevens trouw lid van de beroepsvereniging der Belgische chirurgen van het VBS, riep op 13.06.2008 in niet mis te verstane bewoordingen op tot mobilisatie tegen eHealth: “*Tien miljoen Belgen zullen op een zwarte lijst van zorggebruikers terechtkomen*”⁵⁶. Het gemeenschappelijk verzet scoorde wel degelijk resultaten. Zelfs onverwachte, want het behaagde dus de Koning en zijn minister Laurette Onkelinx en haar kabinetschef Laurence Bovy Dr. de Toeuf tot voorzitter van het beheerscomité te benoemen. Jacques de Toeuf verklaarde in de pers dat hij liever mee aan de touwtjes van het eHealth platform trekt⁵⁷. Als lid van hetzelfde beheerscomité kan ik hem alleen volmondig gelijk geven. Zo heeft ondergetekende alvast een reeks amendementen op het ontwerp van huishoudelijk reglement ingediend, in plaats van het als een formaliteit goed te keuren. Wat misschien van de 31 bestuurders verwacht werd. Een voorgaande slechte ervaring met de georkestreerde overhaaste goedkeuring van een reglement van inwendige orde van een ander orgaan, met name van de Hoge Raad voor geneesheer-specialisten en huisartsen in 2007, heeft ons tot voorzichtigheid aangemaand.

Het eHealth verhaal overlopende stel ik vast dat het VBS voorwaar een pluralistische Belgische organisatie is met wijde vertakkingen.

III.3.2. De reumatologen als “proefkonijnen”

Terwijl de wetgeving het eigenlijk nog niet toeliet, want het eHealth platform liet langer op zich wachten dan gepland, werd ondertussen op verschillende niveaus gewerkt aan elektronische gegevensuitwisseling en aan elektronisch voorschrijven in verband met gezondheid. Het was en is niet altijd duidelijk wie wat doet en soms kunnen we ons moeilijk van de indruk ontdoen dat er enige competitie bestaat tussen de FAGG⁵⁸, andere geledingen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en het RIZIV. Er is ook nogal wat verloop geweest de laatste jaren tussen deze instanties.

Zonder dat er al een officiële wettelijke basis bestond, werd er al volop aan concrete projecten gewerkt. In de context van “eCare” zijn de registratie van de artritiszorg door de reumatologen en de opvolging van de orthopedische implantaten aan de orde, begeleid door de Drs. Jean-Paul Dercq en Marc Bangels⁵⁹.

De reumatologen waren vragende partij om voor bepaalde pathologieën specifieke documenten te kunnen gebruiken in hun elektronische dossiers. Zo ontstond een webapplicatie betreffende het ‘artritisdossier’. De universitaire reumatologen hadden bijzondere belangstelling voor de wetenschappelijke toepassingen die anonieme registratie van anti-TNF behandelingen zou mogelijk maken. Het RIZIV en de mutualiteiten hadden andere interesses. Zij aasden op de verplichting tot registratie ‘rond evolutie en prognose’ bij een anti-TNF behandeling, zoals bepaald in de reglementaire terugbetalingscriteria. Om dit alles mogelijk te maken dienen geëncrypteerde gegevens gedeeld te worden, waarvoor minstens twee communicatiesystemen zouden moeten worden ontwikkeld: een webapplicatie voor de reumatologen die nog niet beschikken over een ingebouwd artritisdossier en een webservice voor de reumatologen wier anti-TNF data al in een degelijk

⁵⁶ “Mobilisation contre e-Health. ‘10 millions de Belges vont se retrouver sur une liste noire de consommateurs de soins’. Le Journal du Médecin, 13.06.2008.

⁵⁷ “Beheerscomité eHealth: alle namen ingevuld”. Artsenkrant, 16.01.2009.

⁵⁸ Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

⁵⁹ RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging – Directie Research, Development and Quality (RDQ)

uitgebouwd geïnfomatiseerd dossier zijn opgeslagen. Het RIZIV drong samenwerking met Smals op. Via het eHealth platform wordt identificatie en authenticatie geregeld. Voorjaar 2007 kreeg het kind de naam SAFE (Shared Arthritis File for Electronic Use). Veel gestelde vraag blijft ondertussen of het systeem inderdaad “safe” is qua bescherming van het medisch geheim en qua respect voor de finaliteit, zijnde wetenschappelijk onderzoek en opvolging van de evolutie van beide invaliderende systeemaandoeningen, reumatoïde artritis en juveniele idiopathische artritis.

Terwijl de webapplicatie wordt uitgetest door een beperkt aantal idealistische reumatologen en dus nog lang niet operationeel is, stelde ASGB- voorzitter, Dr. Robert Rutsaert, het anti-TNF project voor alsof het al in gebruik zou zijn, en dit tot grote tevredenheid van de reumatologen⁶⁰. In hetzelfde artikel verklaart Rutsaert dat alles wel degelijk “safe” is, want “*Frank Robben garandeerde het ASGB een maximale beveiliging*”. Na de goedkeuring in Kamer en Senaat tijdens de valiezenkoersperiode in juli 2008 was er een eenheidsfront ontstaan onder artsen tegen het eHealth platform. Alleen het ASGB distantieerde zich er van⁶¹. Namens de Belgische Reumatologen Vereniging en de Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie zette Dr. Luc De Clercq de puntjes op de i in een open brief aan Robert Rutsaert⁶². De SAFE applicatie is omslachtig en niet geschikt als zorginstrument. Ze kan niet door de medewerkers van de reumatologen worden gebruikt, wat de multidisciplinaire samenwerking onmogelijk maakt. De webservice die nochtans gelijktijdig met de webapplicatie werd beloofd is nog niet operationeel, maar volgens Frank Robben, die er ongetwijfeld het grote belang van inziet, wordt er vandaag blijkbaar actief aan gewerkt. Het gebruik van SAFE is zeer arbeidsintensief en vergt dus veel tijd. De mutualiteiten willen “SAFE” gebruiken om anti-TNF aanvragen elektronische te verrichten. De gegevens van alle aanvraagformulieren zouden dan via de snelweg van het eHealth platform, zoals Robben zijn geesteskind steeds omschrijft, worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen.

Ondertussen werd voor de reumatologen twee lang verwachte nomenclatuurcodenummers gecreëerd. Eerst de herinvoering van de gewrichtspunctie met als omschrijving: “*Diagnostische of therapeutische punctie van één of meerdere gewrichten van de ledematen bij een patiënt met een inflammatoir reumatologisch lijden. K15*”⁶³ (codenummer 478015 – 478026; actueel honorarium: € 16,85). En nadien de totaal vernieuwende prestatie: “*Standaardevaluatie van het actief ziekteproces, de evolutie en de prognose, door de geaccrediteerde geneesheer-specialist voor reumatologie, bij een patiënt met chronisch inflammatoir reumatisch lijden, met behandelingsplan en schriftelijk verslag aan de huisarts. K 55*”⁶⁴ (codenummer 478030 – 478041; actueel honorarium: € 61,77).

III.3.3. Het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift

Bij de prioriteiten van het eHealth platform hoort de aanmaak van juridisch geldige elektronische voorschriften van onder meer geneesmiddelen. Onlosmakelijk daaraan gekoppeld is de ontsluiting van beveiligde authentieke bronnen, in casu van geneesmiddelen en van voorschrijvers. De opname in het eHealth platform van de complexe regelgeving in verband met de terugbetaalbaarheid en met de a priori en a posteriori controlesystemen

⁶⁰ “ASGB distantieert zich van 'eHealth heisa”. Artsenkrant, 01.08.2008.

⁶¹ “Eenheidsfront rond eHealth versus het ASGB”. De Huisarts, 07.08.2008.

⁶² “Open brief aan Robert Rutsaert”. Artsenkrant, 28.08.2008.

⁶³ Koninklijk besluit van 12.08.2008 tot wijziging van het artikel 20, § 1, g), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. (B.S. 12.09.2008 Ed. 3. In voege vanaf 01.11.2008)

⁶⁴ Koninklijk besluit van 12.11.2008 tot wijziging van het artikel 20, § 1, g), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 04.12.2008)

moeten tot vermindering van de administratieve rompslomp leiden, anders heeft het weinig zin elektronisch te gaan voorschrijven. De patiëntenverenigingen trouwens zijn geen vragende partij voor het elektronisch voorschrift. Zij vrezen betutteling en overmatige controle op hun therapietrouw⁶⁵. De artsen zijn wel vragende partij op voorwaarde dat eerst een reeks administratieve pesterijen worden afgeschaft, zoals onzinnige regeltjes nodig bij voorschriften voor een patiënt met een lidmaatamputatie (alsof dat lidmaat er een mooie dag weer zou aangroeien) of voor patiënten met type 1 diabetes (alsof die plots geen diabetes meer zouden zijn) en zo veel gekke voorbeelden meer. Rompslomp automatiseren kan niet de bedoeling zijn.

Het ganse jaar 2008 heeft apotheker Johan Van Calster, in samenwerking met het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, de groep “eMed” gecoördineerd bij de FOD Volksgezondheid. In verschillende werkgroepen werden alle aspecten van het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen geanalyseerd. De tijd dringt, want bij wijze van test worden ondertussen in zeven Belgische ziekenhuizen de geneesmiddelenvoorschriften elektronisch verwerkt, terwijl de wetgeving dit eigenlijk niet toelaat. Op 22.12.2008 keurde het RIZIV Verzekeringscomité een ontwerp van K.B. goed dat er de wettelijke basis voor legt⁶⁶.

Voor de officina-apotheken had APB inmiddels een eigen systeem uitgewerkt, “Recip-e”. Eind 2007 kwam het VBS op indirecte wijze met “Recip-e” in contact. In 2008 bleef het VBS de vinger aan de pols van de ontwikkelingen in de apothekerssector houden via de parallelle kanalen van eMed bij de FOD Volksgezondheid (waar VBS-adjunct-secretaris-generaal, Prof. Dr. Francis Heller en ondergetekende in zetelen) en de oprichting eind 2008 van een Recip-e stuurgroep met de partners die officieel de beroepsgroepen van apothekers en artsen in het RIZIV vertegenwoordigen⁶⁷. Sinds de opstart van het project +/- drie jaar geleden bestaat de kerngroep van het Recip-e project uit Prof. ir. Marc Nyssen, dienst medische informatica van de VUB, Dr. Theo Putzeys, huisarts en erkend geneesheerspecialist in het beheer van gezondheidsgegevens, mensen uit APB met ondermeer secretaris-generaal Dirk Broeckx, uit Pharmaplanet (Medical Web Services) en uit Belgacom⁶⁸.

III.3.4. Euthanasieregistratie als dienst met toegevoegde waarde

Op 9 september 2008 stuurde minister Laurette Onkelinx alle Belgische artsen een rondzendbrief in verband met de wilsverklaring inzake euthanasie met de heuglijke mededeling dat sedert 1 september 2008 de wilsverklaringen inzake euthanasie via de gemeentelijke administraties kunnen worden geregistreerd in de gegevensbank van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De eHealth platform wet, die de wettelijke basis vormt voor deze dienst met toegevoegde waarde zoals dat in de voordrachten van Frank Robben heet, was weliswaar al 19 dagen ondertekend door Albert II van België (21.08.2008), maar nog niet gepubliceerd (13.10.2008). Er zat dus haast achter. De minister vond het niet nodig om op de invoegetreiding te wachten.

Stel dat er nog eens een beroemde schrijver zijn woordjes niet meer zou vinden en dringend een moedige daad zou willen stellen als voorbeeld voor de goegemeente, zijn enkele reis naar het Nirwana wil boeken en live in regie wil doen zetten door radio- en televisiezenders, dan kan hij daar nu elektronisch kond van doen aan om het even welke arts, als die

⁶⁵ www.vlaamspatiëntenplatform.be “Opmerkingen Vlaams patiëntenplatform vzw bij het project Recip-e” (juni 2007) en “Standpunttekst rol apotheker” (januari 2008).

⁶⁶ Nota CGV 2008/476. Elektronisch geneesmiddelenvoorschrift in ziekenhuis. Ontwerp van Koninklijk Besluit.

⁶⁷ BVAS en Kartel voor de artsen, en APB en Ophaco voor de apothekers.

⁶⁸ “Project elektronisch voorschrift van start”. Artsenkrant, 02.03.2007.

tenminste over een lezer voor zijn elektronische identiteitskaart beschikt, de juiste bestemming vindt op <http://www.ehealth.fgov.be> en, zoals minister Onkelinx de artsen aanmaant, de naam van de patiënt intikt “*hierbij nauwkeurig toeziend op de juiste schrijfwijze*”. Misschien ook op het juiste geslacht, want op 13.01.2009 kregen we van de FOD Volksgezondheid een brief in de bus met de vraag om aan *mijnheer* de minister een dubbele lijst met namen te willen voorleggen tot vervanging van een collega in één van de vele erkenningscommissies. “The devil is in the details” of, ter attentie van Frank Robben, “Le bon Dieu est dans le detail”⁶⁹.

Als compensatie wordt ook het eBirth systeem op gang getrokken. Maar wegens enkele kinderziekten hinkt het wat achterop op de euthanasieregistratie. First things first! De eerste toepassing kan eventueel besparingen in de ziekteverzekering meebrengen. Bij de tweede duurt het nog een kleine kwarteeuw eer de pasgeborenen van vandaag belastingen zullen betalen.

Zolang kan de jeugd niet wachten, en dus dienden Open-VLD zoon en/of kleinzoon, kamerlid Mathias De Clercq (° 26.12.1981) en senator Jean-Jacques De Gucht (° 09.12.1983) wetsvoorstellen in tot uitbreiding van euthanasie tot kinderen, dementerenden en mensen buiten bewustzijn. Dit leidde tot zeer boze reacties ondermeer vanwege de christelijke zuil⁷⁰. Open VLD werd alleen in Vlaanderen gevolgd door SP.a met Jacinta De Roeck (°31.07.1956). Alle Franstalige partijen hielden de boot af. Het blijft een constante dat aan Franstalige zijde van de taalgrens nauwelijks euthanasie wordt aangegeven. Van 2003 tot 2008 werden 1.901 aangiften van euthanasie geregistreerd⁷¹ of gemiddeld 31,7 per maand. Daarvan zijn er 1.584 in Vlaanderen (83,3 %) vastgesteld of gemiddeld 26,4 per maand en 317 in Franstalig België (16,7 %) of gemiddeld 5,3 per maand over deze vijfjarige periode (cfr tabel 3). In beide landsgedeelten steeg het aantal aangiften tussen 2003 en 2007 gelijkmatig met een factor 2,1. Volgens Prof. em. Dr. Marc Englert, lid van de Federale Controlecommissie Euthanasie, bestaat dit niet medisch te verklaren verschil omdat er bij de Franstalige artsen een meer paternalistische en elitaire geestesgesteldheid zou aanwezig zijn⁷².

Aantal gevallen euthanasie 2003-2007

Jaar	Totaal	Vlamingen	Franstaligen
2003	235	196	39
2004	349	304	45
2005	393	332	61
2006	429	340	89
2007	495	412	83
Totaal	1.901	1.584	317

Bron : Federale controlecommissie euthanasie

Tabel 3

Net voor deze algemene vergadering werden de cijfers voor 2008 bekendgemaakt⁷³. In totaal werden 705 euthanasie aangiften ingediend: 579 door Vlamingen (82,1 %) en 126 door Franstalige Belgen (17,9 %). De verdeling van de aangiften blijft dus met ander woorden ongewijzigd. Het absolute aantal is wel met 42 % gestegen ten opzicht van het jaar 2007.

⁶⁹ De originele uitdrukking wordt in het Frans toegeschreven aan Gustave Flaubert (1821-1880), maar de Engelse transcriptie is bekender.

⁷⁰ “Ons ethisch beleid is transparanter dan in veel niet-katholieke ziekenhuizen. Caritas Catholica verontwaardigd over euthanasieoffensief Open VLD”. De Morgen, 27.03.2008.

⁷¹ Bron: Federale Controlecommissie Euthanasie.

⁷² “Etique. 80 pc des euthanasies se font en Flandre”. La Libre Belgique, 14.04.2008. “Selon le Dr Marc Englert ... il existerait un état d'esprit plus paternaliste et plus élitiste chez les médecins francophones.”

⁷³ “705 déclarations d'euthanasie en 2008”. La Dernière Heure, 04.02.2009.

In deze context citeer ik een allegorisch stukje uit mijn reactie gepubliceerd in zowel “De Huisarts” als in de “Artsenkrant” op een provocerend artikel van collega Georges Casteur⁷⁴. *“Als we niet uit onze doppen kijken zullen de euthanasieteams (eu-teams) van het op stapel staande e-Health platform als aangever kunnen dienen. Ze kunnen "optreden als vertrouwelijke derde en kunnen aldus persoonlijke gegevens omzetten in anonieme of gecodeerde gegevens die daarna ter beschikking kunnen worden gesteld van (...) de politiek. Met de oprichting van het e-Health platform bij de Kruispuntbank der sociale zekerheid (...) zal het e-Health platform tegen een lagere kostprijs en sneller kunnen worden ontwikkeld”⁷⁵. Met de juiste code van het e-team weet het eu-team wat het te doen staat. Enkele uitverkorenen van Aldous Huxley’s Alfa- of Bèta- kasten bepalen de strategie in het grootste geheim, bezetten alle posities in de finale beslissingsorganen en concentreren alle macht in een Superalfa die het dagelijks bestuur van zowel de Kruispuntbank als het eHealth platform in zich verenigt. De zorgverstrekkers en zorggenieters van de Gamma-, Delta-, and Epsilon- kasten waarschuwen dat de gevaren niet te overzien zijn, maar worden systematisch als paranoïde afgescheept. Allegorie en werkelijkheid liggen dicht bij elkaar dan velen vermoeden. Ook de geïnformatiseerde, bezorgde brave burger die zijn medisch dossier via bedrijven in Silicon Valley laat bijhouden, beseft duidelijk niet waar hij aan begint.”^{76, 77}.*

III.3.5. Therapeutische projecten en psychiatrie

In 2006 begon het RIZIV Verzekeringscomité een systeem uit te werken waarbij het op basis van een daartoe uitgetrokken budget een maximum aantal projecten in de geestelijke gezondheidszorg vaststelt. De basis van deze nieuwe benadering ligt vervat in het Koninklijk besluit van 22.10.2006⁷⁸. In maart 2007 keurde het Verzekeringscomité 78 projecten goed⁷⁹. In de loop van 2008 ontstond beroering over een brief die de zorgverstrekkers in de sector van de geestelijke gezondheidszorg verplicht of zou verplichten het eHealth platform te gebruiken als zij van de RIZIV financiering wensden gebruik te maken. En dat op een ogenblik dat het eHealth platform nog in de steigers stond en terwijl Frank Robben urbi et orbi zijn toehoorders bleef zeggen dat het gebruik ervan niet verplicht zou zijn. Op 28.01.2009 antwoordt Dr. Ri De Ridder aan Dr. Yolande Avontroodt, dat het nog steeds om een *ontwerp* van brief gaat die wacht op het advies van de afdeling gezondheid het Sectoraal comité sociale zaken en gezondheid van de Commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Vermoedelijk ligt de schrik om de medische privacy te doorbreken nog hoger in de sector van de geestelijke gezondheidszorg dan in de louter somatische takken van de geneeskunde. Een derde van de mensen die hun beroepsactiviteit langdurig moeten stoppen moeten dit doen omwille van een psychische aandoening⁸⁰. Als die mensen opnieuw aan slag willen moeten ze er zeker van zijn dat er geen a priori selectie kan gebeuren door potentiële werkgevers op hun psychische draagkracht.

⁷⁴ “The brave new death of hoe de dood institutionaliseren”. De Huisarts 01.05.2008 en Artsenkrant 06.05.2008.

⁷⁵ Algemene beleidsnota van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid dd. 03.04.2008; blz. 23, punt 6. eHealth.

⁷⁶ “Brave New Death (bis)”. Artsenkrant, 16.05.2008.

⁷⁷ “Brave New Death (2)”. De Huisarts, 22.05.2008.

⁷⁸ Koninklijk besluit van 22.10.2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg (B.S. 06.11.2006; Ed. 1).

⁷⁹ “RIZIV financiert 78 therapeutische projecten”. Artsenkrant, 03.04.2007.

⁸⁰ “Een derde van de invaliden heeft een psychische aandoening”. De Standaard, 16.07.2007.

Naar aanleiding van de dramatische gebeurtenis in Dendermonde op vrijdag 23.01.2009, waar een jongeman van 20 jaar met psychische problemen een bloedbad aanrichtte in een kindercrèche, stelt de vraag naar de houding tegenover patiënten met een psychische stoornis en de registratie van hun ziekte-toestand zich scherper dan ooit. Kan de maatschappij worden beschermd tegen het oninwendbare? Moet er ingegaan worden op de eis van sommigen om dergelijke patiënten te registreren? Om wat te doen?

In de geestelijke gezondheidszorg zijn de wachtlijsten lang, in de jeugdpsychiatrie nog langer. Waarschuwingen werden al meermaals geuit, maar aan de noden tegemoetkomen vergt een meerjarenplan. Niet bijster veel jonge artsen voelen zich geroepen tot deze moeilijke discipline⁸¹, die ook bijzondere risico's inhoudt. Denken we maar aan de zaak van Geneviève Lhermitte⁸², waar de rol van de behandelende psychiater in vraag wordt gesteld⁸³. Financieel werden er in 2008 inspanningen geleverd, zowel via het akkoord artsen-ziekenfondsen, die in 2009 zullen verdergezet worden, alsook op kleine schaal in infrastructuur, met acht nieuwe (federale) opvangplaatsen voor jongeren die gedragsgestoord en agressief zijn en zes mobiele teams die jongeren in hun milieu kunnen begeleiden. Het debat kent een ranzig communautair kantje omdat de houding van de federale overheid ten opzichte van de psychiatrische zorg in Vlaanderen als ongeïnteresseerd wordt gevoeld. Vandaar dat de column van De Standaard journalist, Guy Tegenbos, niet ongemerkt voorbij ging: "Geen kankerplan maar GGZ-plan nodig"⁸⁴. Hoe fout het fout kan gaan werd, naast het dagelijkse aantal gelukke zelfdodingen van gemiddeld 6,7 in België, zeven weken later op gruwelijke wijze in Dendermonde aangetoond. De wereld begrijpt het niet en de journalistieke malle-molen spint er garen uit. De toekomst van de geestelijke gezondheidszorg ziet er vandaag nog somberder uit, ondanks geruststellende woorden dat niet alle psychopatiënten overgaan tot geweld of moord⁸⁵.

III.4. No fault

De processie van Echternach betreffende de "Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg", sinds jaren gekend onder het begrip "No fault", ging duidelijk meerdere stappen achteruit in 2008. Op 04.07.2008 besliste de Ministerraad dat de deskundigen vier bijzondere vragen opnieuw zouden bestuderen. Zeer beknopt gaat het over:

- 1) het onderscheid tussen al dan niet ernstige schade
- 2) schadebeoordeling in relatie tot vermijdbare of onvermijdbare schade
- 3) het recht van de ziekenfondsen op subrogatie (indeplaatsstelling)
- 4) de mogelijkheid voor de slachtoffers om in beroep te gaan.

De rechtenprofessoren Jean-Luc Fagnard, U.L.B., ondertussen met emeritaat, en Thierry Vansweefelt, UIA, verjaren niet meer in dit dossier. Eerst op de FOD (toen nog ministerie) van Volksgezondheid, later meer en meer in de kabinetten van allerlei PS – ministers, ben ik al +/- 18 jaar getuige hoezeer beide deskundige experten het grondig met elkaar oneens zijn en blijven. Na al die jaren discussie, op haar vraag, een negen pagina's tellende

⁸¹ "Kinderpsychiatrie is oorlogsgeneeskunde". Artsenkrant, 19.10.2007.

⁸² De depressieve Geneviève Lhermitte doodde op 28.02.2007 in Nijvel haar vijf kinderen door ze de keel over te snijden. Op 18.12.2008 werd zij volgens de volksjury toerekeningsvatbaar verklaard en tot levenslang veroordeeld wegens (meervoudige) moord met voorbedachten rade. De psychiatrie verliest in deze zaak twee maal.

⁸³ "De nachtmerrie van elke psychiater". De Standaard, 12.12.2008.

⁸⁴ De Artsenkrant Column, 02.12.2008.

⁸⁵ Cfr. ondermeer: "Heureusement, tous les schizophrènes ne commettent pas de meurtre! Dr. Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne (France), Professeur associé de psychologie de l'enfant à l'Université de Lyon II". Le Soir, 27.01.2009.

“oriëntatienota” afleveren aan Laurence Bovy, de kabinetschef van minister Onkelinx, liet al vermoeden dat de toenadering nog geen feit was en de oplossing nog niet in het verschiet.

Het VBS heeft zich voorlopig uit dit oeverloze debat teruggetrokken. We zijn er nochtans vele jaren actief mee bezig geweest⁸⁶. In mijn jaarverslagen vormt het item een quasi vast onderdeel. Zo ook vorig jaar⁸⁷. We kunnen het cynische lijstje dat Professor Fagnard op 17.03.2007 ter gelegenheid van een voordracht over “No Fault” projecteerde rustig verder aanvullen:

1991	: rien n’a changé
1994	: rien n’a changé
Verhofstadt I	: rien n’a changé
Verhofstadt II	: rien ne changera
Verhofstadt III	: rien n’a changé
Leterme I, II,	: rien n’a changé
Van Rompuy I	: Obama changera!

Ik volg het gekibbel nu vanop de BVAS bank en sinds vijf jaar als bestuurder van het KCE⁸⁸. Over dit thema publiceerde het KCE al meerdere Health care services research (HSR) rapporten:

- 1) Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (KCE reports 2A; 21.07.2004).
- 2) Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase II : ontwikkeling van een actuarieel model en eerste schattingen (KCE reports 16A 20.07.2005).
- 3) Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase III) - precisering van de kostenraming (KCE reports 35A 26.06.2006).
- 4) Nosocomiale infecties in België, deel 1: nationale prevalentiestudie (KCE reports 92A, 12.11.2008).
- 5) Nosocomiale infecties in België, deel 2: impact op Mortaliteit en Kosten (KCE reports 102A, 02.02.2009).

Het doel van al deze studies is met enige kans van zekerheid in de buurt te komen van de reële kostprijs van dergelijk no fault systeem, inclusief de kost van de nosocomiale infecties. Ondertussen werd “een” wet gepubliceerd⁸⁹. Die wet bleek een eendagsvlieg. Eind 2007 moest de datum van invoeging bij hoogdringendheid worden aangepast, toen bleek dat 01.01.2008 helemaal niet haalbaar was⁹⁰. Er werd zelfs een extra editie van het Belgisch staatsblad gepubliceerd op de laatste dag van het jaar 2007 om catastrofes te voorkomen.

Allemaal boter aan de galg. Eind 2008 was er niet één wet nodig om de kans op onverzekerbaarheid van alle medische verstrekkingen ongedaan te maken, maar twee.

⁸⁶ Cfr. ondermeer VBS Jaarverslag 2002: “De gezondheidszorg, een paarse splitzwam met groene stippels”. Punt II.5.2. ...maar de trein der traagheid voor de beroepsaansprakelijkheidsverzekering.

⁸⁷ VBS Jaarverslag 2007: “Toscanië aan de Zenne”. Punt III.8. “No fault”.

⁸⁸ Federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg.

⁸⁹ Wet van 15.05.2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (1) (B.S. 06.07.2007).

⁹⁰ Wet van 21.12.2007 tot wijziging van de wet van 15.05.2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (B.S. 31.12.2007 Ed 4).

Eerst dienden in de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg in zijn artikel 35, § 1 de woorden «, en uiterlijk op 1 januari 2009» te worden geschrapt.⁹¹ En dan moesten ook in artikel 5 van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, gewijzigd bij de wet van 21 december 2007, de woorden «, en uiterlijk op 1 januari 2009 » worden geschrapt⁹².

Met dergelijke juridische hoogstandjes krijgt men gemakkelijk wat extra honderden pagina's Belgisch staatblad per jaar gevuld. Vier wetten, honderden uren debatten, studie en redactioneel werk, maar patiënt noch arts zijn een millimeter vooruit. Tegen dat tempo zal ook Prof. Vansweefelt op emeritaat zijn eer een "No Fault" wet in voege kan treden.

III.5. Numerus clausus, MaNaMa en specialistenopleiding

III.5. 1. Numerus clausus

Het K.B. van 30.05.2002 over de planning van het medisch aanbod⁹³ werd op 01.07.2008 opgeheven. Door de talrijke besprekingen in de Planningscommissie van het medisch aanbod werd het in zijn korte leven meermaals gewijzigd: door de K.B.'s van 11.07.2005 (B.S. 03.08.2005), 08.12.2006 (B.S. 22-12-2006), 26.04.2007 (B.S.16.05.2007) en van 26.04.2007 (B.S. 07.06.2007). Al deze wijzigingen, die aanleiding gaven tot steeds wisselende aantallen toegelaten artsen op de RIZIV- arbeidsmarkt, worden nu ongedaan gemaakt door het nieuwe K.B. van 12.06.2008⁹⁴. De samenvatting in tabel 4 vergt enige toelichting.

Situatieschets planning medisch aanbod

K.B. 30.05.2002 (opgeheven 01.07.2008): KANDIDATEN									
	Totaal aantal			Huisarts			Specialist		
	Totaal	N	F	Totaal	N	F	Totaal	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
K.B. 12.06.2008 (in voege 01.07.2008): GEATTESTEERDE KANDIDATEN									
2008	757	454	303	300	180	120	457	274	183
2009	757	454	303	300	180	120	457	274	183
2010	757	454	303	300	180	120	457	274	183
2011	757	454	303	300	180	120	457	274	183
2012	890	534	356	300	180	120	590	354	236
2013	975	585	390	300	180	120	675	405	270
2014	1.025	615	410	300	180	120	725	435	290
2015	1.230	738	492	360	216	144	870	522	348
2016	1.230	738	492	360	216	144	870	522	348
2017	1.230	738	492	360	216	144	870	522	348
2018	1.230	738	492	360	216	144	870	522	348

⁹¹ Wet van 22.12.2008 houdende diverse bepalingen (I) (1). (B.S. 29.12.2008 Ed. 4, hoofdstuk 2, artikel 97.

⁹² Wet van 22.12.2008 houdende diverse bepalingen (II) (1). (B.S. 29.12.2008 Ed. 4. enig hoofdstuk. Wijziging van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

⁹³ Koninklijk besluit van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 14.06.2002 Ed.1).

⁹⁴ Koninklijk besluit van 12.06.2008 betreffende de planning van het medisch aanbod (B.S. 18.06.2008).

Waar men het voorheen over kandidaten had die binnen de quota dienden te vallen, gaat het nu over “Geattesteerde kandidaten”. De academisering, ingevoerd onder minister Marcel Colla in 1999⁹⁵, wordt nu strikter gedefinieerd met dit K.B.(cfr. artikel 1 van het K.B. van 12.06.2008). Mits zo’n attest, uitgereikt door de persoon die belast is met het bestuur van een faculteit geneeskunde van een Belgische universiteit en beperkt tot het jaar waarop het universitair attest slaat, kan een kandidaat toegang krijgen tot een verdere beroepsopleiding na de (op dit ogenblik nog steeds) zeven jaar durende studies geneeskunde (art. 2). Het maximaal aantal “Geattesteerde Kandidaten” dat toegang heeft tot een opleiding leidend tot één van de beroepstitels van het K.B. van 25.11.1991 §1⁹⁶(de basisberoepstitels) wordt samengevat in het linkse derde van de tabel 4 (art.3). In zijn artikel 4 legt het K.B. de minimumaantallen vast voor de huisartsen (middelste derde van tabel 4) en voor sommige specialisten. Het rechtse derde van tabel 4 omvat ook die opgelegde minimum aantallen specialisten die afzonderlijk worden opgesomd:

- 20 kinder- en jeugdpsychiaters (12 Vl., 8 Fr.)
- 10 acutisten (6 Vl., 4 Fr.)
- 5 urgentisten (3 Vl., 2Fr.)

In tegenstelling tot het oude K.B. van 30.05.2002 worden voor de andere specialismen geen minima meer vermeld. Of een autoregulatie hierdoor beter zal lukken was een belangrijk debat in de Planningscommissie van het medisch aanbod, maar meerderheid tegen minderheid, werd het bij K.B. vaststellen van minima beperkt tot de huisartsen en drie van de 34 specialismen die in het artikel 1 van het K.B. van 25.11.1991 met de lijst van de erkende specialismen zijn opgenomen.

Het artikel 5 somt de specialismen op die niet onder het contingent vallen: het beheer van gezondheidsgegevens, de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise, de forensische geneeskunde, de arbeidsgeneeskunde, de militaire geneesheren, de 16 bijkomende beroepstitels van artikel 2 van het K.B. van 25.11.1991 (bijvoorbeeld “en in de nucleaire invitro geneeskunde”), de artsen van een Europese lidstaat die geen volledige opleiding tot het verwerven van het diploma van arts kunnen verwerven in eigen land en tenslotte de kandidaten met een eindexamen uitgereikt vóór het jaar 2004.

Ondertussen wordt Franstalig België overspoeld met “pénurie” en “reçus-collés” berichten. De termen “les reçus-collés” komen uit het jargon van de tekstverwerking. “Paste and copy”, “knip- en plakwerk”. Zo springen de Franstalige politici in Brussel om met studenten geneeskunde ten zuiden van de taalgrens. De Franstalige pers bulkte terecht van de artikels vorige zomer over de zeer onrechtvaardige behandeling van studenten die slaagden in hun examens geneeskunde van het eerste jaar, maar toch niet verder mochten studeren^{97, 98, 99}. De Franstalige politieke kaste doet al jaren of haar neus bloedt en al vele jaren op rij schuiven hun op elkaar volgende regeringen (gewest en gemeenschap) de

⁹⁵ Het K.B. van 16.03.1999 (B.S. 24.06.1999) voegt in het Koninklijk besluit van 21.04.1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen het zinnetje toe: “Het stageplan is vergezeld van een attest dat aantoont dat de kandidaat door een faculteit geneeskunde aanvaard is voor de discipline waarin hij opgeleid wil worden.”

⁹⁶ Koninklijk besluit van 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, artikel 1 (B.S. 14.03.1992).

⁹⁷ “Reçus-collés: 200 repêchés en 2 ans”. Le Soir, 19-20-21.07.2008.

⁹⁸ “Reçus-collés: le dossier est paralysé. Le numerus clausus explose ... politiquement”. Journal du Médecin, 29.08.2008.

⁹⁹ “Le numerus clausus ulcère. Les étudiants ‘reçus-collés’ se rebiffent”. Le Soir, 15.09.2008.

verantwoordelijkheid af op 'le fédéral'¹⁰⁰. Toch organiseren de Franstalige universiteiten al jaren een ingangsexamen voor diergeneeskunde en voor burgerlijk ingenieur, wat de Vlamingen nooit gedaan hebben of sinds een aantal jaren niet meer doen. Geen woord daarover in de media. Een "reportage choc" van "Questions à la une" dd. 17.09.2008 jaagt de Franstalige burgers de gordijnen in. Straks vinden zij geen arts meer!¹⁰¹ Opgeklopte stemmingmakerij¹⁰². Als men de cijfers zou willen vergelijken met andere Westerse landen zou men snel tot de conclusie komen dat België vandaag nog steeds een duidelijk overaanbod aan artsen heeft, vooral aan Franstalige kant.

Maar, is de repliek, dan heb je correcte cijfers nodig. België heeft veel cijfers, misschien te veel, want die van het RIZIV stemmen niet overeen met die van de FOD Volksgezondheid. Tabel 5 toont aan dat de cijfers van de FOD Volksgezondheid soms sterk afwijken van die van het RIZIV¹⁰³. Bij de totalen neemt het verschil RIZIV t.o.v. FOD nog toe: -3,31 % (2005), -3,85% (2006) en -4,22 % (2007). De RIZIV- aantallen zijn in alle categorieën lager dan de FOD- aantallen, behalve wat de kandidaat huisartsen betreft. Daar liggen ze respectievelijk 15,1 % (2005), 15,3 % (2006) en 3,5 % (2007) hoger.

	2005		2006		2007	
	FOD	RIZIV	FOD	RIZIV	FOD	RIZIV
Erkende huisartsen	14.412	14.179	14.464	14.273	14.519	14.220
Kandidaat-huisartsen	584	672	503	580	510	528
Erkende geneesheren-specialisten	21.599	20.372	22.256	20.801	22.890	21.459
Kandidaat-geneesheren-specialisten	3.641	3.588	3.366	3.598	3.273	3.447
Artsen zonder erkende bijzondere beroepstitel	3.477	3.365	3.647	3.174	3.651	3.185
Artsen gevestigd in België	43.620	42.176	44.124	42.426	44.727	42.839

Bron:

- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu: "Professionnels des soins de santé en Belgique. Statistiques annuelles au 31/12/2007. Pagina 4"
- RIZIV, Jaarverslag 2007; pagina 89

Tabel 5

Bovendien zeggen cijfers niets over de activiteit die de 44.727 artsen verrichten die in België door de FOD Volksgezondheid zijn geregistreerd. Daarvoor heeft men een artsenkadaster nodig. Dit blijkt veel moeilijker op te stellen dan aanvankelijk gedacht. Na zeer veel parlementaire vragen over de datum van inwerkingtreding heeft de minister eind januari 2009 laten weten dat de eerste resultaten van het artsenkadaster officieel zullen worden voorgesteld op 25.04.2009 ter gelegenheid van een speciaal colloquium. Vanaf dan zou het kadaster kunnen dienen om de planningscommissie van exacte cijfers te voorzien in plaats van zich te moeten behelpen met een theoretische onderbouw en nattevingerwerk. Of met een mini-enquête zoals degene die het VBS eind 2007 opzette. Jammer genoeg ontkent Mevrouw Muriel Gerkens, voorzitter van de Commissie Volksgezondheid ondertussen dat het kadaster snel gebruiksklaar kan gemaakt worden, omdat het maar armtierige informatie zou bevatten¹⁰⁴. Bovendien is ze van mening dat de wet moet worden gewijzigd om meer bruikbare gegevens te kunnen publiceren via het kadaster.

¹⁰⁰ "Les Communautés subissent la décision du fédéral". Le Soir, 15.09.2008.

¹⁰¹ "La une. La pénurie médicale, entre info et intox". Le Soir, 17.09.2008.

¹⁰² "La pléthore est morte, vive la pénurie". Journal du Médecin, 23.09.2008.

¹⁰³ "Professionnels des soins de santé agréés en Belgique. Statistiques annuelles au 31/12/2007". Bruxelles, juin 2008 en RIZIV Jaarverslag 2007.

¹⁰⁴ "Selon Muriel Gerkens, modifier la loi est nécessaire. Les travaux du cadastre médical sont en panne". Le Soir, 03.02.2009.

Op de vraag of er tekorten in hun specialisme voelbaar waren, gesteld aan de voorzitters en secretarissen van alle beroepsverenigingen, kwam maar een zeer beperkt ja binnen. Een “gepercipieerd” tekort (cfr. tabel 6) was voelbaar bij de geriaters (in zijn jaarverslag 2007 deelt het RIZIV voor het eerst het aantal geriaters mee: 234), de neurologen, psychiaters en neuropsychiaters, de fysische geneeskunde en de (ziekenhuis-) pediaters. Met gepercipieerd wordt bedoeld dat die specialisten er wel zijn, maar dat ze niet op de juiste werkplek aanwezig zijn. Met als typevoorbeeld de pediatrie: hun aantal steeg met 19 % over 7 jaar (van 1.320 naar 1.571) maar toch blijft het moeilijk een pediater aan te trekken voor een ziekenhuisdienst. We kunnen maar hopen dat de belangrijke financiële opwaardering die de akkoorden van december 2007 en 2008 bevatten voor de meest noodlijdende disciplines onder hen het tij kunnen doen keren.

Totaal aantal artsen met een “gepercipieerd tekort”

	Aantal RIZIV-actieven							
	01.02.02	01.02.03	01.02.04	01.02.05	01.02.06	01.02.07	01.02.08	01.02.09
Artsen 000-002	3.809	3.693	3.606	2.000	2.340	2.217	2.290	2.373
Huisartsen 003-004	13.640	13.781	13.953	14.040	14.162	14.295	14.205	14.144
Huisartsen 005-006	753	748	718	717	671	554	526	537
	3	2	2	1.575	976	907	878	832
<i>Huisartsen 007-009</i>								
TOTAAL	18.205	18.224	18.279	18.332	18.149	17.973	17.899	17.886
Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	3.383	3.459	3.698	3.505	3.635	3.606	3.465	3.302
Geriatric*	0	0	0	0	0	0	234	234
Neuropsychiatrie	1.378	1.358	1.335	562	477	460	441	420
Neurologie	168	183	208	227	256	275	293	322
Psychiatrie	527	595	656	1.448	1.569	1.628	1.679	1.727
Fysische geneeskunde en fysiotherapie	431	434	443	452	472	483	492	496
Pediatrie	1.320	1.361	1.374	1.400	1.443	1.485	1.531	1.571
TOTAAL SPECIALISTEN	18.565	19.069	19.462	19.872	20.371	20.838	21.455	22.019
TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	21.948	22.528	23.160	23.377	24.006	24.444	24.920	25.321
ALGEMEEN TOTAAL	40.153	40.752	41.439	41.713	42.155	42.417	42.819	43.207

Bron : RIZIV Accrediteringsstuurgroep 01.02.2009 en VBS-jaarverslagen Dr. M. MOENS

Tabel 6

*Extrapolatie aantal geriaters uit RIZIV Jaarverslag 2007, blz. 89.

Een groep die de Overheid angstvallig opvolgt zijn de huisartsen. De erkende huisartsen (003-004) zijn over zeven jaar met 3,7 % toegenomen (van 13.640 naar 14.144), maar tussen 2007 en 2009 gingen er 151 plaatsen verloren. De belangrijkste vaststelling is dat het aantal huisartsen in opleiding in deze periode van zeven jaar stelselmatig terugloopt, van 753 in 2002 tot 537 in 2009 of -28,7 %.

Het is tenslotte nuttig te vermelden dat het rapport van het Kenniscentrum over de numerus clausus¹⁰⁵ grondig werd gecorrigeerd op vraag van ondergetekende. De belangrijke fouten die het eerste rapport bevatte werden op 29 april 2008 verbeterd¹⁰⁶. Het is natuurlijk zo dat die correctie met veel minder tamtam werd bekendgemaakt dan het vrijgeven van het originele rapport. Die editie heeft de gekste ideeën doen ontstaan en deed doemscenario's in de pers opduiken, terwijl er niets van aan was. Die pseudowetenschap bleef overeind, de correcties bleven onbekend.

III.5.2. MaNaMa en specialistenopleiding

Gezien de nog vers in het geheugen liggende ontwikkelingen in beide dossiers, beperk ik me tot de verwijzing van het VBS maandblad “De geneesheer – specialist” van december

¹⁰⁵ “Tien jaar numerus clausus: huidige situatie en toekomstige uitdagingen”. KCE reports Vol. 72A, 18.01.2008.

¹⁰⁶ “Tien jaar numerus clausus: huidige situatie en toekomstige uitdagingen”. KCE reports Vol. 72A, 2nd edition 29.04.2008.

2008¹⁰⁷ en januari 2009¹⁰⁸. Allicht zal ik aanvullende informatie daarover kunnen geven in mijn volgend jaarverslag, want het laatste woord over deze aangelegenheid is verre van gezegd.

Ondertussen doet de VLIR naarstig voort aan zijn prediking aan de stagemeeesters in de universitaire centra dat het Master na Master systeem (MaNaMa) alleen zaligmakend is, terwijl het in feite opgewarmde kost is met een Vlaams sausje erover van de canMEDs, die begin de jaren 90 van de vorige eeuw in Canada in zwang geraakten en overwaaiden naar Europa. Aan Vlaamse kant worden daar interessante academische artikels aan gewijd vanuit een Bologna promotorenteam¹⁰⁹ maar tijd om de belofte na te komen van verder overleg over dit thema met de beroepsverenigingen is er (nog) niet geweest¹¹⁰. Ondanks de belofte dd. 04.05.2007 van Prof. Dr. Brigitte Velkeniers, als lid van de werkgroep "Opleiding geneesheer-specialist" die van de VLIR¹¹¹ het mandaat kreeg om concrete voorstellen te formuleren betreffende de omvorming van de opleidingen geneesheer-specialist naar het master na master statuut, om leden van het VBS opnieuw uit te nodigen om het debat verder te zetten, hebben we sindsdien niets meer van de VLIR gehoord. Ook de voorzitter van de werkgroep, Prof. pneumologie Wilfried De Backer (Universiteit Antwerpen), net zoals Prof. Brigitte Velkeniers VBS lid, heeft ons hier niet meer over aangesproken, terwijl we elkaar toch af en toe ontmoeten.

IV. AKKOORDEN ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

IV.1. Akkoord van 20.12.2007 (B.S. 14.01.2008)

Op 02.02.2008, datum van de vorige algemene vergadering van het VBS, waren de resultaten van de reacties op het akkoord van 20.12.2007 nog niet bekend. Het akkoord werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 14.01.2008. Het procentuele aantal weigeringen voor dit één jaar durende akkoord (15,48 %) lag net één procent lager dan het gemiddelde percentage over de periode 1993 – 2007 (16,49 %). Deze informatie vindt u in tabel 7 samen met de evolutie van de deconventiepercentages in de periode 1993 tot en met 2007, uitgesplitst per discipline.

In tabel 8 worden de verschillende specialismen geklasseerd volgens opstijgende graad van weigering van het akkoord. In slechts 7 (*) van de 28 specialismen ligt het percentage weigering van het akkoord van 20.12.2007 hoger dan de gemiddelde deconventiegraad in de vorige periode 1993 tot 2005. Het betreft de klinische biologie (2,27 % t.o.v. 1,98 %), gastro-enterologie (14,50 % t.o.v. 13,98 %), fysische geneeskunde en fysiotherapie (20,73 % t.o.v. 19,86 %), orthopedie (25,53 % t.o.v. 24,28 %), urologie (28,13 % t.o.v. 25,50 %), radiologie (29,40 % t.o.v. 19,14 %) en stomatologie (37,70 % t.o.v. 35,97 %). Behalve bij de radiologen (10,26 % meer weigeringen van het akkoord 2007 dan het gemiddelde van de voorbije vijftien jaar), is die toename zeer beperkt.

¹⁰⁷ "De kandidaat-specialist en het verdriet van de academisering". De Geneesheer-Specialist N° 7/ December 2008.

¹⁰⁸ "De kandidaat-specialist en het verdriet van de academisering. De reacties". De Geneesheer-Specialist N° 1, januari 2009.

¹⁰⁹ "De Vlaamse opleiding tot arts en het Bolognaproces". Naar gemeenschappelijke leerresultaten en competenties. L. Bossaert (UIA) voor het Vlaams Bolognapromotorenteam. Tijdschrift voor geneeskunde, 64, nr. 13, 01.07.2008.

¹¹⁰ VBS jaarverslag 2007 "Toscanië aan de Zenne" Punt III. 9 "Numerus clausus en MaNaMa". Speciaalnummer van De Geneesheer –Specialist, februari 2008.

¹¹¹ Vlaamse interuniversitaire raad

Evolutie deconventiepercentages 1993-2007 per discipline*

		20.12.2007	20.12.2005	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Gemiddelde 1993-2007
1	G.S.O.	0,32	0,27	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,52
2	Klinische biologie	2,27	2,39	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,01
3	Radiotherapie	3,79	4,06	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,42
4	Nucleaire geneeskunde	3,74	4,09	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,53
5	Pathologische anatomie	3,81	4,39	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,10
6	Neurologie	4,42	5,12	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	5,13
7	Pneumologie	5,91	5,64	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,40
8	Inwendige geneeskunde	6,31	6,98	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	8,26
9	Pediatrie	9,96	9,76	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	13,06
10	Psychiatrie	11,92	13,23	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,84
11	Algemene geneeskunde	12,49	13,55	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	14,77
12	Neuropsychiatrie	12,50	12,13	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	15,72
13	Anesthesiologie	13,60	15,72	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	15,03
14	Gastro-enterologie	14,50	14,97	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	14,04
15	Chirurgie	16,46	18,08	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	17,46
16	Reumatologie	16,93	19,61	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	19,11
17	Cardiologie	19,24	21,09	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,28
18	Fysische gen. en Fysiotherapie	20,73	19,69	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	19,95
19	Neurochirurgie	20,74	21,89	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	22,48
20	Orthopedie	25,53	26,69	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	24,42
21	ORL	27,12	27,61	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	27,62
22	Urologie	28,13	27,87	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	25,79
23	Radiologie	29,40	31,69	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	20,28
24	Stomatologie	37,70	33,44	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	36,16
25	Gynaecologie-verloskunde	40,46	41,62	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	42,54
26	Oftalmologie	49,39	53,38	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	52,31
27	Plastische chirurgie	59,05	64,02	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,40
28	Dermato-venerologie	59,72	61,19	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	61,84
	Totaal specialisten + GSO	17,62	18,35	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	17,82
	ALGEMEEN TOTAAL	15,48	16,30	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,49

Bron: RIZIV; bundeling Dr. M. MOENS

*Op datum van verrekening van het aantal weigeringen, d.w.z., 35 dagen na publicatie van het akkoord in het Belgisch Staatsblad.

Tabel 7

Deconventiepercentage per specialisme t.o.v. akkoord van 20.12.2007 in vergelijking met gemiddeld deconventiepercentage t.o.v. de akkoorden van 13.12.1993, 11.12.1995, 03.11.1997, 15.12.1998, 18.12.2000, 19.12.2002, 15.12.2003 en 20.12.2005

Deconventie % 20.12.2007			Gemiddeld deconventie % 1993-2005
1	G.S.O.	0,32	0,55
2	Klinische biologie*	2,27	1,98
3	Radiotherapie	3,74	4,62
4	Nucleaire geneeskunde	3,79	4,49
5	Pathologische anatomie	3,81	5,26
6	Neurologie	4,42	5,22
7	Pneumologie	5,91	6,47
8	Inwendige geneeskunde	6,31	8,51
9	Pediatrie	9,96	13,45
10	Psychiatrie	11,92	12,96
11	Algemene geneeskunde	12,49	15,06
12	Neuropsychiatrie	12,50	16,13
13	Anesthesiologie	13,60	15,21
14	Gastro-enterologie*	14,50	13,98
15	Chirurgie	16,46	17,58
16	Reumatologie	16,93	19,39
17	Cardiologie	19,24	19,28
18	Fysische geneeskunde en fysiotherapie*	20,73	19,86
19	Neurochirurgie	20,74	22,70
20	Orthopedie*	25,53	24,28
21	ORL	27,12	27,68
22	Urologie*	28,13	25,50
23	Radiologie*	29,40	19,14
24	Stomatologie*	37,70	35,97
25	Gynaecologie-verloskunde	40,46	42,80
26	Oftalmologie	49,39	52,67
27	Plastische chirurgie	59,05	61,69
28	Dermato-venereologie	59,72	62,10
	Totaal specialisten + GSO	17,62	17,84
	Algemeen totaal	15,48	16,62

Bron: RIZIV; bundeling Dr. M. MOENS.

Tabel 8

*Hoger deconventiepercentage 20.12.2007 dan gemiddelde 1993-2005

De radiologen hebben de Overheid de aanslag op het honorarium van de NMR in juli 2005 zeer terecht kwalijk genomen. Op basis van een besparingswet¹¹² werd bij Koninklijk besluit van 15 juni 2005 plots de NMR honoraria gemiddeld met +/- 30 % verminderd¹¹³: nomenclatuurcodenummer 459395-459406: -33,33 %; code 459410-459421: -25,71 %; code 459491-459502: -5,26 % en code 459513-459524: - 47,37 %. Deze maatregel bleef sindsdien onverkort bestaan.

De reactie van de Beroepsvereniging Nationale Unie der Radiologen (NUR) om dergelijk akkoord niet te ondergaan, werd erg verschillend beantwoord van provincie tot provincie en van gewest tot gewest (cfr. tabel 9) . Vlaanderen deconventioneert 2,7 maal meer dan

¹¹² Wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (B.S. 20.05.2005).

¹¹³ Koninklijk besluit van 15 juni 2005 tot wijziging, met betrekking tot de bepalingen van het artikel 17, § 1, 11°bis, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Wallonië en 2,4 maal meer dan Brussel. In Wallonië weigeren de radiologen die in de meest welvarende Franstalige provincie wonen - Waals Brabant - 2,1 keer frequenter het akkoord dan de gemiddelde Waalse radioloog. Deconventioneren betekent dat de arts, binnen de limieten van de deontologie, een eigen honorarium mag aanrekenen, met andere woorden dat hij een supplement mag vragen bovenop het RIZIV tarief. De cijfers in tabel 9 tonen aan dat radiologen alleen deconventioneren in streken waar die theoretische mogelijkheid ook in praktijk kan worden omgezet. Met andere woorden in de streken waar het socio-economisch beter gaat.

RADIOLOGIE en AKKOORD 20.12.2007

	% deconventie	% partiële deconventie
Limburg	52,22	3,33
West-Vlaanderen	44,44	7,19
Oost-Vlaanderen	43,90	3,66
Vlaams-Brabant	37,61	5,13
Antwerpen	35,90	2,05
Vlaanderen	41,27	4,31
Brussel	17,22	7,22
Waals-Brabant	33,05	12,71
Luik	14,84	7,69
Luxemburg	8,82	0,00
Namen	8,22	1,37
Henegouwen	8,13	1,25
Wallonië	15,52	5,64
BELGIË	29,31	5,12

Bron: RIZIV, Doc. NCGZ 2008/56 dd. 03.06.2008

Tabel 9

In de tabel 10 vindt u voor het akkoord van 20.12.2007 het overzicht per specialisme van de verbonden, de gedeeltelijk verbonden en de niet-verbonden artsen.

Overzichtstabel per specialisme van geheel/gedeeltelijk/niet geconventioneerden akkoord 20.12.2007

	Totaal aantal actieven	Toetredingen tot akkoord zonder beperkingen	Toetredingen tot akkoord zonder beperkingen %	Toetredingen tot akkoord met beperkingen	Toetredingen tot akkoord met beperkingen %	Weigering akkoord	Weigering akkoord %
Orthopedie	999	532	53,25%	219	21,92%	248	24,82%
Reumatologie	249	152	61,04%	54	21,69%	43	17,27%
ORL	648	351	54,17%	125	19,29%	172	26,54%
Gynaecologie-verloskunde	1.461	618	42,30%	268	18,34%	575	39,36%
Urologie	389	216	55,53%	64	16,45%	109	28,02%
Dermato-venerologie	714	195	27,31%	92	12,89%	427	59,80%
Fys. gen. en fysiotherapie	497	333	67,00%	64	12,88%	100	20,12%
Gastro-enterologie	563	413	73,36%	71	12,61%	79	14,03%
Stomatologie	312	162	51,92%	35	11,22%	115	36,86%
Cardiologie	1.022	721	70,55%	111	10,86%	190	18,59%
Neurochirurgie	193	134	69,43%	20	10,36%	39	20,21%
Oftalmologie	1.071	436	40,71%	102	9,52%	533	49,77%
Neurologie	319	276	86,52%	30	9,40%	13	4,08%
Psychiatrie	1.726	1.369	79,32%	156	9,04%	201	11,65%
Pathologische anatomie	319	279	87,46%	28	8,78%	12	3,76%
Plastische chirurgie	241	80	33,20%	20	8,30%	141	58,51%
Chirurgie	1.575	1.192	75,68%	129	8,19%	254	16,13%
Neuropsychiatrie	424	336	79,25%	33	7,78%	55	12,97%
Pediatrie	1.566	1.294	82,63%	120	7,66%	152	9,71%
Pneumologie	429	377	87,88%	27	6,29%	25	5,83%
Nucleaire geneeskunde	319	290	90,91%	17	5,33%	12	3,76%
Radiologie	1.618	1.072	66,25%	82	5,07%	464	28,68%
Inwendige geneeskunde	2.108	1.881	89,23%	98	4,65%	129	6,12%
Radiotherapie	195	179	91,79%	9	4,62%	7	3,59%
Anesthesiologie	2.048	1.728	84,38%	53	2,59%	267	13,04%
Huisartsen 003-004	14.158	11.827	83,54%	225	1,59%	2.106	14,87%
Klinische biologie	703	684	97,30%	3	0,43%	16	2,28%
Acute geneeskunde	254	251	98,82%	1	0,39%	2	0,79%
Huisartsen 000-002	2.452	2.323	94,74%	7	0,29%	122	4,98%
Huisartsen 005-006	535	533	99,63%	1	0,19%	1	0,19%
Huisartsen 007-009	835	820	98,20%	1	0,12%	14	1,68%
Stagiairs	3.253	3.250	99,91%	0	0,00%	3	0,09%
Geriatric	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
Urgentiegeneeskunde	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
Algemeen totaal	43.197	34.306	79,42%	2.265	5,24%	6.626	15,34%

Bron: RIZIV, NCGZ doc. 2008/96

Tabel 10

IV.2. Akkoord van 17.12.2008 (B.S. 19.01.2009)

IV.2.1. De onderhandelingen

Traditiegetrouw was ook in 2008 een lange reeks vergaderingen nodig om terug tot een akkoord te komen. Nogal wat leden van de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen bekleegen zich post – factum dat ze op 20.12.2007 geen akkoord voor twee jaar hadden afgesloten. Het heette toen dat 2007 gekenmerkt was door “uitzonderlijke politieke omstandigheden”. We weten vandaag dat 2008 zo mogelijk nog uitzonderlijker was. Gelukkig dat artsen en ziekenfondsen geen akkoord per regering moeten afsluiten.

Nadat de medico-mut op 25.02.2008 de verrekening van het aantal toetredingen tot het akkoord van 20.12.2007 had vastgesteld (cfr. tabellen 6 tot 9), begonnen vanaf 07.04.2008 de onderhandelingen in de richting van een nieuw akkoord, en ditmaal voor twee jaar, 2009 en 2010. Gemiddeld werd elke maand een vergadering gehouden, behalve tijdens het zomerverlof. Vanaf november 2008 werd overgegaan naar overdrive met 5 werkgroepvergaderingen, meestal over besparingen. Enerzijds werd er gezocht naar aanvaardbare oplossingen in de sectoren waar belangrijke overschrijdingen werden vastgesteld van de voor 2008 vastgestelde budgetten en anderzijds in de geneesmiddelensector, waar de Regering een extra besparing van 42,5 miljoen aan de geneesmiddelensector oplegde die de voorschrijvende artsen moeten realiseren door zowel goedkoper als minder voor te schrijven. Op deze werkgroepvergaderingen werden telkens alle leden van de medico-mut uitgenodigd. Een handigheidje van de voorzitter, de Heer Jo De Cock, om de vergaderingen een informeel karakter te geven en om ondermeer de medische pers op afstand te houden, want werkgroepen komen niet tot officiële beslissingen. Op 15 en 17 december 2008 werd de vergadering van de medicomut formeel samengeroepen om uiteindelijk een akkoord af te sluiten op 17.12.2008.

IV.2.2. Het budget

Ondanks het uiterst slechte moment – de beurscrash en de bankencrisis “all over the world” overheersten de media – kon een gezondheidszorg budget worden uitgewerkt dat ook voor de artsen groei in hield. De globale RIZIV begrotingsdoelstelling steeg van € 6.094,825 voor 2008 naar 6.745,365 in 2009 of een toename met 10,7 %, index inclusief (cfr tabel 11).

RIZIV-begrotingsdoelstellingen: evolutie globaal en artsenhonoraria

Jaar	Totaal B.D. RIZIV in miljoen €	Totaal B.D. artsenhonoraria	
		in miljoen €	in % totaal RIZIV- budget
1970	850,868	340,347	40,0
1980	3.341,707	1.169,621	35,0
1990	7.070,908	2.944,600	41,6
1995	10.096,258	3.463,511	34,3
2000	12.412,731	3.999,748	32,2
2005	17.332,173	5.222,722	30,1
2006	18.454,063	5.533,123	30,0
2007	19.618,653	5.907,005	30,1
2008	21.433,957	6.094,825	28,4
2009	23.084,470	6.745,365	29,2

Bron : RIZIV; berekeningen Dr. M. MOENS.

Tabel 11

Niet alleen kon de lineaire index voor alle artsen worden afgedwongen (4,32 % of een bedrag van € 276,348 miljoen), maar bovendien werden ook extra financiële middelen toegekend voor een bedrag van € 50,195 miljoen. Het Kankerplan van minister Onkelinx bracht nog € 29,697 miljoen in het laatje, maar dat bedrag zal moeten gespendeerd worden volgens de inzichten van de minister. In totaal was er dus een financiële massa van € 376,348 miljoen ter beschikking (cfr tabel 12).

Geneesheren: beschikbare massa (in miljoen €)	
A) indexmassa	276,348
B) Andere	100,000
Nieuwe initiatieven	50,195
Kankerplan	29,697
Correcties regering (index of andere)	-13,817
Resterend budget uit projecten N0405/07 en N08/GS/00	1,268
Structurele maatregelen Medico-Mut	32,657
Totaal	376,348

Tabel 12

IV.2.3. Eerste commentaren

Het moeilijkst onderhandelbare punt betrof de gedeeltelijke conventie. Op maandag 15.12.2008 nam dat ene punt het grootste deel van de nachtelijke vergadering in beslag: ruim drie van de zeven uren onderhandelen. En dan nog “en petit comité” terwijl alle andere leden van de medico-mut zich onledig mochten houden. Het was een eis van Marc Justaert, voorzitter van de Landsbond der Christelijke mutualiteiten. Jo De Cock heeft uiteindelijk beide posities met elkaar kunnen verzoenen en CM-voorzitter Justaert heeft die nacht zeer veel water in zijn wijn moeten doen. Ook nog een tweede keer toen hij absoluut een minimum aantal prestaties wou vastleggen opdat men een sociaal statuut van het RIZIV zou kunnen bekomen. Daar werd hij door zijn socialistische ambtsbroeder, Guy Debacker, om 02u50 dinsdagochtend tot de orde geroepen en kreeg Justaert – nochtans voorzitter van het intermutualistisch college - helemaal nul op het rekest.

De deus ex machina oplossing van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord, om de volledige afschaffing te kunnen vermijden, beperkt de mogelijkheid tot het vragen van honorariumsupplementen voor de specialisten tot de ambulante verstrekkingen die tijdens maximum vier blokken van vier uur per week mogen georganiseerd worden¹¹⁴. Een aantal artsen vindt dat strikt onvoldoende en deze nieuwe reglementering zou er misschien kunnen toe leiden dat meer artsen het akkoord zullen weigeren in plaats van gedeeltelijk toe te treden.

De beroering omtrent de besparing van € 42,5 miljoen die in de geneesmiddelensector moet worden gevonden, begon al op het allerlaatste moment van de onderhandelingen op woensdag 17.12.2008. Indien de medico-mut zich niet engageerde om zelf een voorstel uit te werken, dan legde de Overheid bij wet een besparingsplan op. De Algemene Raad van het RIZIV had op vraag van de minister beslist dat, bij ontstentenis van een Medico-Mut alternatief dat evenveel besparingen opbracht, vanaf 01.01.2009 alle geneesheren,

¹¹⁴ Cfr punt 18.4.2. van het akkoord artsen – ziekenfondsen, B.S. 19.01.2009.

ongeacht hun specialisme, voor 54,5 % goedkope geneesmiddelen zouden moeten voorschrijven, geneesmiddelen op stofnaam (VOS) niet inbegrepen. De wettelijke basis werd hiervoor net op tijd gelegd.¹¹⁵ Voor een aantal specialismen betekent dat een onhaalbare kaart, tenzij ze hun patiënten nog verder weigeren te verzorgen.

In het zinnetje uit het punt a. van het akkoord “*het bevorderen van het voorschrijven bij een startbehandeling van de minst dure molecules*” nam de “s” in het woord molecules een ruime plaats in de debatten in. De inkt van de handtekeningen onder het akkoord van 17.12.2008 was nog niet droog of de discussie stak alweer de kop op. Er zijn immers detailverschillen tussen de bijlagen bij de tekst van het Nationaal akkoord die in het Belgisch Staatsblad staan afgedrukt en de bijlagen die Dr. Ri De Ridder, directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, op 20.01.2009 met het akkoord meestuurde aan alle Belgische artsen. Maandag 09.02.2009 wordt de zaak aangekaart in een daartoe speciaal bijeengeroepen vergadering van de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen. Wordt ongetwijfeld vervolgd.

IV.3. Accreditering

Zoals gebruikelijk geef ik in mijn jaarverslagen een overzicht van de stand van zaken in vergelijking met het voorgaande jaar, geklasseerd van meest naar minst geaccrediteerd specialisme (cfr. tabel 13). Abstractie makend van die éne geriater, zijn aan de kop van het peleton een aantal wijzigingen van posities merkbaar t.o.v. de voorgaande jaren. Aan de staart bevinden zich eens te meer vooral chirurgische specialismen.

¹¹⁵ Artikel 16 van de wet van 19.12.2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg (B.S. 31.12.2008).

Vergelijking aantal geaccrediteerde artsen 01.02.2008 - 01.02.2009

2009		Aantal actieven		Aantal geaccrediteerden		% geaccrediteerden	
		01.02.2008	01.02.2009	01.02.2008	01.02.2009	01.02.2008	01.02.2009
	Artsen 000-002	2.290	2.373	0	0	0,00	0,00
	Huisartsen 003-004	14.205	14.144	9.990	9.830	70,33	69,50
	Huisartsen 005-006	526	537	0	0	0,00	0,00
	Huisartsen 007-009	878	832	0	0	0,00	0,00
	TOTAAL	17.899	17.886	9.990	9.830	55,81	54,96
	Geneesheer-specialist in opleiding (GSO)	3.465	3.302	3	3	0,09	0,09
1	Geriatricie	1	1	1	1	100,00	100,00
2	Gastro-enterologie	529	565	417	443	78,83	78,41
3	Oftalmologie	1.064	1.070	842	830	79,14	77,57
4	Dermato-venereologie	704	715	567	554	80,54	77,48
5	Pneumologie	424	434	319	326	75,24	75,12
6	Neurologie	293	322	212	234	72,35	72,67
7	Pathologische anatomie	318	318	238	230	74,84	72,33
8	Fysische geneeskunde en fysiotherapie	492	496	355	355	72,15	71,57
9	Radiologie	1.588	1.620	1.163	1.147	73,24	70,80
10	O.R.L.	638	649	455	442	71,32	68,10
11	Reumatologie	254	251	170	170	66,93	67,73
12	Urologie	384	389	267	262	69,53	67,35
13	Urgentiegeneeskunde	0	3	0	2	0,00	66,67
14	Psychiatrie	1.679	1.727	1.126	1.151	67,06	66,65
15	Cardiologie	998	1.027	675	680	67,64	66,21
16	Nucleaire geneeskunde	319	319	211	202	66,14	63,32
17	Gynaecologie-verloskunde	1.421	1.463	929	923	65,38	63,09
18	Inwendige geneeskunde	2.086	2.131	1.308	1.320	62,70	61,94
19	Orthopedie	987	997	618	610	62,61	61,18
20	Anesthesie	1.990	2.054	1.237	1.247	62,16	60,71
21	Radiotherapie	182	196	124	119	68,13	60,71
22	Pediatrie	1.531	1.571	939	950	61,33	60,47
23	Klinische biologie	702	702	425	412	60,54	58,69
24	Acute geneeskunde	158	253	75	116	47,47	45,85
25	Neuropsychiatrie	441	420	210	192	47,62	45,71
26	Chirurgie	1.549	1.578	760	721	49,06	45,69
27	Neurochirurgie	186	193	79	82	42,47	42,49
28	Stomatologie	305	312	129	130	42,30	41,67
29	Plastische chirurgie	232	243	88	86	37,93	35,39
	TOTAAL SPECIALISTEN	21.455	22.019	13.939	13.937	64,97	63,30
	TOTAAL SPECIALISTEN + GSO	24.920	25.321	13.942	13.940	55,95	55,05
	ALGEMEEN TOTAAL	42.819	43.207	23.932	23.770	55,89	55,01

Tabel 13

Bron : RIZIV Accrediteringsstuurgroep 01.02.2009 en VBS- jaarverslag 02.02.2008 Dr. M. MOENS

Tabel 14 geeft de evolutie van het aantal artsen dat zich accrediteerde en dat sinds de invoering van het systeem. De gemiddelde accrediteringsgraad over die 14 jaar bedraagt bij de huisartsen 70,9 % en bij de specialisten 65,5 %. We herhalen dat alleen erkende geneesheren-specialisten of huisartsen geaccrediteerd kunnen worden.

Evolutie aantal artsen en percentage accreditering

Jaar	Huisartsen (003-004)		Algemeen geneeskundigen (000 t.e.m. 009)		GSO	Specialisten		Totaal	
	A	B	A	B		A*	A	B	A
1996	12.294	66,0	16.515	49,1	3.383	16.049	55,6	35.947	47,4
1997	12.548	72,0	16.940	53,4	3.314	16.390	67,8	36.644	55,0
1998	12.776	73,7	17.211	53,0	3.394	16.846	67,3	37.451	54,6
1999	13.025	75,0	17.349	56,3	3.450	17.273	72,3	38.072	58,5
2000	13.252	71,8	17.692	53,8	3.404	17.638	67,1	38.734	55,2
2001	13.477	72,4	17.917	54,5	3.456	18.126	67,4	39.499	55,7
2002	13.640	72,5	18.205	54,3	3.363	18.565	67,7	40.153	55,9
2003	13.781	70,0	18.224	52,9	3.459	19.069	64,8	40.752	54,0
2004	13.953	70,3	18.279	53,6	3.698	19.462	65,0	41.439	54,2
2005	14.040	70,9	18.332	54,3	3.505	19.872	66,0	41.713	55,3
2006	14.162	69,3	18.149	54,1	3.635	20.371	63,7	42.155	54,1
2007	14.295	69,3	17.973	55,1	3.606	20.838	64,3	42.417	54,9
2008	14.205	70,3	17.899	55,8	3.465	21.455	65,0	42.819	55,9
2009	14.144	69,5	17.886	54,96	3.302	22.019	63,3	43.207	55,0

1996 – 1997 : stand op 1 januari; vanaf 1998 stand op 1 februari

Tabel 14

A = absoluut aantal

B = % geaccrediteerd

A* = geneesheer-specialisten in opleiding kunnen in principe niet geaccrediteerd zijn, tenzij in uitzonderlijke overgangssituaties.

Bron: RIZIV, Accrediteringsstuurgroep 01.02.2009; VBS-jaarverslagen Dr. M. MOENS

Uit deze gegevens over de accreditering kunnen ook evoluties betreffende de groei of de afname van het aantal bij het RIZIV geregistreerde artsen worden afgeleid over de periode van één jaar (01.02.2008 tot 01.02.2009).

Het is logisch dat het aantal neuropsychiaters gestaag verder blijft krimpen (-5,9 %) want sinds 1995 worden er geen nieuwe meer opgeleid. Het is eveneens logisch dat het aantal artsen-specialisten in opleiding daalt sinds het effect van de numerus clausus is beginnen te spelen. De ruime groep van algemeen geneeskundigen (omschreven als "huisartsen") blijft ongeveer status quo. Maar uit de tabellen 4 en 5 van punt III.5.1 weten we dat het aantal kandidaat huisartsen significant afneemt van jaar tot jaar. Opmerkelijk is dat er een absolute stilstand is in de laboratoriumdisciplines pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde en klinische biologie.

De vijf sterkste procentuele groeiers zijn de plastische chirurgie (+ 4,7 %), de radiotherapie (+ 7,7 %), de gastro-enterologie (+ 8,9 %), de neurologie (+ 9,9 %) en de acute geneeskunde (+ 33,5 %). Die laatste discipline is nog zeer jong en het is dan ook niet meer dan logisch dat ze het sterkste groeipotentieel had en heeft. Ook de neurologie is nog relatief jong met groeipotentieel, want vroeger kozen een aantal collega's uit deze groep nog voor de beroepstitel neuropsychiater. Of de toename van het aantal plastisch chirurgen te maken heeft met de toegenomen belangstelling van het grote publiek voor deze discipline is een open vraag. De toename van het aantal radiotherapeuten en van de gastro-enterologen kan eventueel in het toenemende aantal kankerbehandelingen worden gezocht (cfr. tabel 15).

**% wijziging in aantal artsen in de periode
01.02.2008 - 01.02.2009**

Neuropsychiatrie	-5,9
GSO	-4,7
Reumatologie	-1,2
Totaal "huisartsen"	-0,1
Pathologische anatomie	+0,0
Nucleaire geneeskunde	+0,0
Klinische biologie	+0,0
Oftalmologie	+0,6
Fysische geneeskunde en Fysiotherapie	+0,8
Algemeen totaal	+0,9
Orthopedie	+1,0
Urologie	+1,3
Dermato-venereologie	+1,6
Totaal specialiteiten + GSO	+1,6
ORL	+1,7
Chirurgie	+1,9
Radiologie	+2,0
Inwendige geneeskunde	+2,2
Stomatologie	+2,3
Pneumologie	+2,4
Totaal specialisten	+2,6
Pediatrie	+2,6
Psychiatrie	+2,86
Cardiologie	+2,91
Gynaecologie-verloskunde	+3,0
Anesthesie	+3,2
Neurochirurgie	+3,8
Plastische chirurgie	+4,7
Radiotherapie	+7,7
Gastro-enterologie	+8,9
Neurologie	+9,9
Acute geneeskunde	+33,5

Bron: RIZIV, accrediteringsstuurgroep 01.02.2009 Tabel 15

V. ONCOLOGIE

Het verhaal van de oncologie doet me denken aan Saïdjah en Adinda in het boek "Max Havelaar", of "De koffieveilingen der Nederlandse Handelmaatschappij"¹¹⁶ dat in onze humaniorajaren verplichte literatuur was. De oncologiestory sleept zich al een decennium lang voort en dreigt dus eentonig te worden, zoals Mutatuli vreesde over zijn droevig verhaal in het koloniale Nederlands-Indië.

Nochtans was er een positief interludium met de creatie van het zorgprogramma oncologie dat na veel overleg met Minister Magda Aelvoet tot stand kwam in 2003. Het was uiteindelijk toenmalig AGALEV minister Jef Tavernier – een ministerieel interludium - die het Koninklijk besluit mocht ondertekenen^{117, 118}.

¹¹⁶ Boek van Eduard Douwes Dekker, alias Multatuli, Brussel. 1859.

¹¹⁷ Koninklijk besluit van 21.03.2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend (B.S. 25.04.2003).

¹¹⁸ Cfr. VBS Jaarverslag 2006, "Reglementeren tot der dood", punt VIII.4.3.

Sindsdien zit de situatie muurvast. De medisch oncologen willen het oncologie monopoly, de “orgaanspecialisten” willen autonoom de oncologie in hun eigen disciplines leiden, uiteraard in overleg met de medisch oncologen en ander disciplines. Voor de hallucinante peripetieën van dit dossier, met ondermeer de 133 fouten in het originele M.B. van 11.05.2007 dat de creatie publiceerde van de “medisch oncoloog”, verwijs ik naar mijn verslag van vorig jaar¹¹⁹.

Om de koppigheid van minister Dominique De Valeriola, sorry Laurette Onkelinx, te illustreren, verwijs ik naar de creatie van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de pediatrie hematologie en oncologie¹²⁰. Unaniem was de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen van oordeel dat er geen aparte erkenningcommissie moest worden opgericht voor deze zeer beperkte groep van superspecialisten. Op 05.09.2008 ontvingen wij een brief van de Heer Michel Van Hoegaerden, Directeur – Generaal basisgezondheidszorg en Crisisbeheer bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, met de mededeling dat de minister beslist had toch zo een erkenningcommissie op te richten, weliswaar “*in samenwerking met de erkenningcommissie voor pediatrie*”. De Hoge raad had gevraagd enkele hemato-oncologische experts in de erkenningcommissie pediatrie uit te nodigen wanneer de enkele dossiers per jaar die er zouden moeten worden besproken en erkend aan bod zouden komen. En dus werd de BVAS – met wie we in de dossiers van de erkenningscommissies al jarenlang vlot samenwerken - via de openingszin “*Geachte Heer Decaan: betreft : oprichting van een erkenningscommissie in de pediatrie hematologie en oncologie*” uitgenodigd om “*acht kandidaten op een lijst in dubbeltallen voor te dragen*”. We werden dus verzocht om 16 pediatrie hematoloog-oncologen voor te dragen, op twee lijsten, zodat de minister haar keuze zou kunnen maken.

Ik vermoed dat de universiteiten een analoge brief zullen hebben ontvangen die begint met “Geachte Heer Vertegenwoordiger van de Beroepsvereniging” of iets dergelijks. Nog een geluk dat de brief ditmaal in het Nederlands was opgesteld en dat de termen “de minister” dus geen geslachtsaanduiding inhouden, zoniet was minister Laurette Onkelinx allicht nogmaals als “le ministre” vermeld¹²¹.

Bij een onderhoud dienaangaande op 10.09.2008, met Mevrouw Laurence Bovy, kabinetschef van minister Onkelinx, beloofde zij me de zaak te zullen herbekijken.

En inderdaad, op een parlementaire vraag van volksvertegenwoordiger Luc Goutry, CD&V, over de bijkomende bekwaming “*en in de oncologie*” voor de “*orgaanspecialisten*” las staatssecretaris Jean-Marc Dëlizée op 09.11.2008 het antwoord van Onkelinx voor: “*voor hematologie en pediatrie oncologie, waarvoor er weinig specialisten en erkenningsaanvragen zijn, zal de commissie pediatrie bevoegd zijn*”.

Jammer genoeg lezen we in datzelfde antwoord ook: “*Het advies van de Hoge Raad is dat de erkenningscommissie voor de basisspecialiteit beslist over de aanvragen over bijzondere competenties in de oncologie, eventueel samen met experts in die basisspecialiteit. Minister Onkelinx vreest echter dat de criteria om de bijzondere kwalificatie in de oncologie te verkrijgen dan zullen verschillen per basisspecialiteit. Ze vindt het bovendien niet opportuun dat geneesheren-specialisten beslissen over de toekenning van deze competentie aan gelijken. De minister heeft daarom beslist om een unieke commissie voor Oncologie in het leven te roepen, die is samengesteld uit geneesheren van de verschillende basisspecialiteiten die competent zijn op het vlak van oncologie.*” Einde citaat.

Van zoveel wijsheid wordt een mens even stil. We aarzelen nog om de minister van Middenstand voor te stellen om de beroepsvereniging van de bakkers de regels voor de beenhouwers te laten schrijven en vice versa. Ergerlijk werd het helemaal toen de 101 leden

¹¹⁹ VBS Jaarverslag 2007, “Toscanië aan de Zenne”, punt V. Oncologie

¹²⁰ Ministerieel besluit van 14.05.2007 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de pediatrie hematologie en oncologie (B.S. 06.06.2007).

¹²¹ Cfr. III.3.4. “Euthanasieregistratie als dienst met toegevoegde waarde”.

van de Hoge Raad werden uitgenodigd om, twee dagen na het bekend maken van het standpunt van de minister in het Parlement, op 11.12.2008 te vergaderen met ondermeer op de agenda de bespreking van een ontwerp van ministerieel besluit dat de erkenning van de gastro-enterologische oncologie zou toevertrouwen aan de erkenningscommissie voor gastro-enterologie. Prof. Gruwez heeft voorgaand citaat met het ministerieel standpunt vorgelezen, en ondergetekende heeft voorgesteld van niet langer te laten sollen met de Hoge Raad en dus geen advies af te leveren. Dit voorstel werd unaniem gevolgd door de aanwezige leden. En dus is de patstelling nu volledig: de minister kan immers geen besluiten nemen zonder advies van de Hoge Raad. Wat in dat advies staat, heeft de minister aangetoond dat dit totaal van geen tel is, maar ze moet wel een advies hebben. Of de specialisten nog lang de Saïdjah en Adinda zullen moeten spelen in dit eentonige verhaal en wat de Hoofden van Lebak zullen hebben beslist, weten we misschien tegen het moment van mijn volgend jaarverslag.

VI. JURIDISCHE PROCEDURES

VI.1. Inleiding

Vooraleer te beslissen of een vordering tot nietigverklaring bij de Raad van State of het Grondwettelijk Hof wordt ingeleid, wordt meestal een extern juridisch advies ingewonnen. De bedoeling is natuurlijk onze financiële VBS-middelen optimaal te besteden want het doorlopen van een volledige procedure is veel kostelijker dan een eenmalige, oriënterende analyse. Als gevolg van een negatief extern advies werd in 2008 afgezien van een vordering tegen het K.B. van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod¹²².

De procedures tot schorsing en/of vernietiging die ingeleid worden voor de Raad van State worden gekenmerkt door een zeer groot formalisme. Een belangrijk percentage van de vorderingen wordt onontvankelijk verklaard op basis van zuiver administratieve gronden. Zo oordeelt de Raad van State dat een beslissing om in rechte op te treden moet genomen worden door minstens de helft van alle bestuursleden. Nochtans staat dit niet in de wet op de beroepsverenigingen en staat dit evenmin in de statuten van het VBS. We werden met deze rigide houding geconfronteerd toen de Raad van State het VBS verzoekschrift tot nietigverklaring verwierp tegen het K.B. van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen¹²³.

Eind 2008 heeft het zeer procedurele en administratieve karakter van de Raad van State in de kaart gespeeld van het VBS, maar niet in een zaak waar het VBS zelf in tussenkwam. In 2007 heeft het VBS melding gemaakt van haar pyrrusoverwinning¹²⁴ met betrekking tot de vernietiging¹²⁵ van het besluit van het M.B. van 1 oktober 2002 tot wijziging van het M.B. van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen¹²⁶. Het VBS had deze vernietiging gevorderd omdat dit M.B. de juridische basis legde voor de discriminatie tussen kandidaat huisartsen en kandidaat specialisten. De kandidaat huisarts kan volgens dit M.B. zijn opleiding in de huisartsgeneeskunde aanvatten na het 6^{de} studiejaar geneeskunde, terwijl de kandidaat specialist zijn specialistische opleiding slechts kan aanvatten na het 7^{de} studiejaar. Maar ondertussen was het M.B. van 1 oktober 2002 vervangen door een nieuw M.B. dat de opleiding tot huisarts regelt, namelijk dat van 21 februari 2006¹²⁷. Het

¹²² B.S. 18.06.2008

¹²³ "Toscanië aan de Zenne". VBS Jaarverslag 2007, punt VI.2.1.

¹²⁴ "Toscanië aan de Zenne". VBS jaarverslag 2007, punt VI.2.3

¹²⁵ Arrest nr. 166.915 van de Raad van State van 18 januari 2007

¹²⁶ B.S. 23.10.2002

¹²⁷ MB van 21 februari 2006 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van huisartsen (B.S. 27.02.2006)

VBS was uit het oog verloren om binnen de wettelijke termijn van 60 dagen ook tegen dit nieuwe M.B. een vordering tot nietigverklaring in te dienen.

Maar, tot onze verbazing hebben we ontdekt dat de vzw Brussels Dienstbetoon en Dr. Joost Rampelberg, huisarts te Brussel, wel een vordering tot nietigverklaring hebben ingeleid tegen dit besluit. Hun vordering had helemaal niet de discriminatie tussen de huisartsen en specialisten op het oog, maar hekelde één van de erkenningscriteria, met name de verplichting om minstens één keer in de loop van vijf opeenvolgende jaren 500 patiëntcontacten te totaliseren. De Raad van State heeft het aangevochten besluit in zijn geheel vernietigd¹²⁸ omdat niet kon aangetoond worden dat de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen in aantal was om een advies te kunnen verstrekken over dit besluit. Als gevolg van de vernietiging van het besluit van 21 februari 2006 is het besluit van 3 mei 1999 gewijzigd door het besluit van 1 oktober 2002 opnieuw van kracht. Maar gezien artikel 1 van het besluit van 1 oktober 2002 werd vernietigd door de Raad van State op vraag van het VBS vallen we terug op het originele besluit van 3 mei 1999. Gevolg: momenteel kan het 7^{de} studiejaar tot het bekomen van de graad van arts niet langer beschouwd worden als het eerste jaar opleiding in de huisartsgeneeskunde. Met andere woorden, de huisartsenopleiding duurt nu drie jaar na het bekomen van het studie diploma van arts. Door toedoen van de Brusselse strijders voor de Vlaamse zaak en zonder zelf als VBS tussen te komen werd de discriminatie tussen kandidaat huisartsen en kandidaat specialisten ongedaan gemaakt, al is het misschien maar voor korte tijd. Maar zowel VBS als BVAS wilden en willen nog steeds die discriminatie ongedaan maken door de studie te reduceren tot zes jaar en door iedereen te laten starten met zijn specialisatie vanaf het zevende jaar. De universiteiten waren daar absoluut niet mee akkoord om evidente (financiële) redenen.

Indien de Hoge Raad een rechtsgeldig advies geeft¹²⁹ over een ongewijzigde vorm van het M.B. tot erkenning van de huisartsen dan is het zeer waarschijnlijk dat het VBS dit keer niet zal nalaten om een nieuwe vordering tot nietigverklaring in te leiden tegen een nieuw besluit die deze discriminatie zou bestendigen¹³⁰. Op het ogenblik van de redactie van dit jaarverslag is de nieuwe tekst die aan de Hoge Raad zal voorgelegd worden nog niet beschikbaar.

Een procedure voor de Raad van State is een lange termijn project. Inderdaad, het is niet ongebruikelijk dat 5 tot 10 jaar verlopen tussen de inleiding van de vordering en de uitspraak door de Raad van State. Een gunstige uitspraak heeft dan ook dikwijls een bittere nasmaak. Ofwel heeft iedereen zich ondertussen neergelegd bij de als onaanvaardbaar aangevoelde, maar toch enig wettelijke situatie, ofwel heeft een ander besluit het aangevallen besluit ondertussen vervangen, zoals gebeurde met het hierboven aangehaalde ministerieel besluit over de erkenningscriteria voor huisartsen.

Op burgerlijk vlak is het in de meeste gevallen bovendien te laat om een schadevordering in te leiden gezien de geldende verjaringstermijnen. Als gevolg van de wet van 25 juli 2008¹³¹ is

¹²⁸ Arrest nr. 188.466 van 4 december 2008

¹²⁹ Dus met het nodige quorum. Of het een positief of een negatief advies is maakt juridisch voor de minister niks uit. Voor de Raad van State kan het later wel van belang zijn want als een partij een verzoekschrift tot nietigverklaring wil indienen dan zou de Raad van State kunnen opmerken dat de verzoekende partij bij de bespreking in de Hoge Raad had ingestemd met het voorstel van advies.

¹³⁰ Op 05.02.2009 werd een uitzonderlijke vergadering van de Hoge Raad bijeengeroepen met als enige agendapunt "Advies over het ontwerp van ministerieel besluit tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen". Indien deze vergadering niet in aantal is om een advies uit te brengen is een tweede vergadering voorzien op 12 februari 2009 die geldig kan beslissen ongeacht het aantal aanwezigen.

¹³¹ Wet van 25 juli 2008 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek en de gecoördineerde wetten van 17 juli 1991 op de Rijkscomptabiliteit met het oog op het stuiten van de verjaring van de vordering

hierin nu een wijziging gekomen. Artikel 2 van deze wet bepaalt immers dat een beroep tot vernietiging van een administratieve handeling bij de Raad van State dezelfde gevolgen heeft ten opzichte van de vordering tot herstel van de schade veroorzaakt door de vernietigende administratieve handeling als een dagvaarding voor het gerecht. Zelfs 10-jaar na datum kan vanaf nu dus nog een vordering tot financieel schadeherstel worden ingeleid.

VI.2. Vorderingen door het VBS ingeleid of medegefinancierd in 2008.

VI.2.1. Het beschikbaarheidshonorarium¹³².

Artikel 3 van het K.B. van 29.04.2008 bepaalt de basisspecialismen¹³³ of groepen¹³⁴ van basisspecialismen die recht hebben op een beschikbaarheidshonorarium, voor zover ze effectief beschikbaar zijn en ze effectief naar het ziekenhuis komen indien zij daartoe opgeroepen worden.

Om de uitgaven te beheersen voorzag het oorspronkelijke ontwerp van dit besluit daterend van 2007 in een dergelijk honorarium voor slechts 5 basisdisciplines: de inwendige geneeskunde, de chirurgie, de anesthesie, de pediatrie en de radiodiagnose. Het advies van de Raad van State over dit ontwerp was vernietigend gezien het een onaanvaardbare discriminatie invoerde t.o.v. de andere disciplines opgesomd in art. 10§1 van het KB van 27 april 1998¹³⁵ houdende de erkenning van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg.

Ondanks het feit dat het besluit van 29 april 2008 rekening hield met de opmerkingen van de Raad van State, werden een aantal basisspecialismen toch niet opgenomen omdat ze niet worden vermeld in het artikel 10§1 van het K.B. van 24.04.1998. Nochtans nemen zij even zeer deel aan de wachtdiensten en moeten zij in praktijk ook dikwijls ingrijpen in dringende gevallen en dus beschikbaar zijn. Ondermeer de urologen, de klinisch biologen, de neurochirurgen en de stomatoloog-MKA-artsen beslisten tot actie over te gaan en dienden een verzoekschrift tot nietigverklaring in bij de Raad van State. Zoals uitdrukkelijk voorzien in de erkenningscriteria is voor de stomatologen-MKA-artsen het behoud van hun bijzondere beroepstitel in de algemene tandheelkunde afhankelijk van hun deelname aan een georganiseerde wachtdienst¹³⁶. En ooit was de aanwezigheid van een neurochirurg een voorwaarde om over een gespecialiseerde spoedgevallen dienst te kunnen beschikken.

tot schadevergoeding ten gevolge van een beroep tot vernietiging bij de Raad van State (BS 22.08.2008).

¹³² KB van 29 april 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdienst (B.S. van 22.05.2008)

¹³³ 1° geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde of cardiologie of pneumologie of gastroenterologie of in de geriatrie; 2° geneesheer specialist in de heelkunde; 3° geneesheer specialist in de anesthesie-reanimatie; 4° geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, indien het ziekenhuis beschikt over een erkende M-dienst; 5° geneesheer specialist in de pediatrie, indien het ziekenhuis beschikt over een erkende E-dienst; 6° geneesheer specialist in de röntgendiagnose; 7° geneesheer specialist in de orthopedische heelkunde; 8° geneesheer specialist in de otorhinolaryngologie; 9° geneesheer specialist in de oftalmologie; 10° geneesheer specialist in de psychiatrie of de neurologie of de neuropsychiatrie

¹³⁴ In het kader van het akkoord 2009-2010 werd de groep 10 opgesplitst in neurologen en psychiaters. Beide specialismen zullen dus hun rechten kunnen laten gelden op een volledig beschikbaarheidshonorarium.

¹³⁵ KB van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden. (BS 19.06.1998)

¹³⁶ Ministerieel besluit van 29 maart 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts. (BS 31.05.2002)

De verschillende subspecialismen van de inwendige geneeskunde en in het bijzonder de cardiologen, de pneumologen, de gastro-enterologen en de geriaters hebben eveneens een gegronde reden om deze vordering te steunen. Er is immers slechts één beschikbaarheidshonorarium voorzien te verdelen onder deze 5 basisdisciplines.

Het zou logisch en billijk zijn dat iedere arts die effectief deelneemt aan een georganiseerde wachtdienst en die opgenomen is in artikel 1 van het K.B. van 25 november 1991¹³⁷ zijn recht moet kunnen laten gelden op dit beschikbaarheidshonorarium. De beperking van het aantal basisspecialismen dat hier zijn rechten kan op laten gelden is uitsluitend een budgettaire probleem.

De vraag kan effectief gesteld worden of de lijst van de disciplines opgesomd in art. 10§1 van het K.B. van 27 april 1998 nog beantwoordt aan de actuele stand van de geneeskunde in onze huidige samenleving. Deze lijst is mogelijks achterhaald en moet misschien aangepast worden.

De betaling van het beschikbaarheidshonorarium voor het eerste semester 2008 heeft al enkele problemen aan het licht gebracht. Het is niet ongevoel dat voor bepaalde disciplines met doorgaans minder drukke wachtdiensten, zoals bijvoorbeeld NKO en oftalmologie, een arts op de wachtlijsten wordt vermeld van meer dan één ziekenhuis. Het is nooit de bedoeling geweest van de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen om het forfaitaire honorarium meermaals per ziekenhuis uit te betalen aan éénzelfde arts. Deze situatie had het RIZIV er aanvankelijk toe gebracht om de betaling van de beschikbaarheidshonoraria van alle artsen in ziekenhuizen waar dergelijke situatie zich voordeed te verdagen, tot een oplossing werd uitgewerkt.

Wetende dat dit een nomenclatuurwijziging vergt, en met de ervaring dat een “bliksemsnelle” nomenclatuurwijziging als gauw 1,5 à 2 jaar in beslag neemt, heeft ondergetekende krachtig geprotesteerd bij de RIZIV- top en werden deze honoraria voor het eerste semester 2008 toch volledig uitbetaald tegen het einde van het jaar. Met het nodige voorbehoud voor de artsen die voor meer dan één ziekenhuis beschikbaar waren. In het akkoord 2009-2010¹³⁸ wordt uitdrukkelijk bepaald dat artsen die beschikbaar zijn voor verschillende ziekenhuizen slechts éénmaal hun recht kunnen laten gelden op het beschikbaarheidshonorarium. Bovendien zal de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen een globale herziening van het systeem van de permanenties en de beschikbaarheden in en voor het ziekenhuis voorbereiden. Maar dat moet gebeuren via de klassieke weg binnen het RIZIV met andere woorden via de Technisch geneeskundige raad, de Nationale commissie artsen – ziekenfondsen, de Budgetcontrolecommissie, het Verzekeringscomité, etcetera om dan uiteindelijk in een Koninklijk besluit in het Belgisch Staatsblad te verschijnen.

VI.2.2. Vrijwillige tussenkomst in de procedure in beroep tegen het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg van Antwerpen van 09.05.2008. Tenlastelegging op de honoraria van de artsen van de kostprijs van de niet in de nomenclatuur opgenomen implantaten.

Bij een vonnis van de rechtbank van eerste aanleg van Antwerpen¹³⁹ werd een arts veroordeeld tot het ten laste nemen van de kostprijs van de voor de chirurgische ingreep gebruikte implantaten. Het betrof implantaten die niet voorzien zijn in de nomenclatuur. De

¹³⁷ KB van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde (BS 14.03.1992)

¹³⁸ Punt 11.2 van het Nationaal Akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010

¹³⁹ Vonnis van de rechtbank van 1ste aanleg van Antwerpen van 9.05.2008 in de zaak met rolnummer 06-7250-A.

patiënt was vooraf degelijk ingelicht over de kostprijs van de implantaten, had uitdrukkelijk zijn toestemming gegeven en had in een eerste stadium deze implantaten ook betaald. Achteraf heeft de christelijke mutualiteit namens haar lid een vordering ingeleid ten einde de terugbetaling van de kostprijs van de implantaten te eisen.

In casu bedraagt de kostprijs van de gebruikte implantaten +/- 3.000 €. Het honorarium voor de chirurgische ingreep bedraagt +/- 700 €. Op basis van art. 139bis van de (oude) ziekenhuiswet¹⁴⁰ besliste de rechter dat alle voor de ingreep gebruikte materialen en implantaten die niet zijn opgenomen in de nomenclatuur en die niet worden vergoed door het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, gedekt dienen te worden door de honoraria van de geneesheren. De rechter voegt er nog uitdrukkelijk aan toe dat het feit dat de implantaten een veelvoud kosten van de honoraria van de arts niet ter zake dienend is. Indien deze beslissing zou bevestigd worden in beroep betekent dit een ware kaakslag en een financiële bedreiging voor alle artsen. Dergelijke uitspraak in beroep zal ongetwijfeld een rem zetten op de ontwikkeling van de geneeskunde. Welke arts zal nog implantaten gebruiken die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, zelfs wanneer hij op die manier verplicht wordt een geneeskunde uit te oefenen die niet overeenkomt met de huidige stand van de wetenschap? Wat aan de patiënt achteraf een voldoende grond zou kunnen verschaffen om, in het kader van de toekomstige "no fault"- wet, een schadevergoeding te vorderen van zijn behandelende arts.

Het VBS werd door de raadsman van het UZ Antwerpen, verwerende partij in deze zaak, gecontacteerd om vrijwillig tussen te komen in de procedure in beroep. Het VBS is daar op ingegaan enerzijds om een grotere draagkracht te geven aan de door het ziekenhuis en haar geneesheren ontwikkelde argumentatie en anderzijds om de zonet vermelde principiële redenen.

VI.3 Uitspraken.

VI.3.1. Het Vlaams decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem¹⁴¹

Op 14 februari 2008¹⁴², enkele dagen na de Algemene Vergadering van vorig jaar, heeft het Grondwettelijk Hof uitspraak gedaan in de vordering tot nietigverklaring ingeleid door het VBS tegen het decreet van de Vlaamse gemeenschap van 16 juni 2006 betreffende het gezondheidsinformatiesysteem (G.I.S.). De vordering van het VBS werd ingewilligd voorzover het decreet niet voorziet in een schriftelijke toestemming van de patiënt voor de opname van zijn medische gegevens in een alles omvattend medisch register. Bovendien schrapt het Grondwettelijk Hof het recht op inzage in de persoonlijke notities van de arts, naar analogie met de wet op de patiëntenrechten. Dit is voor de artsen van groot belang.

In het kader van het structureel overleg met de artsenorganisaties, georganiseerd door Vlaams (ondertussen ex-) Minister Steven Vanackere, werd ons door de Heer Chris Vander Auwera, administrateur-generaal bij het Vlaams ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin duidelijk gemaakt dat zijn administratie niet onverdeeld gelukkig was met dit arrest. Hij legde de nadruk op de administratieve lastenverzwaring, gezien de stilzwijgende toestemming van de patiënt niet langer de regel is. Ons standpunt blijft dat de Vlaamse administratie niet achter de rug van de patiënt om het even wat met zijn medische gegevens kan doen, en dat bovendien de Belgische wetgeving in verband met de rechten van de patiënt ook door de Vlaamse administratie moet gerespecteerd worden.

¹⁴⁰ Artikel 154 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 10.07.2008 houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (B.S. 07.11.2008)

¹⁴¹ Vlaams decreet van 16.06.2006 (BS 07. 09.2006)

¹⁴² Arrest nr. 15/2008 – BS 12.03.2008

VI.3.2. Radiotherapie – jaarlijks heffing door het FANC ten laste van de laboratoria in vivo.

Dit dossier wordt blijkbaar een jaarlijks terugkomend onderwerp¹⁴³.

In het jaarverslag van 2006¹⁴⁴ kon het VBS met genoegen meedelen dat de vordering tot nietigverklaring tegen het K.B. van 24 augustus 2001 ontvankelijk en gegrond werd verklaard door de Raad van State. De Raad van state oordeelde immers dat de jaarlijkse heffing niet de vergoeding betrof van een door de FANC¹⁴⁵ verstrekte dienst aan deze laboratoria.

Dit was echter buiten de waard gerekend. Om te ontsnappen aan de financiële consequenties van dit arrest, heeft de Belgische Staat op 26 april 2007 door de Kamer en op 27 april 2007 door de Senaat - met andere woorden net voor de ontbinding van het Parlement op 2 mei 2007 - een wet¹⁴⁶ laten stemmen met terugwerkende kracht tot 2001 zodat het FANC toch een wettelijke grond zou hebben om deze heffing te innen.

Op basis van het arrest van het Grondwettelijk Hof van 15 januari 2009¹⁴⁷ kan nu op zijn beurt de Belgische Staat victorie kraaien. Het Grondwettelijk Hof oordeelt immers dat het algemeen belang om de financiering van het FANC te garanderen de retro-activiteit van deze wet rechtvaardigt. Er wordt echter wel een voorbehoud gemaakt ten opzichte van de laboratoria die op basis van een in kracht van gewijsde gedaan arrest de terugbetaling van deze 'heffing' hadden bekomen. Het retroactieve karakter van deze wet zou in dit geval immers een van de fundamentele basisprincipes van scheiding der machten van ons rechtsstelsel schenden, omdat het vonnis van het Grondwettelijk Hof de gevolgen van een definitief geworden gerechtelijke beslissing in vraag zou stellen. En uit onze politieke analyse¹⁴⁸ blijkt dat de Belgische Justitie daar angstvallig over waakt.

Op juridisch vlak is de overweging van het grondwettelijk hof in het punt B.8.2 van dit arrest toch wel opmerkelijk en dus zeer vermeldenswaard. De eisende partijen hadden onder meer de manier waarop deze wet tot stand was gekomen aangevochten. De wet werd immers door de Koning bekrachtigd en gepubliceerd na de ontbinding van het Parlement. Dit dossier kon echter moeilijk beschouwd worden als een lopende zaak. Het Grondwettelijk Hof stelt echter dat zij uitsluitend bevoegd is om de inhoud van de wet te toetsen aan de Grondwet, maar dat het onderzoeken van de manier waarop de wet tot stand is gekomen niet tot haar bevoegdheid behoort. De overheid kan dus in alle gemoedsrust de procedureregels aan haar laars lappen. Alleen het resultaat telt. Ontnuchterend! Hopelijk wordt dit arrest geen inspiratie voor onze huidige en toekomstige regeringen.

¹⁴³ Het onderwerp werd voor het eerst aangesneden in het VBS-jaarverslag 2001; "11 september 2001: Frank Vandenbroucke drukt zijn stempel op het gezondheidsbeleid". Punt X.9

¹⁴⁴ VBS-jaarverslag 2006 "Reglementeren tot der dood". Punt VI.2.3.

¹⁴⁵ Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle

¹⁴⁶ Wet van 15 mei 2007 tot wijziging van de wet van 15 april 1994 betreffende de bescherming van de bevolking en van het leefmilieu tegen de uit ioniserende stralingen voortspruitende gevaren en betreffende het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle. (BS 08.06.2007)

¹⁴⁷ Arrest van 15 januari 2009 nr. 4373

¹⁴⁸ cfr Punt II.2.

VI.3.3 Terugbetaling van de prestaties van de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde versus de kinesitherapeut ¹⁴⁹.

In 2004 werd door de beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de fysische geneeskunde een vordering tot nietigverklaring ingeleid tegen het K.B. van 19 maart 2004 waarbij het persoonlijk aandeel van de patiënt bepaald wordt in functie van het feit of de prestatie uitgevoerd werd door de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde, bijgestaan door een kinesitherapeut, of door een kinesitherapeut alleen. In dit laatste geval was het persoonlijk aandeel van de patiënt minder hoog dan wanneer de prestaties uitgevoerd werden door de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde, bijgestaan door een kinesitherapeut. De Raad van State heeft dit besluit vernietigd. En, hoe kan het anders, weeral op basis van het niet naleven van een formele procedureregulering. De Belgische Staat had immers in haar verzoek tot advies aan de Sectie wetgeving van de Raad van State niet op afdoende wijze de hoogdringendheid gemotiveerd die zij had ingeroepen om een advies binnen een termijn van 5 werkdagen af te dwingen. Jammer genoeg heeft de Raad van State zich er met deze vormelijke opmerking vanaf gemaakt en heeft hij de grond van het dossier niet onderzocht.

VI.3.4. De bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde en de acute geneeskunde ¹⁵⁰.

In dit dossier heeft het VBS op grond van een procedurele reden een blauwtje opgelopen ¹⁵¹. Gezien er vóór het einde van de wettelijke termijn om een vordering in te leiden bij de Raad van State ¹⁵² geen vergadering gepland was van het VBS-bestuurscomité, werd de beslissing een vordering tot nietigverklaring in te leiden genomen door het Uitvoerend Comité. Het bestuurscomité heeft achteraf deze beslissing bekrachtigd. De Raad van State oordeelt echter dat deze bekrachtiging had moeten tussenkomen binnen de termijn van 60 dagen. Begrijpe wie kan! Indien het Bestuurscomité tijdig de beslissing had kunnen nemen was er geen bekrachtiging nodig geweest van de beslissing van het Uitvoerend Comité. Het is duidelijk dat De Raad van State op deze manier de snelste weg heeft gekozen om door zijn bergen verzoekschriften te geraken (cfr. ook I.3.4.).

VI.3.5. De revalidatie.

Niettegenstaande deze vordering niet werd ingeleid door het VBS maar door de Belgische reumatologen vereniging, lid van het VBS, wilden wij u dit sterk staaltje van formalisme van de Raad van State ¹⁵³ niet onthouden. De ingeleide vordering had tot doel de nietigverklaring van de interpretatieregels nummers 13 en 14 van artikel 22 van de nomenclatuur te bekomen. Om de vordering te verwerpen steunt de Raad van State zich o.m. op volgende redenering.

Ze stelt eerst en vooral vast dat artikel 10 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen bepaalt dat onder de kenletter O begrepen wordt de “specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie en de specialist voor functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten”. Het KB van 25 november 1991 houdende de lijst van de bijzondere

¹⁴⁹ K.B. van 19 maart 2004 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. (B.S. 29.03.2004)

¹⁵⁰ K.B. van 17 februari 2005 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde (B.S. 06.04.2005)

¹⁵¹ Arrest nr. 186.204 van de Raad van State van 11 september 2008

¹⁵² dit wil zeggen binnen de 60 dagen na de publicatie in het Belgisch Staatsblad

¹⁵³ Arrest nr. 184.115 van de Raad van state van 12 juni 2008.

beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde voorziet in zijn artikel 2 dat de houders van één van de bijzondere beroepstitels, vermeld in artikel 1, een beroepstitel vermeld in dit artikel 2 kunnen bekomen waaronder “en **in** de functionele en professionele revalidatie van gehandicapten”. Dus besluit de Raad van State dat de reumatoloog nooit de bijzondere beroepstitel **voor** functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten kan verwerven. De Raad van State geeft als simpele reden aan dat deze beroepstitel immers niet bestaat. De vraag naar het nut voor de geneesheren-specialisten in opleiding om nog de bijzondere beroepstitel in de functionele en professionele revalidatie van gehandicapten te verwerven is bij deze gesteld. We houden ons hart vast. Stel dat ergens een op besparingen beluste, noest werkende kabinetsmedewerker of ambtenaar de ongebreidelde mogelijkheden van dit formalisme ontdekt, dan kan binnenkort waarschijnlijk geen enkele erkende specialist nog prestaties van de nomenclatuur attesteren.

Ter illustratie nemen we de discipline die als eerste op de lijst van het tweede lid van het bewuste artikel 10 §1 van de nomenclatuur wordt vermeld:

“K.B. 12.8.1994” (inwerking 1.1.1995) “C, specialist **voor** anesthesie-reanimatie”.

Maar, in het artikel 1 van het K.B. van 25 november 1991¹⁵⁴ volgt, onmiddellijk na de huisarts, als eerste specialistische beroepstitel de “**geneesheer-specialist in de anesthesie en reanimatie**”. Als nog eens een Staatsraad **onder** het mes moet, zullen we hem het arrest nr. 184.115 van zijn collega’s van 12 juni 2008 onder de neus duwen om hem te verklaren waarom de operatie doorgaat zonder verdoving. Bij gebrek aan bevoegde specialisten **voor** mevrouw of mijnheer de Staatsraad **in** het operatiekwartier.

Maar eigenlijk kan hij/zij helemaal niet geopereerd worden in ons door onszelf zo geprezen systeem van de Belgische ziekteverzekering. Want, het tweede lid van het bewuste artikel 10 §1 van de nomenclatuur vermeldt als tweede discipline: “D, specialist voor heelkunde;”. En dat specialisme bestaat al evenmin want artikel 1 van het KB van 25 november 1991 heeft het over de “**geneesheer specialist in de heelkunde**.”

We kunnen alleen maar groen lachen om zoveel misplaatst “Dit is Belgisch”. Of ons laten hypnotiseren als we in een O.K. belanden.

En als het dan toch op formalisme aankomt, kunnen we u dit pareltje niet onthouden. De verweerder, zijnde het RIZIV, verklaart dat de geneesheer-specialist in de reumatologie opgenomen is onder de kenletter “FO” een “subdivisie van de inwendige *heelkunde*” (sic)!

VII. DIENSTHOOFDSCHAP ZIEKENHUISLABORATORIUM¹⁵⁵

Met zijn arrest 173.407 van 12 juli 2007 had de Raad van State punt 4 van artikel 6 van het ministerieel besluit van Marcel COLLA van 30.04.1999 over de opleiding tot geneesheer-specialist geschrapt¹⁵⁶. Het VBS en zijn beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de medische biopathologie is immers van mening dat ook in de dienst klinisch laboratorium van een ziekenhuis het diensthoofd een geneesheer-specialist moet zijn, in casu een geneesheer klinisch bioloog.

¹⁵⁴ Koninklijk besluit van 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde (B.S.14.03.1992).

¹⁵⁵ Ministerieel besluit van 19.08.2008 tot wijziging van het ministerieel besluit van 30 april 1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten (B.S. 04.09.2008, Ed. 1)

¹⁵⁶ cfr. VBS Jaarverslag 2007: “Toscanië aan de Zenne” 02.02.2008, punt VI.2.4. Geneesheer-diensthoofd laboratorium klinische biologie”.

Op 04.09.2008 verscheen het ministerieel besluit van 19.08.2008 dat met zijn enig artikel de toestand ten goede herstelt. Want dit keer geldt dat het diensthoofdschap ook in het laboratorium voor klinische biologie door een geneesheer-specialist moet worden waargenomen: *“Artikel 6.4 van het ministerieel besluit van 30 april 1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten wordt vervangen als volgt:*

“Behoudens afwijkingen vastgesteld in de bijzondere criteria, moet in alle medische diensten van het ziekenhuis de functie van geneesheer-diensthoofd waargenomen worden door een erkend geneesheer-specialist. Er moet een functie voor intensieve zorg bestaan alsook de mogelijkheid om biopsies en autopsies te verrichten. Wat de andere specialiteiten betreft, moet de inrichting ten minste een beroep kunnen doen op consulenten die als geneesheer-specialist zijn erkend.”

Gelijk hebben is natuurlijk iets anders dan gelijk krijgen. Vermits aan de voorwaarde van het medisch diensthoofdschap in het laboratorium moet worden voldaan om de erkenning van het ziekenhuis te behouden, en vermits hierover de Gemeenschappen of Gewesten bevoegd zijn verzond het VBS brieven naar Minister Didier DONFUT (Waals Gewest), Guy VANHENGEL (Brussels Gewest – Nederlandstalig), Benoit CEREXHE Brussels Gewest – Franstalig) en Steven VANACKERE (toen nog Vlaamse Gemeenschap), met kopie ter informatie aan de federale minister van Volksgezondheid, Laurette ONKELINX. Ofwel kan er een uitdovingsbeleid worden overwogen, ofwel eist men dat de wet strikt wordt toegepast. Dura lex, sed lex. Met andere woorden, als het ziekenhuis niet tegemoetkomt aan de eisen van de wet, dreigen die ziekenhuizen hun erkenning te verliezen. Geen van de aangeschreven ministers wenst die maatregel zelfs maar in overweging te nemen en ze schuiven hun bevoegdheid netjes door naar de federale overheid. Ook de toen nog Vlaamse minister Vanackere. Maar dat werd alleen mondeling meegedeeld, op 14.11.2008. Een brief werd daar niet aan vuilgemaakt.

Op federaal niveau is het duidelijk dat indien de opleidingsziekenhuizen niet aan deze verplichting tegemoetkomen, bovendien de erkenning van de stages die kandidaat-specialisten er lopen in om het even welke discipline op losse schroeven komt te staan. Er werd dus ook een brief gestuurd naar de voorzitter van de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen, Dr. Dirk Cuypers, die het op 11.12.2008 agendeerde en er een bespreking aan wijdde.

Velen voelen zich geroepen om het nieuwe ministerieel besluit naar eigen inzichten in te vullen, zoals het haar of hem best uitkomt, niet in het minst de ziekenhuisorganisaties. Maar dura lex sed lex. De argumentatie die de Raad van State gebruikte in zijn arrest van 12.07.2007 bracht - 20 jaar na datum – eindelijk klaarheid hoe de (toenmalige) artikels 9 en 13 van de wet op de ziekenhuizen van 1987 dienden te worden gelezen¹⁵⁷.

Het artikel 9 stelt: *“De bepalingen van de artikelen 18 tot 22 en van Titel IV die op de ziekenhuisgeneesheren van toepassing zijn, zijn mede van toepassing op de in het ziekenhuis werkzame beoefenaars van de tandheelkunde bedoeld in artikel 3, eerste lid van het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967, evenals op de in het ziekenhuis werkzame apothekers of licentiaten in de scheikundige wetenschappen die overeenkomstig artikel 5, § 2, van het vorengenoemde besluit gemachtigd zijn analyses van klinische biologie te verrichten.”*

Artikel 18 van de gecoördineerde ziekenhuiswet stelt: *“In ieder ziekenhuis moet de medische activiteit gestructureerd zijn. In ieder ziekenhuis is er 2° een geneesheer –diensthoofd*

¹⁵⁷ Inmiddels betreft het de artikels 9 en 18 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10.07.2008 houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen (B.S. 07.11.2008)

voor ieder van de verschillende diensten van het medische departement; hij wordt benoemd en/of aangewezen door de beheerder.

De ziekenhuiswet kan nooit de kwalificatie van een apotheker of scheikundige, noch van een tandarts wijzigen. Ondergetekende heeft hierover op 28.01.2009 op het kabinet van minister Onkelinx overleg gepleegd met één van haar medewerkers, Dr. Koenraad Vandewoude. Er zal grondig over worden nagedacht om tot een aanvaardbare oplossing te komen, wel wetende dat het VBS zijn standpunt niet zomaar zal wijzigen en dat de Raad van State allicht bij een volgende gelegenheid niet iets totaal anders kan beslissen.

VIII. BESLUIT

Zoals meestal, was ook het mandje 2008 goed gevuld. Met positieve en negatieve berichten, met veel ergerlijke en enkele leuke professionele dingen. Ook in dit 19^{de} VBS jaarrapport kon door tijdsgebrek niet alle informatie worden opgenomen. Ik hoed er me voor om niet opnieuw al te somber af te sluiten, want zoals in de jaaroverzichten in de media wordt vooral het slechte nieuws uitvergroet. Onze vereniging blijft erg actief en de samenwerking met BVAS¹⁵⁸ en het VAS¹⁵⁹ groeit.(Nog) niet op statutair vlak, maar wel in de dagdagelijkse opvolging van dossiers, het opmaken van adviezen en het samen aanschrijven van bevoegde ministers en/of instanties. Om te professionaliseren moet er samengewerkt worden onder gelijkgezinden, waarbij de grenzen van de medische disciplines in onderling overleg moeten kunnen overstegen worden.

Ik weet alvast dat de retorische vraag in mijn besluit van vorig jaar positief werd beantwoord. Het akkoord van 20.12.2007 was niet het, laatste. Er werd een nieuw afgesloten voor de jaren 2009 en 2010, maar niemand weet vandaag hoe het zal onthaald worden. De collegae hebben nog 11 dagen de tijd om de voorstellen te contesteren en het akkoord eventueel te weigeren. Het is in elk geval duidelijk dat 20 jaar socialistisch beheer van de departementen Sociale Zaken en Volksgezondheid onuitwisbare sporen nalaten van meer en meer staatsbemoeyenis. Eerst vooral budgettair, nu rechtstreeks ingrijpend in uw en mijn voorschrijfgedrag.

Het is te voorzien dat dit dirigisme in 2009 alleen maar kan toenemen. De internationale context zal als dekmantel worden gebruikt. Het verbod om bepaalde patiënten niet meer te behandelen is nakende. De mutualiteiten, met hun nieuwe garde geneesheren – adviseurs die door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle zal kunnen geaccrediteerd worden, krijgen quasi onbeperkte bevoegdheden om te interfereren in de zorg van onze patiënten, hun leden¹⁶⁰. De gezondheidswet was de uitsmijter van het weeral overvulde Belgische staatsblad, voor deze gelegenheid editie 2008.

Het is ons aller taak er over te waken dat zij, noch anderen, hierbij misbruik zouden kunnen maken van de eHealth autostrades die Frank Robben ondertussen onvermoeibaar zal blijven aanleggen. Daarom moeten alle artsen er ononderbroken aan werken dat de kwaliteit van onze zorg en de informatie over die deskundig verleende zorg correct beveiligd wordt opgeslagen en alleen kan worden geraadpleegd door de voor die zorg bevoegde personen.

Een mooie opdracht om de ganse eenentwintigste eeuw te blijven aan werken.

Dr. Marc Moens,
Secretaris-generaal VBS,
Brussel, 07.02.2009.

¹⁵⁸ Belgische Vereniging van Artsensyndicaten, huidige voorzitter Dr. Roland Lemye, huisarts.

¹⁵⁹ Vlaams Artsensyndicaat, huidige voorzitter Dr. Hilde Roels, huisarts.

¹⁶⁰ Artikel 26 van de Wet van 19.12.2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg (B.S. 31.12.2008; Ed. 3).