
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsvereniging van
Geneesheren Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 3 / MAART 2001

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

Adieu, Victor

Op de algemene statutaire vergadering van februari 2000 was hij nog aanwezig, samen met Colette. Twee onafscheidelijk met elkaar verbonden wezens, beiden erg verknocht aan het VBS. Alsof het allemaal in het broze gewaad van één mensenleven geweven zat.

"Voor de tweeënveertigste maal", zei hij met een brede glimlach, "eerst als vertegenwoordiger van de kinderartsen, en later als Secretaris-generaal".

"Ben je zeker?" wierp ze meteen op, niet omdat ze zijn berekening in twijfel trok, maar bijna vertederd, omdat tot in de banaalste dingen, "ja" en "neen", thesis en antithesis, kritisch denken onafscheidelijk met hun dagdagelijks doen verbonden was. Alsof het allemaal in het broze gewaad van één mensenpsyche verweven zat.

En hij keek haar even aan met uitdagende oogjes, terwijl hij haar bij de arm mee naar de vergaderzaal toog. "Zeker weten", liet hij nog na.

Zo zagen we ze samen, de allerlaatste maal. Als stille, dierbare getuigen van het verleden, het collectief geheugen dat in ons wezen schuilt, zodat we mede-leven.

Later in het jaar brak zijn gezondheid. Na een ingreep brak helaas ook de mens. Kort na de drieënveertigste jaarvergadering, ging hij heen, in een allesbeduidend laatste gesprek met haar ogen, en in het eindeloos klankengeruis van de honderden editoriaals en verslagen die hij geschreven had, elk woord afwegend met het schaalte van een juwelier, omdat hij wist dat het onze woorden werden, waren en zijn.

Adieu, Victor Chevalier, met innige dankbaarheid voor al wat je voor deze, jouw vereniging gedaan hebt. We missen je wetenschap, je gevoeligheid, je humor, je begrip, je ethische waarden, je verdraagzaamheid, je vriendelijke glimlach. Je kwam uit de ruwe, zwarte mijnbuurten van de Borinage, en liep nadien de ganse wereld rond. Enkele weken geleden begon je verste reis. Je hebt een vier sterren hemel verdiend.

Aan Mevrouw Colette Chevalier-Théwissen, betuigen we deemoedig ons medevoelen, onze diepe erkentelijkheid en de vriendschap van de vele collegae die hem gekend hebben. Aan hun kinderen en kleinkinderen, tevens de boodschap dat hun vader en grootvader een groot man was.

Namens het VBS-Bestuur.

Dr Victor Chevalier was secretaris-generaal van het VBS van februari 1966 tot februari 1990. Hij was reeds secretaris van de Belgische Beroepsvereniging van Kinderartsen in 1958 en bleef het tot in februari 1983.

Meer dan ooit wordt de eensgezindheid onder de geneesheren-specialisten in de komende maanden van essentieel belang voor hun toekomst. Niet iedereen beseft dat op dit ogenblik. En de recentste ontwikkelingen volgens een welbepaald politiek stramien zijn ook niet van aard om dergelijke inzichten aan te moedigen.

Nauwelijks is de inkt van het akkoord artsen-ziekenfondsen droog of er volgt al een zware besparingsronde, enkele miljarden die meteen moeten opgehoest worden, strikt volgens het automatisme dat de regering een jaar geleden als een repetitieve tijdbom in de ziekteverzekering legde. Een cascade van besparingen dus. Tot voor kort leefden we nog in een haast uitsluitend budgettaire logica. Vandaag leven we in de virtuele logica van de begrotingsdoelstellingen. Is het trouwens wel "logica"? Want vlak naast dat financieel perpetuum mobile van besparingen, plant de regering zomaar 150 miljard fiscale inkomsten in mindering...

En het is niet om het nog eenvoudiger te maken, dat de regering eerstdaags wil uitpakken met haar grote verzamelwet over de gezondheidszorg: een ganse reeks wijzigingen van bestaande en nieuwe wettelijke bepalingen inzake de ziekteverzekering, de ziekenfondsen, de geneesmiddelen, de ziekenhuizen, de geneeskundepraktijk, de patiëntenrechten...

Het gehele opzet werd tenslotte zo omvangrijk, en de "timing" zo kort, dat dan maar besloten werd sommige delen tot latere datum te verschuiven. Er komt dus nog een tweede "gezondheidswet". Zo bleek immers meteen dat de "patiëntenrechten", een materie waarover reeds verscheidene initiatieven in de Kamer werden ingediend en net na de jaar- en eeuwkering nog hoorzittingen werden georganiseerd, een breed ethisch-maatschappelijk debat zullen vergen. Hopelijk met het nodige gezond verstand en met eerlijke inzichten m.b.t. het échte belang van de patiënt: er is geen behoefte aan virtuele rechten. Zoals de lezer verder in dit nummer zal kunnen vaststellen in onze commentaren gewijd aan het ontwerp van minister Aelvoet, is het verre van uitgesloten dat zelfs de hoogst bekwame juristen de meest oppervlakkige ideeën kunnen vooropstellen, en dat bij sommige quasi-slogans het belang van de patiënt dikwijls niet het achterliggende primum movens is.

In de vernieuwde wet op de ziekenhuizen wordt artikel 138 herschreven om het hangende probleem van artikel 50bis van de GvU-wet (de problematiek van de honorariumsupplementen), hopelijk op een evenwichtige wijze op te lossen. Dit laatste artikel wordt dan uit de GvU-wet geschrapt in het luik "ziekteverzekering", conform de afspraak met minister Vandenbroucke in het kader van het akkoord artsen-ziekenfondsen.

Maar anderzijds worden een ganse reeks zorgwekkende bepalingen ingelast, zowel zeer verregaande aantastingen van het statuut van de ziekenhuisarts (die morgen blijkbaar geen volwaardig burger meer mag zijn), als rechtstreekse bedreigingen t.a.v. de extramurale geneeskunde (die de speelbal wordt van de grote zuilbelangen). Kortom, zeer conflictuele breekpunten waartegen enkele jaren terug nog harde acties vanwege de artsen werden gevoerd.

Verder in dit nummer geven we een overzicht van de meest verstrekkende maatregelen, waaronder we er enkele aanstipten in een ultieme poging gericht aan de Premier. Sommige van die ingrepen blijken aan te sturen op een onstuitbaar economisch darwinisme gebaseerd op een geleide ongelijkheid van kansen. Want "hospitalocentrisme"

is niet langer het juiste woord. Het centrisme van de "megastructuren" is het nieuwe leitmotiv.

Het is gericht op de definitieve professionele verknechting van de geneeskunde, het einde van een "vrij" beroep en van een nog nauwelijks geloofwaardig sprookje over vrije keuze van de patiënt. Men verbergt niet langer het subtiele verschil tussen "democratie" en "demagogie", verschil dat ligt in de benadering van het belang van de burger, de mens.

Daarom is meer dan ooit de eensgezindheid van onze beroepsgroep zo onmisbaar. Wie dat niet inziet is stekeblind.

ONTWERP VAN WET HOUDENDE MAATREGELEN INZAKE GEZONDHEIDSZORG

Aan de Heer G. VERHOFSTADT
Eerste Minister
Wetstraat 16
1000 Brussel

Brussel, 13 maart 2001

Mijnheer de Eerste Minister,

Betreft: Ontwerp van wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg.

Minstens 25 artikels van het ontwerp van wet "houdende maatregelen inzake gezondheidszorg" doen onze haren ten berge rijzen. Ze luiden de definitieve teloorgang in van elke vorm van vrije beroepsuitoefening in de medische en paramedische sector en de definitieve doorbraak van het zuil-collectivisme. Is dit de "regering Verhofstadt"?

Enkele van deze artikels volstaan om een ware gauchistische revolutie teweeg te brengen in het landschap van de gezondheidszorg. Wat onder de quasi volmachtenperiode van de vorige regering artsenstakingen veroorzaakte, zou nu zomaar door de mazen van het net glippen:

VERZUILING:

-art 74 dat art. 8, 9° invoert in de wet op de ziekenhuizen definieert het begrip "de ziekenhuispatiënt". Dus, de patiënt van het ziekenhuis en niet langer de patiënt van de arts? Het is nochtans zonderling dat het woord "ziekenhuispatiënt" verder nergens in de ziekenhuiswet wordt gebruikt. Deze "definitie" is dus volstrekt overbodig en moet geschrapt worden.

-art 75 voegt een art. 9 ter in waarbij een systeem van "netwerken" van "zorgaanbieders"... en "zorgcircuits" wordt uitgewerkt, uiteraard vanuit de grote ziekenhuizen. Via dit hospitalocentrisme in het kwadraat kunnen alle individuele zelfstandige praktijkinitiatieven gemakkelijk worden onderworpen of uitgeschakeld. In en buiten het ziekenhuis. Ook dit artikel moet geschrapt worden. Elke burger die "gezondheidszorg verbruikt" wordt bijgevolg rechtstreeks of onrechtstreeks "ziekenhuispatiënt", en verliest van dan af zijn vrije keuzerecht (zoals minister Aelvoet schrijft in haar ontwerp over de zgn. patiëntenrechten).

-art 77 vernietigt definitief het principe van het "afzonderlijk beheer van elk ziekenhuis". Dit was een fundamentele begrenzing van de uitbatingskosten die ten laste van de honoraria kunnen worden verhaald overeenkomstig het nefaste art. 139bis dat de vorige regering beloofde doch "vergat" in te trekken. Morgen brengt één zuil - VZW desnoods de ganse Vlaamse, Brusselse of

Waalse ziekenhuissector met zijn zorgcircuits en netwerken onder één beheer. La médecine "libérale" mogen we dus definitief vergeten.

VERSTAATSING:

-art 31 voorziet de mogelijkheid om afzonderlijk het budget van de zorgen verstrekt aan hoger vermelde "ziekenhuispatiënten" ("al dan niet opgenomen of verblijvend" –cfr art 2 van de ziekenhuiswet) vast te stellen. En de Koning kan zelfs aanwijzen aan welke ziekenhuizen dat budget wordt toegekend. Dit doelt duidelijk op een benadeling van de extramurale praktijk, voor prestaties die identiek zijn. In feite wil men de ambulante zorg alleen nog betalen vanuit de ziekenhuizen.

-art 33 kan aanleiding geven tot de inlijving van de medische honoraria in het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Bij KB worden dan wel de verminderde honorariumtarieven vastgesteld, hetzij reglementair (wordt het akkoordenstelsel dan ook al overbodig voor de ziekenhuisgeneeskunde?), hetzij conventioneel. Een deel(tje), liefst marginaal, moet immers variabel blijven gelet op het stilaan onbetaalbaar wordende sociaal statuut van de loontrekkenden.

-last but not least zorgt art 132 er voor dat de nog steeds "zelfstandige" ziekenhuisartsen individuele overeenkomsten moeten sluiten waarin het essentiële onderdeel van de werkvoorwaarden, nl. het bedrag dat hun toekomt, niet eens kan noch mag bindend zijn.

Artsen zijn morgen geen volwaardige burgers meer. Wij aanvaarden dit niet, en eisen dat men de ziekenhuisartsen ook minstens het verzwaard advies van de Medische raden moet teruggeven in geval de beheerder de rechtsverhoudingen wil beëindigen.

Mijnheer de Eerste minister, we staan versteld van de inhoud van een aantal artikels in het "wetsontwerp inzake de gezondheidszorg" dat uw regering eerstdaags gaat voorleggen aan het Parlement. Naast voormelde bepalingen vinden we er nog andere maatregelen en sancties in, die alle ingegeven lijken door een stilaan groeiende politico-sociologische beleidsconstante. Ze draagt al een naam, "iatrisme", en geeft uiting van een nieuwsoortige vorm van maatschappelijk reductionisme t.o.v. een welbepaalde beroepsgroep. De onze.

Wij danken U en de Liberale groep desalniettemin voor het verweer dat geboden werd tegen het beruchte art. 50bis van de GVU-wet en de uiteindelijke oplossing voorzien in dit wetsontwerp.

Wij hopen dan ook dat U met deze enkele punten zult willen rekening houden. Het is van vitaal belang voor het vrij beroep.

Inmiddels groeten wij U beleefd,

Met de meeste hoogachting,

Dr. M. MOENS
Secretaris-generaal

Prof. Dr. J. GRUWEZ
Voorzitter

CC: Aan de Heer L. MICHEL
Vice-Eerste Minister

VBS NIET AKKOORD MET DE NIEUWSTE MAATREGELLEN INZAKE FINANCIERING ZIEKENHUIZEN EN SPECIALISATIE-OPLEIDINGEN

Minister F.VANDENBROUCKE heeft zopas een reeks maatregelen getroffen betreffende de financiering van de ziekenhuizen (M.B. 12.01.01.; B.S.06.02.01). De hoofdvogel wordt afgeschoten door de bepalingen waarbij de opleidingsfunctie wordt gefinancierd via het onderdeel B4 van het ziekenhuisbudget, nl.:

- een bedrag van 1.200.000 BEF per stagemeester;
- 190.000 BEF per geneesheer-specialist in opleiding.

Deze bedragen worden toegekend (*n.v.d.r.: aan 50% voor 2001*) aan de ziekenhuizen – zowel universitaire als niet-universitaire, luidt de tekst, maar...-mits hierna volgende voorwaarden (*in schuine letters leveren we onze eerste bedenkingen; het ligt voor de hand dat tegen deze maatregelen juridische stappen zullen ondernomen worden*) :

-erkend zijn voor de volledige opleidingen in de belangrijkste geneeskundige, heelkundige en medisch-technische specialiteiten; (*n.v.d.r. welke zijn de "belangrijkste"? Waarom geen vergoeding voor de g.s.o. in stagediensten erkend voor gedeeltelijke opleiding?*) ;

-op elk ogenblik in het ziekenhuis instaan voor de opleiding van minstens één kandidaat-specialist met een erkend stageplan per 10 erkende bedden; (*n.v.d.r.: waarop berust de gevolgde redenering? Waarom geen vergoeding van g.s.o.'s in ziekenhuizen met een geringer aantal assistenten?*)

-zelf alle kandidaat-specialisten vergoeden en de in art.15bis van het KB van 28.12.1944 voorziene bepalingen toepassen; (*n.v.d.r.: het bijzonder "sui generis" sociaal statuut van de kandidaat-specialisten, en dus niet de RMZ-regeling van loontrekkenden. "Zelf" betekent dat de regeling waarbij het stageziekenhuis de vergoeding van de kandidaat betaalt aan het universitair ziekenhuis, is uitgesloten.*)

-minstens één ziekenhuisgeneesheer tewerkstellen, uitgedrukt in voltijds equivalenten, per 3 erkende bedden; (*n.v.d.r.: wat is de sociaalrechtelijke betekenis van "tewerkstellen"? Bedoelt men alleen tewerkstelling in het ziekenhuis dat de vergoeding geniet, of ook in andere instellingen?*)

-bewijzen dat meer dan 70% van de medische activiteit verricht wordt door voltijds werkende geneesheren; (*n.v.d.r. Wat heeft dit met opleiding te maken?*)

-meer dan 70% van de artsen, uitgedrukt in voltijds equivalenten, vergoeden met een salaris voor hun volledige activiteit. (*n.v.d.r.: Wat heeft dit met opleiding te maken? Is het "art 15bis-statuut" van g.s.o. daarbij inbegrepen? Zelfde vragen als bij "tewerkstellen".*)

-de centrale inning voor alle artsenhonoraria uitvoeren; (*n.v.d.r. Wat heeft dit met opleiding te maken?*)

-voor het gehele ziekenhuis de verbintenistarieven toepassen onder de voorwaarden die in het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van toepassing zijn op de artsen die er zich toe verbonden hebben de tarieven na te leven; (*n.v.d.r.: Wat heeft dit met opleiding te maken? De wettelijke vrijheid tot deconventionneren wordt in principe wel*

geëerbiedigd, het kan ook niet anders, alhoewel men zich kan afvragen wat "voor het gehele ziekenhuis" dan betekent m.b.t. de mogelijkheid tot gedeeltelijke verbintenis).

In geval er geen akkoord is worden voor het gehele ziekenhuis de tarieven toegepast die als basis dienen voor de tegemoetkoming van de ziekteverzekering, onder de voorwaarden die in het laatste akkoord van toepassing waren voor de verbonden artsen.

De betrokken ziekenhuizen moeten uiterlijk op 31.03.2001 bij het ministerie een dossier indienen met het aantal stagemeesters en de kandidaat-specialisten, waaruit blijkt dat aan bovengenoemde voorwaarden voldaan is.

DE OPLEIDING VOOR GENEESHEREN-SPECIALISTEN IN BELGIË NAAR AANLEIDING VAN HET MB VAN 12 JANUARI 2001

De opleiding van medische specialisten in ons land gebeurde voor de laatste wereldoorlog volgens het patroon van het leerjongensysteem en zonder officiële regeling. Na de oorlog werd het Verbond van Belgische Specialisten opgericht in ruime mate met de bedoeling de opleiding te organiseren. De geneesheren uit die tijd welke aan de vereisten door de Beroepsverenigingen opgesteld beantwoordden verwierven aldus een VBS-erkenning verleend door hun "pares". In de jaren 70 kwam, hoofdzakelijk door een samenwerking van de toenmalige Secretaris-Generaal van het Ministerie voor Volksgezondheid Prof. S. Halter en Prof. Dr. A. Lacquet, een officiële structuur tot stand, geregeld door de wet, met o.m. de oprichting van de Hoge Raad voor Geneesheren –Specialisten en Huisartsen, de Kamers van Beroep en de erkenningscommissies voor de verscheidene specialismen. De Deus ex Machina van het systeem, Prof. Dr. A. Lacquet, had er zorg voor gedragen dat de criteria voor deze beroepsopleiding een evenwichtig aandeel van de universiteit en van het beroep veronderstelden, zoals o.m. bleek uit de samenstelling van de Hoge Raad en de Erkenningscommissies, elk paritair samengesteld uit universitaire en niet-universitairen. In de ons omringende landen zoals Groot-Brittannië, Nederland, Duistland ligt de verantwoordelijkheid van de opleiding eerder bij de beroepsgroep of is ze hoogstens (zoals in Nederland) verdeeld tussen deze 2 instanties. In de Zuiderse landen valt de opleiding in grote mate onder de autoriteit van de universiteiten.

Tot voor kort bestond er dus in ons land een, volgens internationale standaarden, degelijke structuur van de opleiding, behorend tot de betere in Europa, waarvan de kwaliteit, door correcte implementering van de criteria en door specificatie van de inhoud, bovendien nog voortdurend verbeterd werd.

Waarom dit moest veranderen is een raadsel. Was het de lobby van de Franstalige faculteiten die reeds langer hun specialisatielicenties wensten te officialiseren en uit te breiden? Was de opleiding het eerstgeboorterecht van Esaü waarmede de numerus clausus, die weleens het bord linzensoep zou kunnen worden, afgekocht werd? Was het om, in het vooruitzicht van de beperking van de quota voor assistenten, de goedkope manpower binnen de universitaire ziekenhuizen veilig te stellen of gewoon om de macht van de universiteiten uit te breiden ?

In ieder geval werd door het KB van 16 maart 1999 (BS 24/06/1999) van Minister COLLA (selectie door de faculteiten en theoretisch onderricht "gelijktijdig" met de twee eerste jaren van de opleiding) een significante koerswijziging van het opleidingssysteem ingeluid. De Vlaamse Interuniversitaire Raad nam van de gelegenheid gebruik om boven aangehaald KB maximalistisch te interpreteren en te pogen door decretalisering het

universitaire meesterschap over de opleiding te verzekeren. De discussie hierover moet nog beginnen, maar een nieuw MB over de hospitaalfinanciering (M.B. 12.01.2001.; B.S.06.02.2001) van Minister Vandenbroucke verdringt het beroep nog veel meer en dreigt, via voorwaarden die niets met opleiding te maken hebben maar als het ware de universitaire hospitalen op het lijf gesneden zijn, de hegemonie van de universiteiten over de opleiding te vestigen.

Tijdens een toespraak in het OLV ziekenhuis van Aalst stelde Minister Vandenbroucke, enkele maanden terug, dat de verscheidene functies van de ziekenhuizen specifiek zouden vergoed worden m.a.w. men zou afstappen van een weinig doorzichtige globale vergoeding met allerlei weinig rationele repercussies op de verpleegdagprijs (zo is de verpleegdagprijs hoger als de diensten erkend zijn voor volledige opleiding, niet als ze erkend zijn voor gedeeltelijke opleiding) en veeleer een duidelijke scheiding tussen de patiëntenzorg, opleiding en ontwikkelingsevaluatie, wat de financiering betreft, zou bewerkstellingen. Met zijn MB over de financiering van de ziekenhuizen lijkt het alsof de minister zijn plannen wil implementeren en voorziet hij een betoelaging voor de kosten voortvloeiend uit de opleidingsfunctie : 1.200.000 bef per stagemeester en 190.000 bef per geneesheer-specialist in opleiding) zowel voor niet-universitaire als voor universitaire ziekenhuizen !! Bemoedigend, op eerste zicht ! Echter hiervoor worden de eisen verbazend hoog gesteld : alleen ziekenhuizen komen in aanmerking met volledige opleiding, met 1 kandidaat specialist per 10 bedden, (wat voor een ziekenhuis van 300 bedden 30 kandidaten betekent), met 1 ziekenhuisgeneesheer per 3 bedden (wat voor een ziekenhuis met 300 bedden 100 specialisten betekent) ! en, de klap op de vuurpijl, waar meer dan 70 % van de artsen in het ziekenhuis met een salaris vergoed worden. Met andere woorden alleen de universitaire ziekenhuizen kunnen hieraan beantwoorden. Voorwaar een staaltje van (doorzichtige) camouflage die men van iemand als Professor Frank Vandenbroucke niet verwacht. Het is overigens ontstellend vast te stellen hoe spitsvondig men criteria hanteert en de opleiding manipuleert. Heeft een artsensalarium iets met opleiding te maken?

Is het echt om doctrinaire systemen (salarium) in de ziekenhuizen te introduceren? Minister Vandenbroucke weet maar al te goed dat een veralgemeend artsensalarium onbetaalbaar is. Neen, de bedoeling is als maar meer universitaire impact op de gezondheidszorg te verschaffen, dus diametraal in tegenstelling met het aangekondigde uitgangspunt.

Dit blijkt uit een ontwerp tot wijziging van de ziekenhuiswet, waarbij de Faculteiten geneeskunde een initiatiefbevoegdheid zouden krijgen om ook ziekenhuisdiensten, -functies en -zorgprogramma's als universitair te laten erkennen, "gelet op hun eigen functie op het gebied van de patiëntenzorg", een monopolie zouden verwerven over "de ontwikkeling van nieuwe technologieën", en last but not least, met bovendien een aparte "evaluatie van de medische activiteiten". Waarmee dan bedoeld wordt dat het op statistische vergelijking berustende financieringssysteem, de zgn. minimale klinische gegevens, geen aanleiding zou mogen geven tot vergelijking van universitaire met andere ziekenhuizen. Zeg maar, dat het aandeel van het gesloten budget van de ziekteverzekering voor universitaire ziekenhuizen groter zou moeten kunnen worden, zonder dat ze daarvoor de vergelijking met andere zouden moeten doorstaan.

Tenslotte is niet alleen de specifieke maatregel m.b.t. de opleidingsfinanciering zelf, waarbij progressief de opleiding meer en meer in de handen van de academici gespeeld wordt, maar het als maar verder zetten van de trend, zeer verontrustend. De inspiratie voor de ondernemingen van onze politici komt vaak uit Nederland, alwaar een combinatie van een academische en een niet academische opleiding de voorkeur geniet omwille van de kwaliteit van de opleiding. Relatief weinig medische specialisten worden opgeleid voor

een academische functie. De meesten praktizeren immers in algemene ziekenhuizen. Feitelijk was dit de toestand alhier. Waarom moet dit veranderen?

Prof. J.A. GRUWEZ
Emeritus gewoon hoogleraar aan de KUL
Voorzitter van het VBS
Voorzitter van de European Board of Surgery

**ALGEMENE VERGADERING VBS
TOESPRAAK VAN PROF. J.A. GRUWEZ**

Beste Vrienden,

Dankwoord

Als Voorzitter van de Beroepsvereniging der Belgische Chirurgen ben ik gehouden een in extenso uiteenzetting te geven van de voorbije activiteiten terwijl de secretaris zich beperkt tot enkele opmerkingen. Hier, in de schoot van het VBS, is het net omgekeerd.

Niettegenstaande ik het verslag van onze secretaris nog niet heb gehoord, maar zijn geweldige inzet en de ongelofelijke bron van informatie kennende, die zijn rapporten uitmaken, wil ik hem alvast bedanken voor al de inspanningen die hij het voorbije jaar heeft geleverd zowel als secretaris-generaal van ons Verbond dan wel als voorzitter van de BVAS, twee zware functies die hij cumuleerde.

In één adem bedank ik ook het ganse Uitvoerend Comité voor hun onverdroten en toegewijde activiteit voor het Verbond. De tijden zijn er niet gemakkelijker op geworden en de onophoudelijke agressie van de politici en de media – mijns inziens heel veel uitgebreider dan vroeger – verplichten er ons toe constant op onze hoede te zijn en met onze informatie en reacties zo kort mogelijk op de bal te spelen. Het vergt heel wat inspanning voor de leden van het bestuur om de massa faxen te verorberen, om iedere maandagmiddag de acute problemen te onderzoeken en ze zo mogelijk op te lossen, om op tijd in de pen te kruipen, zoals o.m. Collega Van Renterghem, om de brieven, reacties, moties, artikels op te stellen, de vergaderingen van het Directiecomité om ± de 6 weken bij te wonen enz. Vandaar mijn dank aan de ondervoorzitters, raadgevers, adjunct-secretarissen en schatbewaarder.

Echter dit alles zou onmogelijk zijn moest het niet geschraagd worden door de goed geoliede en op volle toeren draaiende machine van ons administratief team, 9 in getal, gaande van Jos, onze noeste, onderlegde, betrouwbare Directeur, tot Vincent, de dames en heren dus die ik niet hoef te vernoemen omdat u ze allemaal kent, maar voor wie ik van U een dikverdiend applaus vraag.

Ik was niet aanwezig op de laatste statutaire algemene vergadering die Jacques MERCKEN voorzat. Maar een jarenlange samenwerking, zowel in het uitvoerend comité als in de Belgische delegatie van de UEMS, volstaan ruimschoots om zijn intelligentie, kennis, inzicht in de beroepsproblematiek evenals zijn historische wijsheid, immer aanwezige humor en opmerkelijke diplomatie ten volle te waarderen. De voorbije maanden hebben mij geleerd dat 13 jaar lang aan het roer staan van het VBS een buitengewone verdienste is die wij niet snel zullen vergeten.

Diensten

We kennen lang niet alle inspanningen die een organisatie zoals de onze voortdurend levert om zo goed mogelijk de beroepsbelangen van de leden te verdedigen of te vrijwaren.

Ik overloop snel even deze lijst die zeker niet exhaustief is :

- (1) De infodienst met onmiddellijke verstrekking aan de leden, van de complexe reglementeringen en wetgeving over de beroepsuitoefening : de geneeskunst, de ziekteverzekering, de accreditering (waarvoor eigenlijk een speciale dienst opgericht werd), de ziekenhuizen, medische raad, rechten, contracten, associaties, de medische deontologie (Orde), de ganse complexiteit van het Ministerie van Volksgezondheid, medische verantwoordelijkheid, enz.
- (2) de opvolging van de officiële organen (Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, Technische geneeskundige raad, Verzekeringscomité, Hoge Raad, Erkenningscommissies, Beroep, Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen, ministeriële kabinetten, enz.)
- (3) Onze publicaties : Geneesheer-Specialist / Website / Jaarboek
- (4) De dienst voor juridische bijstand
- (5) De verzekeringen : rechtsbijstand / ongevallen / gewaarborgd inkomen / beroepsbenodigheden / verzekeringen computer en installatie / hospitaalverzekering
- (6) het Secretariaat der aangesloten beroepsverenigingen

Kortom voldoende om met Churchill te zeggen "Never has so much been owed by so many to so few !"

De stem van het VBS

Het is irritant en zelfs ontmoedigend te moeten vaststellen dat we soms machteloos staan, dat we de gang van zaken niet voldoende kunnen beïnvloeden en de indruk krijgen geen stem in het kapittel te hebben. Wij hebben de laatste maanden getracht hieraan te verhelpen.

Wij hebben persoonlijke contacten gehad met minister Detienne (verantwoordelijke voor volksgezondheid van het Waalse gewest) met het kabinet Aelvoet, tijdens de parlementaire hoorzitting over de patiëntenrechten; we hebben een ontmoeting georganiseerd tussen de kabinetsmedewerkers van de ministers Aelvoet en Vandenbroucke en Professor Vandevelde uit Leiden i.v.m. de oncologische zorgprogramma's, een vergadering belegd met de voorzitters van de erkenningscommissies over de academisering van (de machtsgreep op) de specialistische opleiding die door de Vlaamse Interuniversitaire Raad wordt voorgesteld, heftig gereageerd tegen de verklaringen van Dhr. Van Belle enz. Al deze acties werden besproken in de (medische) pers.

Als we zien welk gehoor de huisartsenorganisaties (UHAK - Vlaams huisartsenparlement – VBO – GBO – Wetenschappelijke vereniging der Vlaamse Huisartsen – Société scientifique de médecine générale – HAVAS - zonder de universitaire huisartsencentra te vergeten welke geen tegenhanger hebben voor de specialisten) vinden in de pers, begrijpt men hoe belangrijk het is voor een beroepsorganisatie als de onze, de enige die uitsluitend specialisten verenigt, om zich te manifesteren. De huisartsenorganisaties geven vrije loop aan hun aspiraties en eisen, welke vaak het verwerven van meer macht in de gezondheidszorg beogen, zonder de belangen van de specialisten te ontzien. Onze

collegialiteit en solidariteit weerhouden ons vaak om argumenten te gebruiken die het imago van onze collega's in het gedrang zouden kunnen brengen. Deze edelmoedige houding reveleert zich als een reële handicap in de verdediging van de belangen der specialisten.

Nog 2 mededelingen

Het moet de ambitie zijn van het bestuur om de banden met de verscheidene beroepsverenigingen nauwer aan te halen.

Het bestuur van het VBS moet de harmonie tussen de Beroepsverenigingen nastreven, moet de noden en de aspiraties van de beroepsverenigingen beter leren kennen. Hiervoor is nauwer contact noodzakelijk. We herhalen ons voorstel om een van de bestuursleden eens op de vergadering van uw bestuur uit te nodigen.

Nog een laatste punt : mijn persoonlijke ambities zijn beperkt. Ik was verbaasd – vermoedelijk net zoals sommigen onder u – dat de datum voor het indienen van kandidaturen voor het voorzitterschap zo snel verstreek. Vier beroepsverenigingen droegen mij voor als kandidaat – ik dank hen voor het vertrouwen – maar geen enkele andere kandidaat kwam uit de bus. Ik nodig u bijgevolg allen uit om binnen uw rangen op zoek te gaan naar de zeldzame vogels, die in de toekomst, de aflossing kunnen verzekeren.

België, net zoals de geneeskunde, is het mikpunt van de politici en de media. Laten we vooral zijn nationale leuze niet uit het oog verliezen "EENHEID MAAKT MACHT".

<p style="text-align: center;">DE "MEGA-WET" VAN DE REGERING: LUIK "WET OP DE ZIEKENHUIZEN" BEKNOPT OVERZICHT</p>

Inleiding:

Het belangrijkste opzet van de wijzigingen is uiteraard de invoering van een nieuwe financieringswijze van de ziekenhuizen op basis van een vooraf toegekend en uitbetaald budget . De term "verpleegdagprijs" wordt daarom in bijna alle artikels vervangen door het "budget van financiële middelen van het ziekenhuis". Dit is weliswaar niet het geval in het kwestieuze artikel 139bis, waar de honoraria van de geneesheren nog steeds verondersteld worden alle rechtstreekse en onrechtstreekse kosten die niet gefinancierd worden door ..."de verpleegdagprijs" te dekken. Er staat weliswaar "onverminderd artikel 140", zodat het wel degelijk de kosten betreft, die veroorzaakt worden door de geneeskundige verstrekkingen (causaal verband) en die niet vergoed worden door het "budget"; in art. 140 wordt het woord "verpleegdagprijs" dus wel vervangen door de weliswaar zeer beknopte term "het budget". We leiden hieruit af dat tijdens de interministeriële besprekingen aan art.139bis niet mocht geraakt worden, terwijl reeds herhaaldelijk beloofd werd dit te schrappen.

Zoals aangekondigd wordt artikel 138 van de ziekenhuiswet herschreven om het aanslepende geschil betreffende het omstreden artikel 50bis van de GVU-wet op te lossen. De tekst die wij verder in dit overzicht overnemen (d.d. 21.3.2001) is deze die, naar ons formeel werd bevestigd, in de schoot van de regering werd aangenomen.

Naast deze belangrijke aanpassing bevat het mega-ontwerp ook een ganse reeks maatregelen die zowel het ziekenhuislandschap als de extramurale zorg op korte termijn dreigen te veranderen, door o.m. de afschaffing van het afzonderlijk beheer van het ziekenhuis, de mogelijkheid om meerdere ziekenhuizen uit te baten door eenzelfde uitbater, het herinvoeren van de zorgnetwerken waarbij de ganse gezondheidszorg in een quasi ondergeschikt verband komt te staan t.o.v. (lees: grote) ziekenhuizen, de zware discriminatie ten voordele van de universitaire ziekenhuizen - terwijl de aangekondigde beleidsoptie er juist in bestond de specifieke universiteitsfunctie afzonderlijk en buiten de gezondheidszorg te regelen-gekoppeld aan een aanzienlijke machtsverruiming van de Faculteiten binnen de gezondheidszorg...

We leveren hierna de nog ongenummerde artikels van het voorontwerp, met onze eerste commentaar. Het ligt voor de hand dat een aantal beschermende maatregelen zullen moeten voorzien worden, waarbij ook artikels die de regering blijkbaar ongemoeid wenst te laten, nu zeker in gunstige zin voor de artsen zullen moeten aangepast worden. We denken o.m. aan de problematiek van het omstreden artikel 139bis dat de vorige regering al had moeten schrappen, en aan het juridisch geknoei rond het begrip "afzetting" waarvan nu eindelijk zal moeten aanvaard worden wat de voormalige eerste minister van dit land, J.L. DEHAENE op 7/04/1986 schreef, nl. dat het gewoon betrekking heeft op de "beëindiging van de rechtsverhoudingen door de beheerder".

Enkele belangrijke uittreksels uit het voorontwerp

1. De bijzondere universitaire functie (het nieuwe artikel 4):

« **Art. 4.** Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet worden als universitaire ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, universitaire ziekenhuisfuncties of universitaire zorgprogramma's beschouwd, deze welke, gelet op hun eigen functie op het gebied van patiëntenverzorging, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten, voldoen aan de voorwaarden gesteld door de Koning en door Hem als dusdanig worden aangewezen op voorstel van de academische overheid van een Belgische universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan.

Bij toepassing van het eerste lid kan per universiteit slechts één ziekenhuis als universitair ziekenhuis worden aangewezen».

Commentaar: de bedoeling van de ontwerptekst is duidelijk :

- de creatie van een voorkeurbehandeling, niet alleen van universitaire ziekenhuizen, maar ook van universitaire ziekenhuisdiensten, -functies, -zorgprogramma's. Dit is net het tegenovergestelde van wat in de beleidsnota werd aangekondigd, nl. een afzonderlijke regeling voor de opleidingsfunctie en het wetenschappelijk onderzoek. Hier wil men een discriminatie kunnen doortrekken voor alle segmenten van de zorgverlening (diensten, functies, zorgprogramma's) in ziekenhuisverband.
- de ontwikkeling van nieuwe technologieën voorbehouden aan de universitaire ziekenhuizen, waarbij deze voordelen wel aan meerdere (ondergeschikte) diensten, functies, zorgprogramma's kunnen verleend worden.

- een afzonderlijke kwaliteitsevaluatie (dus vergelijking met niet-universitaire ziekenhuizen, diensten, functies, zorgprogramma's ontwijken). In een financieringssysteem dat gefundeerd is op vergelijking, is zoiets intellectueel oneerlijk.
- dit alles onder de voorstelbevoegdheid (d.w.z. een exclusief initiatiefrecht) van de faculteiten die dus zelf gaan bepalen wie toegang tot de voorkeurbehandeling krijgt.

Bemerkingen:

- zie ook het nieuwe art 102 (beide artikels moeten uiteraard samen gelezen worden). De huidige tekst van art 102 van de ziekenhuiswet is duidelijk beperkend wat de "specifieke zorgen" betreft van universitaire ziekenhuizen, nl. zware bijzondere pathologie die alleen in een universitair ziekenhuis kan behandeld worden. In de nieuwe versie wordt "universitaire zorg" alle zorg die in een universitair ziekenhuis, dienst, functie, zorgprogramma wordt verleend.
- wel wordt, aansluitend bij onze bemerkingen, een art. 9sexies ingevoegd waardoor de mogelijkheid wordt voorzien om de kenmerken te bepalen "teneinde referentiecentra aan te wijzen binnen erkende diensten, afdelingen, functies, medische en medisch-technische diensten en zorgprogramma's". Alhoewel deze duidelijk niet noodzakelijk universitair gekwalificeerd worden, is het minstens zeer opvallend dat de "karakteristieken" van de universitaire diensten, functies, zorgprogramma's al meteen in de wet bepaald worden en deze van de zgn. referentiecentra niet, en dat de eerste nooit enige kwaliteitsvergelijking met de tweede moeten doorstaan.

Onze mening: de specifieke onderwijsfunctie en het wetenschappelijk onderzoek moeten niet gefinancierd worden lastens het budget van de gezondheidszorg. Voor de andere elementen is geen enkel onderscheid tussen universitair en niet-universitair etiket verantwoord. Kwaliteit en innoverend initiatief moet overal mogelijk zijn.

In de huidige tekst van art 4 moeten de woorden "op het gebied van de patiëntenverzorging" geschrapt worden, zodat dit kan geregeld worden via een specifieke kwaliteitsnormering van referentiecentra. Het onderricht en het toegepast wetenschappelijk onderzoek moeten uiteraard behouden blijven als bijzondere functie van universitaire ziekenhuizen.

2. De definitie van "de ziekenhuispatiënt" (inlassing in art 8):

« 9° onder ziekenhuispatiënt wordt verstaan : de patiënt die in het ziekenhuis wordt onderzocht en/of behandeld en die er al dan niet verblijft.»

Commentaar:

- de maatregel was oorspronkelijk bedoeld om de patiënt tot de cliënt van het ziekenhuis te maken. Er stond immers uitdrukkelijk "de patiënt die door het ziekenhuis..." De ziekenhuisarts zou in die optiek werken voor rekening van het ziekenhuis, wat onvermijdelijk sociaalrechtelijke gevolgen zou hebben. Men rekent immers af met de huidige arts -ziekenhuis relatie én patiënt - arts relatie.
- de definitie includeert de poliklinische zorg (die evenzeer extra muros kan verleend worden). De bedoeling is uiteraard de scheidingslijn tussen intra- en extra- murale zorg te verleggen via een verruiming van de intramurale.

Onze mening: de ziekenhuiswet heeft geen behoefte aan het begrip "ziekenhuispatiënt"(dat trouwens nergens elders in diezelfde wet vermeld wordt) , maar wel aan het begrip "opgenomen patiënt" (patient hospitalisé). Dus stellen wij voor:

"9° De in het ziekenhuis opgenomen patiënt: de patiënt die in het ziekenhuis voor geëigende zorgverlening wordt opgenomen, ongeacht de duur van zijn verblijf, omdat hij niet langer ambulante en zonder geëigende ziekenhuisopname kan verzorgd worden."

3. De zorgnetwerken en zorgcircuits (inlassing art 9ter)

« Art. 9ter § 1. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder:

1 ° netwerk van zorgvoorzieningen: een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, waarvoor het instellen van een organieke wetgeving of normering niet tot de persoonsgebonden aangelegenheden, zoals bedoeld in artikel 128, § I, van de Grondwet behoren, en die samen voor een door Hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een door hen te motiveren gebiedsomschrijving één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingoverschrijdende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst;

2° zorgcircuit: het geheel van zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen, waarvoor het instellen van een organieke wetgeving of normering niet tot de persoonsgebonden aangelegenheden zoals bedoeld in artikel 128, § I, van de Grondwet behoren, georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen, die de in 10, bedoelde doelgroep of subdoelgroep achtereenvolgens kan doorlopen.

§ 2. De Koning kan, na advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, de doelgroepen aanduiden voor dewelke de zorg via een netwerk van zorgvoorzieningen wordt aangeboden. In voorkomend geval kan Hij die categorieën van zorgaanbieders aanduiden die in ieder geval deel uitmaken van bedoeld netwerk.

§ 3. De Koning kan nadere regelen vaststellen voor de toepassing van §§ 1 en 2. Hij kan eveneens de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk, en met de nodige aanpassingen, uitbreiden tot de in § I bedoelde netwerken, tot de zorgcircuits die er deel van uitmaken en tot de onderdelen die het zorgcircuit samenstellen. ».

Commentaar: dit is de invoering van megatrusters waarin de vrije keuze en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt verdwijnt. Het is onzin begrippen te gebruiken die nergens in de wetgeving voorkomen en dus tot een soort "nomansland" behoren (ze worden trouwens geenszins gedefinieerd, waar nochtans art 8 de uitdrukkelijke bedoeling heeft de begrippen van de ziekenhuiswet te definiëren). Dit hoort dus niet thuis in een wet over de ziekenhuizen, waarvan de rol in deze trouwens niet ééns wordt bepaald. Het woord "ziekenhuis" komt ten andere geenszins in het artikel voor.

Het oorspronkelijk opzet (memorie van ontwerp COLLA) was de psychiatrische zorg. Waarom maakt men dan geen wet over de psychiatrische zorg?

Hier wordt de volledige gezondheidszorg het opzet, inclusief de extramurale.

Voorstel: schrappen. Zo dit politiek onmogelijk blijkt, minstens op meer orthodoxe wijze herschrijven. Gelet op de groeiende reductionistische neigingen t.a.v. de rechten van bepaalde zorgverleners in verhouding tot deze van andere, is het ten zeerste aangewezen :

- het begrip "zorgaanbieders" duidelijk te bepalen: de beoefenaars bedoeld bij het KB nr 78 en de verplegingsinrichtingen of diensten bedoeld in art 2 van de GVU-wet. Er is geen nood aan wettelijke bepalingen met zorgvreemde of minstens

onduidelijke verzamelbegrippen die zelfs “maffieuze circuits” zouden mogelijk maken of alleszins niet uitsluiten.

- te stellen dat de door de federale overheid erkende categorieën van aldus bepaalde zorgaanbieders vrijelijk toegankelijk zijn voor de patiënt, en dat aan desbetreffende beoefenaars of instellingen, gelijkberechtiging dient gewaarborgd bij het uitwerken van zorgnetwerken of –circuits.

4. Het “afzonderlijk beheer” van de ziekenhuizen (wijziging van art.10 van de ziekenhuiswet).

Artikel 10 van dezelfde gecoördineerde wet, wordt vervangen door de volgende bepaling :
« Art. 10. § I. De ziekenhuizen worden, overeenkomstig de door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit bepaalde voorwaarden, uitgebaat door een rechtspersoon die uitsluitend het beheer van één of meerdere ziekenhuizen of gezondheidsvoorzieningen als statutair doel heeft.

De Koning kan de in het vorig lid bedoelde gezondheidsvoorzieningen bij een in Ministerraad overlegd besluit nader omschrijven.

De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit afwijkingen voorzien ten aanzien van de bepaling bedoeld in het eerste lid.

§2. De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit de categorieën van rechtspersonen bepalen die een ziekenhuis mogen uitbaten. ».

Commentaar: de huidige tekst is een kort zinnetje dat zegt: "Elk ziekenhuis heeft een afzonderlijk beheer". De nieuwe tekst, die de mogelijkheid wil voorzien dat één rechtspersoon meerdere ziekenhuizen kan uitbaten –doch uitsluitend die maatschappelijke doelstelling heeft –vergt nog niet noodzakelijk dat van het huidige principe wordt afgeweken. Dus is het blijkbaar de bedoeling om het principe van het afzonderlijk beheer van het ziekenhuis af te schaffen, het beheren van meerdere ziekenhuizen door één vzw mogelijk te maken, te voorzien dat een ziekenhuis slechts kan beheerd worden door een rechtspersoon, en dat die rechtspersoon slechts één statutaire doelstelling mag hebben. OCMW's zijn dus uitgesloten. Fusies zijn niet meer nodig. Opslorpingen worden mogelijk en de ganse regelgeving inzake fusies (o.m. de beperking tot 700 bedden) wordt omzeild via deze mogelijkheid. De uitverkoop (overname of opslorping) van ziekenhuizen wordt behoorlijk versoepeld, wat voor het verplegend personeel en de medici drama's dreigt te veroorzaken, temeer daar er geen overheidscontrole meer wordt uitgeoefend zoals dat het geval is met de fusieplannen..

Men kan zelfs de ganse sector verkopen aan handelsvennootschappen (Amerikaanse?). Theoretisch wordt het morgen mogelijk dat één uitbatings-vzw alle Vlaamse, Brusselse of Waalse ziekenhuizen beheert, inclusief de totale extramurale gezondheidszorg. Doch even zeer bestaat de mogelijkheid dat alle ziekenhuizen uit de regio uitgebaat worden door een of meerdere huisartsen-vzw's. Is zoiets wel verstandig?

Voorstel: het principe van afzonderlijk beheer van elk ziekenhuis dient behouden te blijven. Als men meent dat basisprincipes zinloos worden, dan is het minstens zinvol hierover een breed maatschappelijk debat te organiseren. Idem wat de normen van fusies betreft. In elk geval is het ondemocratisch dergelijke principiële bevoegdheid ongebreideld aan de uitvoerende macht te delegeren. De wet bepaalt normaal de regel.

5. Bepalingen inzake zware medische apparatuur:

Een ganse reeks aanpassingen betreffen de zware medische apparatuur en de programmatie, erkenning, installatie en ook de uitbating (art 40) van deze laatste.

Commentaar: *als men de uitbating wil verhinderen dan moet de definitie van het begrip zware medische apparatuur en van alle instellingen, diensten of voorzieningen waarop dit toepasselijk volledig uit het arbitraire gehaald worden. Erkende beoefenaars moeten hun beroep op kwaliteitsvolle wijze en met de geëigende middelen kunnen uitoefenen, volgens de "regels van de kunst". Artikel 37 geeft de definitie van zware apparatuur. Het ligt voor de hand dat deze verouderd is en dringend aan een actualisering toe is.*

Voorstel : *reglementering over zware medische apparatuur mag hoogstens betrekking hebben op nieuwsoortige toestellen of uitrustingen, ongeacht of ze binnen of buiten een ziekenhuis worden gebruikt, die nog niet behoren tot de basisuitrusting voor algemene of speciale zorg met het oog op diagnose of behandeling, en die, hetzij door hun aankoop prijs, hetzij door de bediening ervan door hoog gespecialiseerd personeel, slechts in gering aantal lastens de Staat kunnen aangeboden worden. Ofwel is een techniek performant en kwaliteitsverbeterend, in welk geval de ontwikkeling ervan niet mag verhinderd worden. Ofwel is dat niet zo... Alleen in dit laatste geval mag de overheid de toegang blijvend beperken.*

6. Kamersupplementen (art. 90 en 91)

« Art. 90. § 1 . Voor het verblijf in een kamer met één of met twee bedden, met inbegrip van de daghospitalisatie, mag boven het budget van financiële middelen, ten laste van de patiënt die zulke kamer heeft geëist, een supplement worden aangerekend op voorwaarde dat ten minste de helft van het aantal bedden in het ziekenhuis beschikbaar kan worden gesteld voor het onderbrengen van patiënten die zonder supplementen wensen te worden opgenomen. In het in het eerste lid bedoelde aantal beschikbare bedden, moet een voldoende aantal bedden worden voorzien voor de kinderen die samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijven. De Koning stelt het maximum van het bedrag van het in het eerste lid bedoelde supplement vast dat respectievelijk voor het verblijf in een kamer met één bed en in een kamer met twee bedden mag worden aangerekend, na paritaire raadpleging van de verzekeringsinstellingen inzake verzekering voor geneeskundige verzorging en van de organen die de beheerders der ziekenhuizen vertegenwoordigen.

§ 2. Voor het verblijf in een afzonderlijke kamer, met inbegrip van de daghospitalisatie, mag in de volgende gevallen, geen supplement, zoals bedoeld in het eerste lid, worden aangerekend :

- a) wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden van onderzoek, van behandeling of van toezicht, het verblijf in een afzonderlijke kamer vereisen ;
- b) wanneer de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikken over onbezette bedden in kamers van twee of meer dan twee bedden, het verblijf in een afzonderlijke kamer vereisen ;
- c) wanneer de opname geschiedt op een eenheid voor intensieve zorg of voor spoedgevallenzorg.

Voor het verblijf in een kamer met twee bedden mag geen supplement worden aangerekend wanneer het niet beschikken over onbezette bedden in kamers van meer dan twee bedden, dit verblijf vereisen evenals in de gevallen bedoeld in het eerste lid, c"

§3 Voor de toepassing van §§1 en 2, kan de daghospitalisatie door de Koning nader worden omschreven."

« Art. 91. § 1. De Koning kan nadere regelen bepalen inzake :

- a) de aard van de bedragen ten laste van de patiënt, die hem vooraf moeten worden medegedeeld, ondermeer de supplementen bedoeld in artikel 90 en in artikel 138 ;
- b) de modaliteiten van de mededeling aan de patiënt, van de bedragen, bedoeld in a) ;
- c) de voorlegging ter ondertekening aan de patiënt van een document met vermelding van de in a) bedoelde bedragen.

Ten aanzien van de patiënten die in daghospitalisatie worden opgenomen, is het vorige lid, voor wat betreft de supplementen bedoeld in artikel 138, slechts van toepassing voor de verstrekkingen omschreven door de Koning in uitvoering van artikel 138, § 1 , derde lid. ».

Commentaar: zie punt...art 138.

7. Het basisbegrip "budget van financiële middelen" (art 94):

« Art. 94. Onverminderd artikel 90, dekt het budget van financiële middelen op forfaitaire wijze de kosten die verband houden met het verblijf in een kamer met meer dan twee bedden en het verstrekken van zorgen aan de patiënten in het ziekenhuis, met inbegrip van de patiënten in daghospitalisatie zoals omschreven door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

De Minister omschrijft de in het eerste lid bedoelde kosten.».

Commentaar: de daghospitalisatie wordt mee opgenomen in het ziekenhuisbudget..

8. Staatstoelagen universitaire zorgverlening (art 102)

1° het eerste lid van §1 wordt vervangen door de volgende bepaling :

De Staat kan een bijkomende toelage verlenen om specifieke kosten te dekken die verband houden met specifieke taken van een universitair ziekenhuis, een universitaire ziekenhuisdienst, een universitaire ziekenhuisfunctie of een universitair zorgprogramma, inzonderheid op het gebied van de patiëntenverzorging, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van medische activiteiten.» ;

2° in het tweede lid worden de woorden « vastgesteld en toegekend » vervangen door « vastgesteld, toegekend en uitbetaald ».

2° in het derde lid worden de woorden « de in artikel 87 bedoelde prijs » vervangen door « « het budget van financiële middelen » ;

3° in het derde lid worden tussen de woorden « universitaire diensten » en « na aftrek van de bijkomende toelage » de woorden « , functies of zorgprogramma 's » ingevoegd.

Commentaar: dit betekent bijzondere vergoedingen lastens de Staat toekennen aan universitaire diensten, zorgprogramma's of functies, op grond van de eenvoudige reden dat ze "universitair" zijn, ongeacht de soort zorgen die er worden verstrekt. Het huidige art 102 voorziet die mogelijkheid alleen voor de "specifieke hospitalisatiekosten" van een patiënt die wegens de ernst van zijn aandoening slechts kan onderzocht of behandeld worden in een universitaire dienst

Intellectueel oneerlijk is dat hier de ziekenhuiswet gebruikt wordt om minstens dubbel voordeel te scheppen, enerzijds op basis van de erkenning (art 4) –plus de specifieke regelgeving van het budget -, d.w.z. lastens de gezondheidszorg, en anderzijds nog eens op basis van staatstoelagen. Dat, terwijl de beleids optie door de regering werd voorgesteld als zou de specifieke universiteitsfunctie afzonderlijk worden gefinancierd.

Voorstel : het huidig selectief criterium zou moeten behouden blijven. Dezelfde zorgen dienen op dezelfde wijze te worden vergoed, ongeacht of ze binnen of buiten een universitair ziekenhuis gebeuren. Taken die buiten de zorgfunctie behoren dienen via een ander kanaal dan de gezondheidszorg te worden gefinancierd.

9. Tarievenregeling ziekenhuisartsen (art 138 en een aanvullende overgangsbepaling)

Art. 138. § 1. Indien er een akkoord, zoals bedoeld in artikel 50 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, van kracht is, moeten de verbonden ziekenhuisgeneesheren de verbintenistarieven naleven voor de patiënten opgenomen in tweepersoonskamers of in gemeenschappelijke kamers.

Worden gelijkgesteld met de patiënten opgenomen in tweepersoonskamers of in gemeenschappelijke kamers, deze die beantwoorden aan één van de voorwaarden, bedoeld in artikel 90, § 2.

Het eerste en tweede lid zijn eveneens van toepassing ten aanzien van de patiënten in daghospitalisatie voor de verstrekkingen omschreven door de Koning.

§ 2. In het geval bedoeld in § 1 ,delen de ziekenhuisgeneesheren die niet verbonden zijn in de zin van §1 , dit mede aan de beheerder die daarvan kennis geeft aan de Medische Raad en aan de verzekeringsinstellingen.

De in het eerste lid bedoelde geneesheren, kunnen, onverminderd § 5, eerste lid, ten aanzien van de in § 1 , eerste en tweede lid, bedoelde patiënten tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven, voor zover terzake in de algemene regeling, bedoeld in artikel 130, maximumtarieven zijn vastgesteld, en deze door de betrokken geneesheren worden nageleefd, Dit onderdeel van de algemene regeling dient vóór de toepassing ervan, door de beheerder aan de Paritaire Commissie Geneesheren -Ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen te worden medegedeeld.

Het tweede lid is eveneens van toepassing op de patiënten in daghospitalisatie, voor de verstrekkingen zoals omschreven door de Koning,

§ 3. De beheerder en de Medische Raad waarborgen dat alle in § 1 bedoelde patiënten tegen verbintenis tarieven kunnen worden verzorgd. De beheerder neemt, na overleg

met de Medische Raad, daartoe de nodige initiatieven en geeft daarvan kennis aan de Medische Raad. »

De Koning kan modaliteiten bepalen voor de toepassing van het eerste lid.

§ 4. Indien er geen akkoord, zoals bedoeld in artikel van 50 van voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, van kracht is, kunnen de geneesheren, onverminderd § 5, tweede lid, ten aanzien van de in § 1 , eerste en tweede lid, bedoelde patiënten tarieven aanrekenen die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, voor zover terzake overeenkomstig de in § 2, tweede lid, bedoelde regelen, de maximumtarieven zijn vastgesteld en deze door de geneesheren worden nageleefd. Dit onderdeel van de algemene regeling dient vóór de toepassing ervan, door de beheerder aan de Paritaire Commissie Geneesheren - Ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen te worden medegedeeld.

Het eerste lid is eveneens van toepassing op patiënten in daghospitalisatie voor de verstrekkingen zoals omschreven door de Koning.

§ 5. De Koning bepaalt de categorieën van patiënten ten aanzien van dewelke de in § 2, bedoelde geneesheren geen tarieven mogen aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven.

Ten aanzien van de in het eerste lid bedoelde. patiënten vormen, in het geval er geen akkoord van kracht is, zoals bedoeld in § 4, de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, de maximumtarieven die door de geneesheren kunnen worden aangerekend. ».

Overgangsbepaling (art 134 van het ontwerp):

"Zolang de tarieven bedoeld in artikel 138,§2, tweede lid, van voornoemde gecoördineerde ziekenhuiswet, gewijzigd bij deze wet, niet kunnen worden aangerekend op grond van het feit dat deze nog niet zijn vastgesteld overeenkomstig in hetzelfde artikel 138,§2, tweede lid, bedoelde regelen, mogen slechts deze supplementen worden aangerekend, welke op de datum van inwerkingtreding van deze wet zijn medegedeeld aan de patiënten bij toepassing van het koninklijk besluit van 3 oktober 1991 tot bepaling van de nadere regelen inzake de mededeling aan de patiënten van de supplementen die ten opzichte van de verbintenistarieven worden aangerekend en van ieder ander supplement."

Commentaar: *het is van het grootste belang dat de Medische Raden op dit ogenblik de bestaande formele aspecten m.b.t. deze overgangsbepaling in hun ziekenhuis natrekken.*

10. Artikel 139bis blijft ongewijzigd.

Commentaar: *hier blijven blijkbaar alle rechtstreekse en onrechtstreekse kosten vermeld die niet gedekt worden door de "verpleegdagprijs", terwijl in alle andere artikels dit begrip vervangen wordt door het "ziekenhuisbudget". De vorige regering had formeel beloofd art 139bis te schrappen.*

Voorstel : **Art 139bis dient geschrapt te worden. Indien dit politiek niet haalbaar is moeten tenminste de woorden " die niet door de verpleegdagprijs worden vergoed", vervangen worden door: "die niet gedekt worden door het budget van financiële middelen, of op om het even welke andere wijze..."**

(NB: "om het even welke andere wijze" is onbetwistbaar verantwoord, en in de eerste plaats voor de collegae universitaire ziekenhuisartsen, aangezien in hun instellingen ook andere financieringsbronnen de werking van de diensten, functies en zorgprogramma's financieren. Het is niet logisch dat hun honoraria desondanks de kosten dekken.)

11. Financiële bepalingen van individuele overeenkomsten

Wijziging van art 140:

1° in §§ 1,3° en 3, worden de woorden « de verpleegdagprijs » vervangen door « het budget » ;

Commentaar: "het budget" is nogal laconiek.

Voorstel: in art. 140 §1,3° en §3 de woorden "die niet door de verpleegdagprijs..." vervangen door "die niet gedekt worden door het budget van financiële middelen van het ziekenhuis of op enige andere wijze worden vergoed."

(NB: "op enige andere wijze": zie onze opmerking betreffende art 139bis, o.m. voor wat betreft de universitaire ziekenhuisartsen, vermits specifieke functies op andere wijze dan via het budget kunnen worden vergoed).

2° het artikel wordt aangevuld met een §5, luidend als volgt:

« § 5. De overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad, zoals bedoeld in §§ 3 en 4, is bindend voor de betrokken ziekenhuisgeneesheren, niettegenstaande elk andersluidend beding in de individuele overeenkomsten en benoemingsakten bedoeld in artikel 131. ». ,

Commentaar: de geneesheren –vrije beroepers beschikken niet langer over dezelfde rechten als andere burgers. Onaanvaardbaar. Waartoe dient een individuele overeenkomst nog?

Voorstel: schrappen. Het is **INTELLECTUEEL ONEERLIJK** en **onaanvaardbaar te stellen dat de medische raad enerzijds wel bevoegd is om mede te beslissen welke de inhoud van de financiële bepalingen van het contract van de ziekenhuisgeneesheer zijn, en ZELFS wat hij moet afstaan OM DE MEDISCHE ACTIVITEIT IN STAND TE HOUDEN, terwijl anderzijds artikel 125, 7° vandaag aanleiding geeft tot rechtspraak die de beheerder zou toelaten éézijdig het contract van die ziekenhuisgeneesheer te beëindigen, zonder dat hierover de medische raad zou moeten geraadpleegd worden .**

Bijgevolg moet minstens artikel 125,7° zodanig aangepast worden dat elk beslissing van de ziekenhuis-beheerder die de stopzetting of schorsing van de activiteit van een ziekenhuisarts tot gevolg heeft, steeds het verzwaard advies van de medische raad vergt

Tevens moet minstens de toepassing van voormelde §5 van art 140 beperkt worden tot de bijdragen §4 in zoverre het om een algemene, niet discriminerende maatregel gaat die wordt goedgekeurd door de algemene vergadering van de ziekenhuisgeneesheren. Deze inhoudingen zijn slechts bindend voor de ziekenhuisgeneesheren, indien de maatregelen bedoeld in §1,4° daadwerkelijk worden uitgevoerd. De ziekenhuisgeneesheer kan de terugvordering eisen indien dit laatste niet het geval is.

PATIENTENRECHTEN VAN MINISTER AELVOET

Voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK I : Algemene bepalingen

Artikel 2

§ 1 Deze wet regelt rechten van de mens inzake gezondheid.

§ 2 Zij is van toepassing op privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheid in het algemeen en in het bijzonder inzake gezondheidszorg verstrekt door een zorgverlener aan een patiënt

§ 3 Bij een in ministerraad overlegd besluit kan de Koning nadere regelen bepalen inzake de toepassing van de wet op door Hem te omschrijven rechtsverhoudingen die de gezondheid betreffen, teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming.

Artikel 3

Voor de toepassing van deze wet moet worden verstaan onder :

1° patiënt: iedere natuurlijke persoon, gebruiker van diensten inzake gezondheidszorg, al dan niet op eigen verzoek;

2° gezondheidszorg: diensten verstrekt door een zorgverlener met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden;

3° zorgverlener :

- a) elke beroepsbeoefenaar bedoeld in het K.B. nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies alsmede elke beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen;
- b) elke voorziening die gezondheidszorg verstrekt al dan niet geregeld krachtens de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, of de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en betreffende andere vormen van verzorging, hierna gezondheidszorgvoorziening genoemd.

HOOFDSTUK II : Rechten van de patiënt

Artikel 4

De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de zorgverlener recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften en in overeenstemming is met de geldende standaard en met een correcte bejegening.

Artikel 5

§ 1 De patiënt heeft recht op vrije keuze van de zorgverlener en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd bij wet en onverminderd §2.

§ 2 Indien aan de patiënt gezondheidszorg wordt verstrekt door of in een gezondheidszorgvoorziening, heeft hij het recht om uitdrukkelijk en voorafgaandelijk de bij koninklijk besluit bepaalde informatie inzake organisatie en werking van de betrokken gezondheidszorgvoorzieningen te ontvangen. Deze informatie heeft in ieder geval ook betrekking op de beperkingen die in verband met in §1 bedoelde vrije keuze ten opzichte van een beroepsbeoefenaar kunnen gesteld worden.

§ 3 De in §2 bedoelde gezondheidszorgvoorziening ziet erop toe dat de in deze wet bepaalde rechten worden geëerbiedigd door alle er werkzame beroepsbeoefenaars.

Tenzij in de in §2 bedoelde informatie voor sommige er werkzame beroepsoefenaars uitdrukkelijk anders bepaald wordt, is de gezondheidszorgvoorziening aansprakelijk voor alle tekortkomingen die er plaatsvinden.

Artikel 6

§ 1 De patiënt heeft tegenover de zorgverlener recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.

Op verzoek van de patiënt wordt de informatie schriftelijk bevestigd.

Op verzoek van de patiënt wordt de informatie meegedeeld aan een door hem aangewezen persoon. Dit verzoek van de patiënt en de identiteit van deze persoon worden opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 2 De zorgverlener mag bedoelde informatie uitzonderlijk onthouden aan de patiënt, voorzover het meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou meebrengen en mits hij hierover een andere zorgverlener heeft geraadpleegd.

In dergelijk geval voegt de zorgverlener een schriftelijke -motivering toe aan het patiëntendossier en licht hij desgevallend de in §1 derde lid aangewezen persoon in.

§ 3 De informatie wordt niet aan de patiënt verstrekt indien hij hierom uitdrukkelijk verzoekt.

Het verzoek van de patiënt wordt opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.

Artikel 7

§ 1 De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in ieder optreden van de zorgverlener.

Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de zorgverlener, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden.

Op verzoek van de patiënt wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 2 De patiënt heeft het recht om de in § 1 bedoelde toestemming te weigeren of in te trekken.

Tenzij de patiënt dit uitdrukkelijk wil, heeft deze weigering of intrekking niet tot gevolg dat het in artikel 4 bedoelde recht jegens de zorgverlener ophoudt te bestaan.

Op verzoek van de patiënt of de zorgverlener wordt de weigering of intrekking van de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 3 De in § 1 bedoelde informatie heeft betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's van het optreden, de financiële aspecten en de mogelijke alternatieven. Ze betreft bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de zorgverlener relevant geachte verduidelijkingen.

§ 4 De informatie wordt voorafgaandelijk en tijdig verstrekt.

De communicatie met de patiënt geschiedt in een duidelijke en begrijpelijke taal, evenwel met eerbiediging van de taalwetgeving.

De informatie wordt op verzoek van de patiënt schriftelijk bevestigd

§ 5 Op verzoek van de patiënt wordt de in dit artikel bedoelde informatie meegedeeld aan een door hem aangewezen persoon.

De informatie wordt niet aan de patiënt verstrekt indien hij hierom uitdrukkelijk verzoekt.

Het verzoek van de patiënt en desgevallend de identiteit van de aangewezen persoon worden opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.

Artikel 8

§ 1 De patiënt heeft ten opzichte van de zorgverlener recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

Op verzoek van de patiënt voegt de zorgverlener door de patiënt verstrekte documenten toe aan het hem betreffende patiëntendossier.

§ 2 De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier.

Indien de patiënt dit wenst, kan hij zich laten bijstaan of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen persoon al dan niet beroepsbeoefenaar.

Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt zo spoedig mogelijk gevolg gegeven.

De persoonlijke notities van de beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten.

§ 3 De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, tegen kostprijs, overeenkomstig de in §2 bepaalde regels.

§ 4 Op verzoek van de patiënt overhandigt of vernietigt de zorgverlener geheel of gedeeltelijk het hem betreffend patiëntendossier. De Koning bepaalt na advies van de in artikel 17 bedoelde commissie de gevallen waarin en de voorwaarden waaronder niet op dit verzoek moet worden ingegaan.

§ 5 Na het overlijden van de patiënt hebben de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt het in §2 en §3 bedoelde recht op inzage en afschrift voorzover zij blijken geven van een voldoende gemotiveerd belang en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet.

Artikel 9

§ 1 De patiënt heeft recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij ieder optreden van de zorgverlener en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid.

§ 2 Geen inmenging is toegestaan met betrekking tot de uitoefening van dit recht dan voor zover het bij wet is voorzien en nodig is voor de bescherming van de volksgezondheid of voor de bescherming van de rechten en de vrijheden van anderen.

Artikel 10

§ 1 De patiënt heeft het recht om door de zorgverlener te worden gehoord over iedere uiting van onvrede in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet teneinde in onderling overleg een oplossing te vinden.

§ 2 De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie. In gezondheidszorgvoorzieningen kunnen de klachten betrekking hebben op alle beroepsbeoefenaars die er werkzaam zijn.

1° het behandelen van de in §2 bedoelde klachten met het oog op: het bereiken van een minnelijke schikking;

2° het inlichten van de patiënt inzake de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 1° bedoelde minnelijke schikking;

3° Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie.

§ 4 Bij een in ministerraad overlegd besluit en na advies van de in artikel 17 bedoelde commissie regelt de Koning de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie dient te voldoen wat betreft de onafhankelijkheid, het beroepsgeheim, de deskundigheid, de juridische bescherming, -de organisatie, de werking, de procedureregeling en de gebiedsomschrijving.

Deze regelen kunnen verschillen naargelang de ombudsfunctie betrekking heeft op gezondheidszorgvoorzieningen dan wel op andere zorgverleners.

HOOFDSTUK III Vertegenwoordiging van de patiënt

Artikel 11

§ 1 Indien de patiënt minderjarig is, worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door zijn voogd.

§ 2 De patiënt wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten rekening houdend met zijn leeftijd en graad van ontwikkeling. Indien hierbij blijkt dat hijzelf zijn rechten kan uitoefenen heeft hij het recht dit zelf te doen zonder tussenkomst van zijn ouders of voogd.

Artikel 12

§ 1 Bij een meerderjarige patiënt die valt onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door zijn ouders of door zijn voogd.

§ 2 De patiënt wordt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

Artikel 13

§ 1 Indien een meerderjarige patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke beoordeling van zijn belangen inzake zijn gezondheid en niet valt onder de in artikel 12 bedoelde statuten, worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden.

De aanwijzing van deze persoon geschiedt bij een gedagtekend en door de patiënt en deze persoon ondertekend bijzonder schriftelijk mandaat waaruit de diens toestemming blijkt. Dit mandaat kan door de patiënt door een gedagtekend en ondertekend geschrift worden herroepen.

§ 2 Ontbreekt een persoon zoals bedoeld in §1 of treedt deze niet op dan worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner.

Indien deze persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door een ouder, een meerderjarig kind, een meerderjarige broer of zus van de patiënt.

Indien ook een dergelijke persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, behartigt de zorgverlener de belangen van de betrokken patiënt.

Dit is eveneens het geval bij conflict tussen twee of meer van de hierboven genoemde personen, tenzij dit conflict aan de bevoegde rechter wordt voorgelegd.

§ 3 De patiënt wordt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

Artikel 14

In het belang van de patiënt en teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden, Wijkt de zorgverlener af van de beslissing genomen door de in artikel 11, 12 en 13 §2 bedoelde persoon.

Indien de beslissing genomen werd door een in artikel 13 §1 bedoelde persoon wijkt de zorgverlener hiervan slechts af voor zover die persoon zich niet kan beroepen op de uitdrukkelijke wil van de patiënt.

In dergelijk geval voegt de zorgverlener een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier

Artikel 15

Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaandelijk uitgedrukte wil van de patiënt of zijn vertegenwoordiger kan ieder noodzakelijk optreden van de zorgverlener onmiddellijk gebeuren in het belang van de gezondheid van de patiënt. De zorgverlener voegt hieromtrent een schriftelijke toelichting aan het patiëntendossier toe en handelt overeenkomstig artikel 7 van zodra dit mogelijk is.

Artikel 16

Indien de patiënt toen hij nog tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat was schriftelijk te kennen heeft gegeven zijn toestemming tot een welomschreven optreden van de zorgverlener te weigeren, dient deze weigering te worden geëerbiedigd.

HOOFDSTUK IV : Federale commissie “ rechten van de patiënt”

Artikel 17

§ 1 Bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu wordt een Federale .Adviescommissie 'Rechten van de Patiënt' opgericht.

§ 2 Bedoelde commissie heeft tot taak :

1° Verzamelen en verwerken van nationale en internationale informatie met betrekking tot patiëntenrechtelijke aangelegenheden.

2° Op verzoek of op eigen initiatief adviseren van de overheid met betrekking tot rechten en plichten van patiënten en zorgverleners.

3° Evalueren van de toepassing van de rechten bepaald in onderhavige wet.

4° Het waken over de kwaliteit van de ombudsfuncties en evalueren van hun werking;

5° Behandelen van klachten tegen een ombudsfunctie

§ 3 Bij de commissie wordt een ombudsfunctie opgericht. Deze is bevoegd om een klacht van een patiënt in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet, door te verwijzen naar de bevoegde ombudsfunctie of bij ontstentenis hiervan, deze zelf te behandelen.

§ 4 De Koning bepaalt nadere regelen inzake de samenstelling en de werking van de Federale commissie 'Rechten van de patiënt'. In de samenstelling wordt een evenwichtige verhouding gewaarborgd tussen vertegenwoordigers van de patiënten, van de zorgverleners en verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 2 i van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte geneeskundige verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 5 Het secretariaat van de commissie wordt waargenomen door de ambtenaar – generaal aangeduid door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

HOOFDSTUK V: Wijzigende – en slotbepalingen

Artikel 18

In de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt een artikel 70quater ingevoegd luidend als volgt :

" Art 70quater. Ieder ziekenhuis moet beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 10 §2, van de wet van ... betreffende de rechten van de patiënt met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven onder de welke bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag uitgeoefend worden. "

Artikel 19

In artikel 10, §2, van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, zoals gewijzigd door de wet van 11 december 1998 worden het eerste en het tweede lid vervangen door de volgende bepalingen :

"Elke persoon heeft het recht om op rechtstreekse wijze kennis te krijgen van de persoonsgegevens die betreffende zijn gezondheid worden verwerkt. Indien hij dit wenst, kan hij zich laten bijstaan door een persoon naar zijn keuze.

Op verzoek van de betrokken persoon kan de mededeling gebeuren door tussenkomst van een door hem gekozen beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg."

Artikel 20

De eerste zin van het eerste lid van artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt geschrapt.

**VOORONTWERP VAN WET BETREFFENDE DE RECHTEN VAN DE PATIËNT
(VERSIE 01.03.2001)
COMMENTAAR EN VOORSTELLEN TOT AANPASSING**

Art 2,§1 Deze wet regelt de rechten van de mens inzake de preventieve of curatieve bescherming van de gezondheid, en de bijzondere maatschappelijke bescherming geboden aan de zieke mens.

De wet gaat blijkbaar uit van de verkeerde veronderstelling dat de gezonde mens gezondheidszorg behoeft. Dit blijkt trouwens uit de definitie van de patiënt als "gebruiker van diensten inzake gezondheidszorg". De gezonde "patiënt", althans volgens die definitie, dient daarentegen als een "misbruiker" van bvb. de curatieve gezondheidszorg" te worden aanzien. Het aanbieden van curatieve gezondheidszorg aan een gezonde mens lijkt al evenzeer een misbruik. Het uitgangspunt is er een van louter consumentisme en bevordert bijgevolg de, momenteel nog zeer beperkte, "medical shopping" tot een extreme vorm van verbruikersrecht. De gezonde mens behoeft terzake geen specifieke rechten, wel gewoon de rechten van de mens. Wat niet het opzet kan zijn van deze afzonderlijke wet.

Wel het "beschermen van de gezondheid" en/of het "beschermen van de zieke mens". Deze laatste component is minstens van even fundamenteel belang

§2: "gezondheid" vervangen door "bescherming van de gezondheid en de bescherming van de zieke mens"

Het komt er immers op aan de mens te beschermen tegen alles wat ziekmakend is in de samenleving, en de zieke mens te beschermen tegen alle misbruiken die vanuit de samenleving kunnen ontstaan gelet op zijn zwakke situatie als gevolg van zijn verzwakte toestand.

§3: schrappen

De wet vangt aan met een o.i. onbetamelijk ruime bevoegdheidsdelegatie aan de uitvoerende macht. Anderzijds begrijpen wij niet waarom men daarmee precies de gezondheidszorg wil treffen, wat de brede maatschappelijke draagkracht van de wet nutteloos verengt. Bij wijze van voorbeeld: het laatste artikel (art.20) heeft nauwelijks met het begrip "gezondheid" te maken, maar wel met

een belangrijk en fundamenteel maatschappelijk probleem. Is het dan niet beter hetzelfde principe te hanteren om de aard van de sub art 2,§2 beoogde rechtsverhoudingen juist niet te beperken zoals men nochtans doet onder §3, nl. tot de "rechtsverhoudingen die de gezondheid betreffen"?

Art. 3, 1° patiënt : natuurlijke persoon die, met het oog op de preventieve of curatieve bescherming van zijn gezondheid, al dan niet op eigen verzoek, beroep doet op gezondheidszorg;

Zie bemerking art 2,§1: de finaliteit van het gebruiken van gezondheidszorg is inherent aan het begrip "patiënt". Zoniet is "patiënt"="mens".

"Al dan niet op zijn verzoek" : kan een beperking van het zelfbeschikkingsrecht impliceren, wat ons voldoende belangrijk lijkt om de tekst te verduidelijken.

Terloops merken wij op dat "gezondheid" niet gedefinieerd wordt. De draagwijdte van de rechten die in de wet geregeld worden is dus "onbepaald".

2° "gezondheidszorg: diensten..."

Fitness-centra en horeca leveren ook diensten om de gezondheidstoestand te bevorderen of te behouden. Men zal o.i niet anders kunnen dan verwijzen naar de handelingen omschreven in de artikels 2,3,4,5,§2,21bis, 21 quater,22 enz...van het KB nr 78

3° zorgverlener: de natuurlijke of rechtspersoon die diensten van gezondheidszorg verleent, overeenkomstig :

- a) hetzij de bepalingen van het KB nr 78.....commissies. (de rest schrappen);
- b) hetzij overeenkomstig de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen of de wet van 27 juni 1978..... van verzorging.

-Van essentieel belang is dat de beroepsbeoefenaars en andere zorgverleners wettelijk erkend moeten zijn, zoniet verlaat men een fundamenteel principe van het KB nr 78, nl. de kwaliteitsbescherming van de Volksgezondheid door officieel gekwalificeerde personen. De beoefenaars van niet-conventionele praktijken, aangezien ze niet erkend zijn, kunnen bijgevolg niet opgenomen worden onder de zorgverleners van de gezondheidszorg. "Elke" (d.w.z. om het even welke, als hij maar beroepsbeoefenaar is) dreigt een bijzonder nare evolutie in de gezondheidszorg te induceren.

-Uit het verdere verloop van de tekst, en vooral vanaf de artikels betreffende de relationele aspecten patiënt-zorgverlener, blijkt duidelijk welke onzinnige mengelmoes er geschapen wordt door het gebruik van het polymorfe verzamelbegrip "zorgverlener". We behouden het begrip zolang het enigszins kan, doch met de onaangename en aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid dat de gevolgen van de maatregelen niet in te schatten zijn, dat ze het eigenlijke opzet hoe dan ook overstijgen, en dat ze de nu bestaande bescherming van de patiënt ongetwijfeld zullen schaden..

Art 4: Schrappen "... tegenover de zorgverlener..."

Waarom uitsluitend tegenover de "zorgverlener"?Het recht op eerbiediging van de menselijke waardigheid en de zelfbeschikking van de patiënt, moet tegenstelbaar zijn aan iedereen.

Art 5, §1:"...en recht op wijziging van deze keuze behoudens uitzonderlijke beperkingen opgelegd bij wet met het oog op dwingende maatregelen voor de bescherming van de Volksgezondheid."

-Het is overduidelijk dat het ontwerp gedomineerd wordt door andere beweegredenen dan de patiëntenrechten. Hier kunnen rechtsbeperkingen opgelegd worden, niet alleen bij wet, doch ook door "zorgvoorzieningen" (§2). Dat is het ware gelaat van dit document.

Bestaande rechten van de patiënten AFBOUWEN is een zonderling object voor een "Wet betreffende de rechten van patiënten"! Art 127 van de gecoördineerde GVVU-wet van 14.07.1994

voorzag al jaren dat de rechthebbenden zich vrijelijk kunnen wenden tot alle zorgverleners die, in tegenstelling met het voorliggend voorontwerp, met de nodige juridische precisie, worden opgesomd en met vermelding van de aard van de door hen geleverde respectieve verstrekkingen (NB : héél wat anders dan de hopeloze mist die hier geschapen wordt). Nooit heeft enig rechthebbende, noch enig zorgverlener enig probleem met dit vrije keuzerecht ondervonden. Maar, nu de regering een wet op de patiëntenrechten wil maken, moet er plots aan dit fundamentele basisrecht getornd worden. Dit is onbegrijpelijk

-De verwijzing naar §2 houdt een ongehoorde bevoegdheidsdelegatie in aan de uitvoerende macht en, onrechtstreeks, aan de vormloze "Alien" van de "gezondheidszorgvoorziening". Wat bij een wet niet kan moet dan maar kunnen bij een gewoon KB waarbij beperkingen van de keuzevrijheid legistisch vermomd worden tot "informatie". En zelfs méér dan dat: die informatie heeft" in ieder geval" (dus: steeds) betrekking op beperkingen van de keuzevrijheid die kunnen opgelegd worden.

§2 :Eerste lid, eerste zin: "door en/of in een voorziening zoals bedoeld in art 3,3°,b), heeft hij..."
Volgende zin na de eerste inlassen: "Deze informatie wordt, wat het medisch departement van het ziekenhuis betreft, voorafgaandelijk geïmplementeerd door de Medische Raad".
Tweede zin: na "...de beperkingen" als volgt wijzigen: "beperkingen die in verband met het zorgaanbod gesteld worden."

Tweede en derde lid: "gezondheidszorgvoorziening" vervangen door "de voorziening bedoeld bij art 3,3°,b)"
(NB: best wordt dezelfde wijziging doorgevoerd telkens wanneer het woord "gezondheidszorgvoorziening" verschijnt)

-Het exclusief alternatief "door of in" strookt geenszins met de gangbare werkelijkheid. Bij opgenomen patiënten verleent zowel het ziekenhuis als de arts zorgen. Bij poliklinische patiënten, dikwijls alleen de arts.

-De auteur verwacht het begrip "beperking van het recht van de patiënt", met "beperking inzake het zorgaanbod". Zelfbeschikkingsrecht impliceert ook in een ziekenhuis een vrij keuzerecht: de keuze tussen soorten van behandeling, tussen voortzetting of stopzetting van de behandeling, tussen weggaan uit het ziekenhuis en zich wenden naar een ander, tussen zich neerleggen bij een medisch advies of het inwinnen van een tweede advies, tussen behandeling door Dr A, B of C van het medisch team, enz...

Art 6, §1, tweede lid wijzigen: Op verzoek van de patiënt worden hem de schriftelijke stukken bezorgd.

Derde lid: "persoon" vervangen door "vertrouwensarts".

-Het ligt voor de hand dat de vereiste om de patiënt "alle" hem betreffende informatie ook schriftelijk te bezorgen gaat leiden tot een fenomenale overlast voor de artsen, en dat zulks materieel onmogelijk is wegens tekort aan mankracht en financiële middelen. Theoretisch impliceert dit immers dat het verbaal verloop van elke raadpleging kan aanleiding geven tot een schriftelijk proces-verbaal.

-Het derde lid van §1 van dit artikel 6 is niet alleen onbegrijpelijk in de context van artikel 20, maar is vooral onthutsend. Artikel 95, eerste lid van de wet op de landsverzekeringsovereenkomst, dat in art 20 geschrapt wordt, wordt hier honderdvoudig maal versterkt heringevoerd. De "persoon" (ook rechtspersoon) kan voortaan niet alleen een verzekeraar zijn, maar ook een bankier, een vastgoedmakelaar, een werkgever, een geldschieter, een sportclub...

Dat alles natuurlijk omdat men op louter vooringenomen doctrinaire redenen het woordje "vertrouwensarts" wil vermijden. Ook natuurlijk wegens de bovenvermelde hopeloos ondoorzichtige mengelmoes die geschapen wordt door de term "zorgverlener".

§2 , eerste lid: "...nadeel voor de gezondheidstoestand van de patiënt "
"...en mits hij hierover een andere zorgverlener geeft geraadpleegd" schrappen.

Tweede lid: "...en licht hij desgevallend de in §1, derde lid, aangewezen persoon in." Dient absoluut te worden geschrapt tenzij deze "zorgverlener" de "vertrouwensarts" is.

-Eerste lid: hoe komt men erbij dat de zorgverlener, zonder het akkoord van de patiënt, een andere zorgverlener zou raadplegen over diens geval? Probeert de auteur nu eigenlijk te zeggen dat zo'n vertrouwensarts wel bijzonder nuttig is, maar dat hij, om ons onbekende redenen, dat woord niet wil gebruiken?

Als de "persoon" een verzekeraar is, krijgt het tweede lid een bijzonder tragikomische betekenis. Elke vorm van contractuele afdwingbaarheid moet immers strikt verboden worden.

Art 7, §3: Tweede zin: "Ze betreft bovendien de mogelijke gevolgen, voor zover te voorzien, in geval van weigering..."

Medische zorgverlening is geen exacte wetenschap, net zoals het menselijk lichaam geen machine is.

§4, tweede zin: Punt na "begrijpelijke taal". Vervolgens wijzigen: "Wat de taal betreft, kan de patiënt uitsluitend aanspraak maken op de verplichtingen van zorgverleners in uitvoering van de taalwetgeving."

§5 schrappen.

Werd al geregeld in art.6. NB: daar is de landsverzekeringsovereenkomst weer! Elke contractuele afdwingbaarheid moet verboden worden.

Art. 8, §1 na "zorgverlener", toevoegen "binnen diens bevoegdheid"

De verwarring gecreëerd door de introductie van het begrip "zorgverlener" bereikt in de hierop volgende §§ omtrent het "patientendossier" haar hoogtepunt.

§2 Eerste zin aanvullen met : "door tussenkomst van een door hem aangeduide vertrouwensarts."
Tweede zin: induceert een tweeledig probleem:

-als men stelt dat de vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar kan zijn, dan moet ook gepreciseerd worden dat het hier gaat om het patientendossier dat behoort tot de betrokken beroepsbevoegdheid

-de "aangewezen persoon" laat weer de, volgens de ministeriële nota "patiëntonvriendelijke" aspecten van de wet op de landsverzekeringsovereenkomst opduiken. Het essentiële in deze is dat de wet op de patiëntenrechten de garantie zou moeten inhouden dat die "persoon" uitsluitend het gezondheidsbelang van de patiënt mag dienen en dat zijn aanwijzing gebeurt buiten elk ander contractueel of financieel verband.

Het onder art 9 §2 voorziene "Geen inmenging is toegestaan met betrekking tot de uitoefening van dit recht...", lost helemaal niets op, aangezien men er altijd zal van uitgaan dat de "aanwijzing" van de persoon die toegang verkrijgt tot de informatie vrijwillig door de patiënt gebeurt. In de volkstaal noemt men zoiets "boerenbedrog". Men moet dan ook uitdrukkelijk voorzien dat elk contractueel beding dat er rechtstreeks of onrechtstreeks toe strekt de patiënt een persoon te laten aanwijzen met het oog op het verkrijgen van gegevens betreffende zijn gezondheidstoestand, streng verboden en strafbaar is.

Art 8, §4: Onaanvaardbaar en onbegrijpelijk! Hoe kan de arts de patiënt verder behandelen als hij de gegevens van het dossier moet vernietigen op verzoek van de patiënt? Wat met erfelijke belasting? Hoe kan een artse de nakomelingen van een individu met een overerfbare aandoening correct diagnosticeren en behandelen indien het dossier van een/of de ouders werd vernietigd? Wat met de toestemming van de patiënt die in het dossier genotuleerd moet worden? Wat met de bewijzen betreffende de verstrekte informatie? Wat met de elementen die noodzakelijk zijn voor mogelijke medico-legale problemen? Hoe kan een arts zich nog verdedigen als het bewijs van de

“informed consent”, opgenomen in het dossier, mee wordt vernietigd en de patiënt naderhand een klacht indient wegens al dan niet vermeende complicaties?

Al deze vragen bewijzen dat men vertrekt van een verkeerde opvatting inzake het eigendomsrecht over het dossier.

Art 8, §5 roept fundamentele ethische vragen op en is nauw verbonden met de euthanasieproblematiek. Het is niet omdat de patiënt zich niet uitdrukkelijk zou verzet hebben dat het recht op inzage en afschrift van het medisch dossier zomaar mogelijk moet kunnen zijn.

Wat is trouwens een “voldoende gemotiveerd belang”?

Moet de verstrekker, in casu de arts, zelf vaststellen wie wie is en zo ja op welke manier en mits welke bevoegdheid? Of moet hij er telkens een notaris of deurwaarder bijhalen om het bewijs te verkrijgen dat het ofwel de wettelijke echtgenoot is, ofwel de wettelijk samenwonende partner ofwel een andere partner, al dan niet van hetzelfde geslacht, of een bloedverwant tot en met de tweede graad van de patiënt?

Art 16: "Indien de onbewuste patiënt..."

Einde zin: "...tenzij zulks een levensbedreiging zou inhouden."

Men raakt hier ongetwijfeld een domein dat mede in de context van het wetsvoorstel inzake euthanasie moet bekeken worden, o.m. wat het probleem van de waarde van de wilsverklaring betreft.

Hoe dan ook wordt de taak van de functie spoedgevallen reeds bij KB gedefinieerd als, o.m. het stabiliseren van de toestand van de patiënt bij levensbedreigende situaties. Dit weigeren, zelfs met de schriftelijke toestemming van de patiënt, zou dus uit hoofde van de zorgverlener een inbreuk zijn.

Art 17: de gedachte van een federale commissie die de klachtenproblematiek opvolgt werd reeds eerder door ons gesuggereerd. Daar waar men beoogt een ombudsfunctie in leven te roepen, ziet men echter niet in waarom dit op hoger niveau moet berusten op een vertegenwoordiging die uitgaat van belangentegenstellingen. Wij pleiten voor de totale neutraliteit en onafhankelijkheid van de ombudsfunctie (rechtstreekse financiering door Volksgezondheid).

Samenstelling van de federale commissie: uitsluitend ethisch deskundigen van buiten de sector, ethische deskundigen uit het landschap van de zorgverlening en vertegenwoordigers van de ombudsfuncties zelf.

Art 18: is het wel zinvol dat elk ziekenhuis over een aparte ombudsfunctie moet beschikken? Waarom moet er een onderscheid worden gemaakt inzake het soort van zorgverleners? Waarom wordt de gehele wet geschreven onder het teken van het polymorfe verzamelbegrip "zorgverlener", als de opvang en behandeling van klachten dan weer plots afzonderlijk wordt geregeld?

Art. 19: onze reeds eerder gemaakte bemerking betreffende de mogelijkheid van een sluiske herinvoering van art 95 van de wet op de landsverzekeringsovereenkomst indachtig, menen wij dat de regering een grove blunder zou begaan als ze aanvaardt dat de patiënt zich kan laten bijstaan door een "persoon naar zijn keuze", zonder zich de vraag te stellen welke belangen er achter deze persoon kunnen schuilgaan. Het weze ten andere duidelijk dat, aangezien de patiënt als "natuurlijke persoon" gedefinieerd wordt, de persoon die in dit opzicht optreedt eveneens uitsluitend een natuurlijke persoon zou mogen zijn. Theoretisch is het volgens dit ontwerp zelfs mogelijk dat een commerciële firma de medische gegevens afkoopt van alle Belgische burgers. Dit is immers ook in andere landen reeds voorgekomen.

**PERSOONLIJK AANDEEL VAN DE PATIËNT IN GEVAL VAN OPNEMING IN EEN
ZIEKENHUIS OF BIJ VERBLIJF IN EEN REVALIDATIE- OF IN EEN
VAKHERSCHOLINGSCENTRUM : BEDRAGEN VANAF 1 JANUARI 2001**

(Omzendbrief V.I. nr 2001/ 4, Dienst voor geneeskundige verzorging – Brussel, 9 januari 2001)

In toepassing van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 delen wij u de bedragen mee van de persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs die kunnen worden aangerekend aan de patiënten met ingang van 1 januari 2001.

1. De dag van opneming :

De dag van opneming in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor :

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming : met 170 BEF (4,21 EUR);
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)) : met 1.270 BEF (31,48 EUR);
- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste : met 1.270 BEF (31,48 EUR);
- d) de anderen rechthebbenden : met 1.578 BEF (39,12 EUR).

2. Vanaf de tweede dag :

Vanaf de tweede dag in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor :

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste) : met 170 BEF (4,21 EUR);
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging : met 170 BEF (4,21 EUR);
- c) de anderen rechthebbenden : met 478 BEF (11,85 EUR).

3. Vanaf de 91ste dag opneming in een algemeen ziekenhuis (exclusief revalidatie centrum) :

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste) : met 170 BEF (4,21 EUR);
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging : met 170 BEF (4,21 EUR);
- c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen last : met 170 BEF (4,21 EUR);
- d) de anderen rechthebbenden : met 478 BEF (11,85 EUR).

4. Vanaf de 366ste dag opneming in een psychiatrisch ziekenhuis :

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste) : met 170 BEF (4,21 EUR);
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging : met 170 BEF (4,21 EUR);

- c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen last : met 170 BEF (4,21 EUR);
- d) de anderen rechthebbenden : met 478 BEF (11,85 EUR).

5. Indien de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar :

Van zodra de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor :

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste) en de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen last met 478 BEF (11,85 EUR);
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging : met 478 BEF (11,85 EUR);
- c) de andere rechthebbenden : met 796 BEF (19,70 EUR).

PRIJS VAN DE "FONDATION VAN GOETHEM-BRICHANT" 2001

De "Fondation Van Goethem-Brichant" heeft tot doel *bij te dragen tot de vervolmaking van jonge universitaires (niet langer dan 10 jaar afgestudeerd) met het oog op de verbetering van het lot van personen met een handicap in de diverse domeinen van de Revalidatie en de socio-professionele integratie.*

TOEKENNING :

Teneinde deze doelstelling te realiseren, verleent de Stichting jaarlijks studiebeurzen, leningen, hulp, toelagen of prijzen voor :

- studies;
 - opzoekingswerk;
 - praktische verwezenlijkingen
- die voornamelijk toegespitst zijn op de revalidatie en de integratie van personen met een handicap in de volgende disciplines :*
- DE MEDISCHE WETENSCHAPPEN
 - DE ADMINISTRATIEVE WETENSCHAPPEN
 - TECHNIEKEN IN VERBAND MET MATERIES EN INSTRUMENTEN WAARAAN MINDERVALIDEN BEHOEFTE HEBBEN.
- De Stichting kan met alle middelen bijdragen tot de kwaliteit van het onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek evenals de praktische toepassing ervan in de hoger vernoemde disciplines.
 - Het bedrag kan worden toegekend aan één werk of kan worden verdeeld over meerdere projecten.
 - Ter gelegenheid van de 20^{ste} verjaardag van de Stichting zal de prijsuitreiking tijdens de academische zitting 2001 als thema hebben « De minder-valide - Mobiliteit - Sociale Integratie - Terugkeer naar het beroepsleven ». De kandidatuurstellingen kunnen zich op deze thema's richten.

VOORWAARDEN VOOR INDIENING :

De werken, die het voorwerp van een aanvraag uitmaken, moeten in zes exemplaren worden opgesteld en worden vergezeld van de financiële rechtvaardigingsstukken terzake. Zij moeten uiterlijk op 31 maart 2001 toekomen op het Secretariaat van de "Fondation Van Goethem-Brichant", Egmontstraat 11, 1000 BRUSSEL.

AANKONDIGINGEN

- 01023 **FRANKRIJK** (Provence – Luberon nat. park) : Te h bungal priv eigend – geslt tuin 1 ha 100 – olijfbom – un zicht – liv. inger keuk – 2 slpk + stbad – ruim terrass – barb – zwemb – 5' te voet dorp – 30' wag Aix (uitz te verke str). H 04, 05, 06, 09. Tel. : 00.33.490.77.20.64, na 25 maart op 071/592.592 of 0474/60.96.44.
- 01024 **FRANCE** : Cabinet de rhumatologie Béziers recherche troisième associé. **OSTEOPATHIE-EMG** souhaités. Tél. : 00.33.4.67.35.82.30 – Fax : 00.33.4.67.76.02.35.
- 01025 **FRANCE** : Le Centre Alexis Vautrin recherche : ① à compter du 1^{er} mai 2001, un **ONCOLOGUE MEDICAL OU ONCOLOGUE RADIOTHERAPEUTE** formé à la pratique de la chimiothérapie, ayant un intérêt pour la neuro-oncologie pour occuper un poste à temps partagé entre le service de neurologie de l'hôpital neurologique du CHU, pour une activité exclusive de neuro-oncologie, et le centre Alexis Vautrin, pour une activité complémentaire selon les souhaits de la personne. Ce poste peut être destiné à un médecin qui a terminé sa formation de spécialiste, qui est en attente d'un poste définitif. Le salaire pourra être rendu attractif – ② pour le 1^{er} septembre 2001, un médecin spécialisé en **ANATOMOPATHOLOGIE** et qui serait le responsable d'un département de diagnostic morphologique et biologique des tumeurs, au centre Alexis Vautrin. L'ensemble dispose de moyens humains, techniques importants. La personne recherchée doit avoir une expérience d'une dizaine d'années.
Candidatures à adresser au Centre Alexis Vautrin, à l'attention du Directeur le Prof. P. BEY, avenue de Bourgogne, 54511 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX, France.
- 01026 **BRUSSEL** : Erasmus Universitair Ziekenhuis zoekt resident **GENEESHEER-BIOLOOG** voor de dienst klinische chemie. Contactpersoon voor verdere inlichtingen : Dr JM BOEYNAEMS, directeur labo, tel. secret. 02/555.34.27.
- 01027 **BRUSSEL** : Vacante betrekking : Een betrekking van geneesheer-specialist in interne geneeskunde met bijzondere ervaring in oncologie bij het departement interne geneeskunde van het UVC Brugmann (sites van Schaarbeek en van Brugmann). Deze functie is toegankelijk voor vrouwen en mannen. De algemene en bijzondere toetredingsvoorwaarden voor deze betrekking, te vervullen op 31.3.2001 (afsluitingsdatum van de oproep) kunnen verkregen worden op gewone aanvraag te richten tot de Personeelsdienst van het U.V.C. Brugmann, A. Van Gehuchtenplein 4 te 1020 Brussel (tel. 02/477.28.46). Wetenschappelijke aanhorigheid : De geneesheren van het ziekenhuiskader zijn lid van de universitaire gemeenschap. Ze zijn verbonden aan de Faculteit van Geneeskunde van de V.U.B. of van de U.L.B. naargelang het geval. De kandidaatstellingen dienen schriftelijk en vóór 31.3.2001 's avonds gestuurd te worden naar het U.V.C. Brugmann, Personeelsdienst, A. Van Gehuchtenplein 4, 1020 Brussel.
- 01028 **FRANCE** : Polyclinique du Ternois à St-Pol-sur-Ternoise dans le Nord, recherche **ANESTHESISTE** pour installation en libéral d'urgence. Prendre contact avec Monsieur le Directeur au 00.33.3.21.47.40.40. Les conditions d'installation sont très intéressantes et l'outil de travail performant.

Inhoudstafel

• Adieu, Victor	1
• De regering maakt een “mega-wet”	2
• Ontwerp van wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg.....	3
• VBS niet akkoord met de nieuwste maatregelen inzake financiering ziekenhuizen en specialisatie-opleidingen	5
• De opleiding voor geneesheren-specialisten in België naar aanleiding van het MB van 12 januari 2001	6
• Algemene vergadering VBS – Toespraak van Prof. J.A. GRUWEZ	8
• De “mega-wet” van de regering: luik “wet op de ziekenhuizen” – beknopt overzicht. 10	
• Patiëntenrechten van minister AELVOET	20
• Voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt (versie 01.03.2001) – commentaar en voorstellen tot aanpassing	25
• Persoonlijk aandeel van de patiënt in geval van opname in een ziekenhuis of bij verblijf in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum : bedragen vanaf 1 januari 2001	30
• Prijs van de "Fondation Van Goethem-Brichant" 2001	31
• Aankondigingen.....	32