



Vlaams
Parlement

stuk **1568** (2011-2012) – Nr. 2
ingediend op 1 juni 2012 (2011-2012)

Ontwerp van decreet

houdende verplichte melding
van risicovolle medische praktijken

Hoorzitting

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid,
Gezin en Armoedebeleid
uitgebracht door de dames Cindy Franssen en Vera Jans

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: de heer Tom Dehaene.

Vaste leden:

de heer Tom Dehaene, de dames Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack;
de heer Peter Gysbrechts, mevrouw Vera Van der Borght;
de dames Mia De Vits, Else De Wachter;
de dames Lies Jans, Helga Stevens;
mevrouw Ulla Werbrouck;
mevrouw Mieke Vogels.

Plaatsvervangers:

de dames Sonja Claes, Griet Coppé, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
de dames Gerda Van Steenberge, Linda Vissers, de heer Wim Wienen;
de dames Gwenny De Vroe, Lydia Peeters;
mevrouw Güler Turan, de heer Bart Van Malderen;
de dames Danielle Godderis-T'Jonck, Goedele Vermeiren;
de heer Jurgen Verstrepen;
de heer Bart Caron.

Stukken in het dossier:

1568 (2011-2012) – Nr. 1: Ontwerp van decreet

INHOUD

I.	Voorafgaande opmerkingen	5
II.	Uiteenzetting door dr. Marc Moens, voorzitter van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten	5
	1. Artikelsgewijze commentaar.....	5
	1.1. Artikel 2, 2°	5
	1.2. Artikel 3, §2	6
	1.3. Artikel 4.....	6
	1.4. Artikel 5.....	6
	1.5. Artikel 6.....	7
	1.6. Artikel 7.....	7
	1.7. Artikel 8.....	7
	2. Algemene beoordeling	7
III.	Uiteenzetting door dr. Luc Van Outryve, voorzitter Belgian Association of Ambulatory Surgery (B.A.A.S).....	7
	1. Definitie: praktijk.....	8
	2. Definitie: verantwoordelijke	9
	3. Melding en toezicht	9
	4. Evolutie	10
	5. Succes van de dagchirurgie	10
	6. Besluit	10
IV.	Vragen van de leden	11
V.	Uiteenzetting door mevrouw Ilse Weeghmans, directeur van het Vlaams Patiëntenplatform (VPP).....	13
	1. Wat is het Vlaams Patiëntenplatform?	13
	2. Vaststellingen	14
	3. Besluit	15
VI.	Uiteenzetting door dr. Daniel Devos, sectorcoördinator algemene ziekenhuizen Zorgnet Vlaanderen	15
	1. Commerciële klinieken	15
	1.1. Definitie.....	15
	1.2. Doelstelling.....	15
	1.3. Spoedzorg: het perspectief van de patiënt	15
	2. De kosten voor de maatschappij.....	16
	3. De kosten voor de patiënt.....	16
	4. De kwaliteitskosten	16
	5. Hoe moeten we dat bereiken?	17
	6. Ontwerp van decreet.....	18

VII. Vragen van de leden.....	18
VIII. Uiteenzetting door de heer Stefaan Callens, advocaat en buitengewoon hoogleraar Gezondheidsrecht aan de KU Leuven	21
1. Te weinig gebruik van bestaande mogelijkheden (op federaal vlak)	21
2. Noodzaak aan dringende, bijkomende en specifieke regeling – drie vaststellingen	22
3. Noodzaak aan dringende, bijkomende en specifieke regeling – enkele tips	23
4. Besluit.....	25
IX. Vragen van de leden.....	25

Op dinsdag 22 mei 2012 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeleid een hoorzitting over het ontwerp van decreet houdende verplichte melding van risicovolle medische praktijken. Gehoord werden dr. Marc Moens, voorzitter Belgische Vereniging van Artsensyndicaten, dr. Luc Van Outryve, voorzitter Belgian Association of Ambulatory Surgery, mevrouw Ilse Weeghmans, directeur Vlaams Patiëntenplatform, dr. Daniel Devos, sectorcoördinator algemene ziekenhuizen Zorgnet Vlaanderen en meester Stefaan Callens, Advocatenkantoor Callens, buitengewoon hoogleraar Gezondheidsrecht aan de KU Leuven.

I. VOORAFGAANDE OPMERKINGEN

Mevrouw Marijke Dillen: Ik betreur het dat mensen die door de andere partijen als spreker zijn gevraagd de moeite nemen om naar het Vlaams Parlement te komen en een uiteenzetting voor te bereiden, terwijl de mensen die hen hebben uitgenodigd niet aanwezig zijn. Dat is beschamend. Mijn kandidaat voor de sprekerslijst is niet geselecteerd. Ik heb daartegen geprotesteerd, al twijfel ik niet aan de deskundigheid van de andere sprekers. Ik zou u willen vragen om de volksvertegenwoordigers van de andere partijen aan te manen hier aanwezig te zijn.

De voorzitter: Ik deel uw mening. We mogen verwachten dat diegenen die een hoorzitting vragen, ook aanwezig zijn. Mevrouw De Vits heeft zich verontschuldigd. Het klopt dat u een kandidaat-spreker hebt voorgedragen, maar we hadden al een juridische expert uitgenodigd. Bovendien is het zo dat uw verzoek na de deadline is binnengelopen.

Mevrouw Els Robeyns: Ik wil mijn collega's die vast lid zijn van deze commissie, mevrouw De Vits en mevrouw De Wachter, verontschuldigen. Mevrouw De Vits is in het buitenland voor het Comité van de Regio's, en mevrouw De Wachter is met adoptieverlof. Ik zal de sp.a-fractie vertegenwoordigen.

II. UITEENZETTING DOOR DR. MARC MOENS, VOORZITTER VAN DE BELGISCHE VERENIGING VAN ARTSENSYNDICATEN

De heer Marc Moens: Dit dossier staat zowel op het Vlaamse als op het federale niveau erg in de belangstelling. Het ontbreekt inderdaad aan een reglementair kader voor uitsluiting, uitrusting, veiligheid en kwaliteitsbewaking van de zorg in instellingen buiten de erkende ziekenhuizen. Ik begrijp volkomen dat Vlaanderen waarborgen voor kwaliteit en veiligheid van de zorg voor iedere patiënt en onafhankelijk van de plaats van zorgverlening eist. Bij de doelstelling van de Vlaamse Regering blijf ik niet stilstaan.

Het is een erg moeilijk dossier. Een federale werkgroep van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft zich jarenlang over deze materie gebogen en nagedacht over veiligheidsmaatregelen in en buiten ziekenhuizen. Het Vlaams Artsensyndicaat en het Verbond van Belgische Specialisten hebben bemerkingen aan minister Vandeurzen bezorgd over het voorontwerp van decreet. Daarover is dan nog met de heer Dewolf, adjunct-kabinetschef van minister Vandeurzen, gecorrespondeerd. In maart 2011 is een brief met bemerkingen naar alle parlementsleden verstuurd. In mei 2012 is een brief over het ontwerp van decreet verstuurd.

1. Artikelsgewijze commentaar

1.1. Artikel 2, 2°

Een groot probleem is de definitie van een risicovolle medische praktijk. Anesthesisten zijn van oordeel dat de definitie niet precies genoeg is. Majeure conductieanesthesie of diepe sedatie is te vaag.

Het probleem rees toen bij een liposuctie onder lokale verdoving, uitgevoerd door huisartsen, twee mensen stierven. Maar liposuctie gebeurt meestal onder lokale anesthesie, en valt bijgevolg niet onder de regelgeving. Er is ook een weerslag te verwachten op de zogenaamde 'Nofaultwet', die inmiddels van kracht is. De start van die wet verloopt moeilijk en slachtoffers worden nog altijd niet uitbetaald, maar toch vrees ik een weerslag. En wat betekent risicovol? Geen enkele medische ingreep is totaal risicoloos.

1.2. Artikel 3, §2

Wie zijn de verantwoordelijken van de instelling? In het voorontwerp ging het over de artsen en de zorgverstrekkers. Men heeft dat moeten wijzigen: voortaan moet de verantwoordelijke van de instelling de bewijslast leveren. In ziekenhuizen oefent de Vlaamse Gemeenschap daar controle op uit.

Die plicht is evenwel niet duidelijk gedefinieerd en kan bijgevolg moeilijk worden doorgeschoven naar de instelling. Eigenlijk kunnen we zeggen dat alle medische praktijken zouden moeten worden aangegeven, maar dat is overdreven en niet handelbaar. Het zou ook een heel zware administratieve belasting voor het Agentschap Zorg en Gezondheid betekenen.

Artikel 3, §2, heeft het over de identiteit van de verantwoordelijke van de instelling, en dat kan zowel een niet-medicus als een medicus zijn. Ik meen dat dit een juridisch probleem is omdat een investeerder, die om het even welke opleiding kan hebben genoten, zal moeten oordelen over het al dan niet risicovolle karakter van een medische handeling. Tegelijk begrijp ik dat voor deze oplossing is gekozen om een bevoegdheidsconflict te voorkomen.

In artikel 3, §2, 3°, zijn de kwaliteitscriteria niet gedefinieerd, maar toch zijn er belangrijke sancties aan verbonden. Wij vinden het problematisch dat het mogelijk is om belangrijke sancties op te leggen op basis van slecht gedefinieerde criteria.

1.3. Artikel 4

Ik gebruik hier een nogal zwaar woord, namelijk kliklijn. De verschillende instellingen zullen moeten worden bekendgemaakt aan de Orde van geneesheren. Men schrijft in het ontwerp van decreet en in de memorie van toelichting dat dit louter informatief is, maar de Orde van geneesheren kan sancties opleggen. Ik denk dat de Orde van geneesheren zou kunnen inspecteren. Ik had eigenlijk verwacht dat de Orde zou onderzoeken wat er precies is gebeurd bij de liposucties in de twee huisartsenpraktijken. Ik weet niet goed wat de bedoeling is van de overdracht van informatie.

Bovendien heeft het verzamelen van die gegevens een bepaalde doelstelling, namelijk kwaliteitsbewaking en eventueel evaluatie en controle van de kwaliteit. Als dit wordt doorgegeven aan een andere instantie die gemachtigd is om sancties op te leggen, wordt die doelstelling niet meer gerespecteerd. Deze wijziging van de doelstelling beschouw ik als een inbreuk op de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (Privacywet).

1.4. Artikel 5

Artikel 5 gaat over de periodiciteit van de aangifte, zonder dat eigenlijk te bepalen. Leid ik daaruit af dat dit eenmalig is, bij het starten bijvoorbeeld? Daarover wordt een en ander geschreven in de memorie van toelichting. Wat is een aanpassing van de melding? Er is een praktisch probleem: hoe zal men aan alle gegevens komen als het niet om artsen gaat? Ik weet uit ervaring dat het niet gemakkelijk is om adressen en gegevens van artsen te verzamelen. Hoe zal men de instellingsgegevens verzamelen? Wat gebeurt er met iemand die zijn praktijk stopt?

1.5. Artikel 6

Wat betekent alle gegevens ter beschikking stellen? Gaat het ook over medische gegevens? Daarmee komen we op een heel ander domein, dat van de privacy en de medische privacy, en rijst ook hier een probleem met de Privacywet.

1.6. Artikel 7

De aard van de risicovolle medische praktijken wordt niet gedefinieerd. Dat moet nochtans om dit ontwerp van decreet uit te voeren. Immers uit deze decretale bepalingen vloeit ook de mogelijkheid van accreditatie voort, of een andere vorm van externe toetsing. Als er ook buiten het ziekenhuis een externe toetsing zou zijn, aan wie wordt die dan bekendgemaakt? Hoe gaat het dan verder? Wie zal er dan evalueren?

1.7. Artikel 8

Bij de administratieve geldboetes valt het op dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen niet aangeven en foutief aangeven. De sanctie is twee keer zo hoog bij foutief aangeven. Iemand zou kunnen beslissen om niets aan te geven. Het is onbegrijpelijk dat dit onderscheid wordt gemaakt.

Dan is er ook onze vraag of een groot risico overeenkomt met een grote boete en een klein risico met een kleine boete. Dat is niet duidelijk.

2. Algemene beoordeling

Voor de Vlaamse afdeling van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten, het Vlaamse Artsensyndicaat en het Verbond van Belgische Specialisten, is de definitie van risicovolle medische praktijken een probleem. De bewijslast wordt volgens ons onterecht en eigenlijk illegaal, want in tegenstelling met het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, bij de verantwoordelijke van de instelling gelegd, terwijl die persoon daar in heel veel gevallen niet toe bevoegd zal zijn.

Inzake kwaliteitszorg en het realiseren van de veiligheid van de patiënt zijn er onvoldoende of geen criteria. We vinden dat de fouten bij geen of een foutieve aangifte exorbitant zijn. Bovendien zijn ze onderling belangrijk verschillend. Het melden, de kliklijn met de Orde van geneesheren, wijkt af van de doelstelling en is op basis van de Privacywet niet correct. Er is ook een onvoorspelbaar gevolg op de wet inzake de schadevergoeding als gevolg van gezondheidszorg. En er komt eens te meer nog een administratief hoofdstuk bij.

Ik denk dat wij er allemaal van overtuigd zijn dat er een reglementair kader nodig is. Onafhankelijk van de plaats waar de zorg gebeurt, moet het geregeld kunnen worden. We zijn er echter nog niet uit over de wijze waarop dat dient te gebeuren. Er dienen kwaliteitscriteria te worden uitgewerkt in overleg met de betrokkenen: artsen, verpleegkundigen en paramedische beroepen. De bewijslast om aan die regels te voldoen ligt bij de Vlaamse Gemeenschap en moet niet worden geleverd door de verstrekker. Ten slotte is er ook overleg nodig met de federale overheid, want die is volop bezig met exact dezelfde materie, al heeft men het daar over esthetische geneeskunde en chirurgie.

Sancties zullen volgens mij een averechts effect hebben. We zouden misschien eerder moeten werken met beloningen voor mensen die correct werken. De term risicovol medisch handelen is moeilijk te definiëren en negatief beladen. In de plaats daarvan zouden we bij het spreken over bepaalde handelingen kunnen verwijzen naar de omschreven medische handelingen. Het advies van de Raad van State van 24 januari 2012 moet worden nageleefd. De bevoegdheid is relatief beperkt, wat het belangrijkste probleem is bij het redigeren van dit dossier. Wij zijn vragende partij voor een regeling, maar het moet natuurlijk in overeenstemming met de bestaande wetgeving gebeuren en in overleg met de betrokkenen.

III. UITEENZETTING DOOR DR. LUC VAN OUTRYVE, VOORZITTER BELGIAN ASSOCIATION OF AMBULATORY SURGERY (B.A.A.S)

De heer Luc Van Outryve: B.A.A.S. gaat om al wat te maken heeft met ambulante chirurgie of dagchirurgie. De leden van B.A.A.S. zijn geïnteresseerd in dagchirurgie. Het zijn voornamelijk chirurgen, anesthesisten, artsen, maar ook verpleegkundigen en kaderleden van ziekenhuizen.

B.A.A.S. werd gesticht in 1991 door Claude De Lathouwer van de Brussels One Day Clinic in Koekelberg. Uit die vereniging is na enkele jaren de International Association for Ambulatory Surgery ontstaan. Momenteel zijn van die internationale vereniging, waarvan ik schatbewaarder ben, al achttien of negentien landen lid. Van de Europese landen zijn alle Scandinavische landen, Nederland, Duitsland, Frankrijk, Groot-Brittannië, Spanje, Portugal en Italië lid. Ook de Verenigde Staten zijn lid, met twee verenigingen: Society of Ambulatory Anaesthesia en de Ambulatory Surgery Center Association, die het beheer heeft over alle chirurgische dagcentra in de Verenigde Staten, en waarnaar wordt verwezen in het ontwerp van decreet. Verder is ook Australië lid. Hongarije en India zijn de laatst bijgekomen leden.

Ik ben blij dat we vorig jaar op het negende Belgische congres van ambulante chirurgie minister Vandeurzen konden verwelkomen. Hij heeft ons toen dit ontwerp van decreet in een eerste visie bekendgemaakt.

Ik ben ook blij dat mij gevraagd werd dit ontwerp van decreet door te nemen. Ik zal het voornamelijk bekijken vanuit de praktische, geneeskundige, chirurgische standpunten, die ik zal vergelijken met de situatie in de ons omringende landen en de landen die lid zijn van die internationale vereniging.

1. Definitie: praktijk

Het is moeilijk om een definitie te geven van risicovolle medische praktijken want elke medische daad is in principe risicovol.

Ik heb de vrijheid genomen om te kijken naar de toekomst via de British Association of Day Surgery in het United Kingdom. In 2009 hebben ze hun laatste Directory of Procedures uitgegeven, waarin ze hebben gekeken welke handelingen gebeuren in het Verenigd Koninkrijk, en waar ze gebeuren aan de hand van een studie in een twintig- of dertigtal vooraanstaande chirurgische dagcentra.

De chirurgische handelingen in deze Directory of Procedures worden ingedeeld in een van de vier volgende categorieën. 'One day' betekent dat de patiënt 's morgens binnenkomt, geopereerd wordt en 's avonds weer naar huis gaat, binnen de werkuren. Duurt die handeling iets langer, dan spreekt men van een 'stay' van 23 uur. Ofwel gaat het over minder dan 72 uur. Helemaal aan de andere kant zie je 'Office Based Surgery': de handelingen die worden verricht op het kabinet van de arts. Er staan meer dan driehonderd handelingen in de Directory of Procedures. In de loop van de jaren, dit is de derde editie, schuiven vele handelingen op van 72 uur naar 23 uur of 'one day', door nieuwe technieken.

Dat is het voordeel van het concept dagchirurgie. De vraag is enkel hoe ik mijn chirurgische praktijk organiseer. Professor Guy Bogaert in Leuven stelt dat een persoon met een liesbreuk niet ziek is, en enkel ziek zou worden als je hem in een ziekenhuis plaatst. Plaats hem dus in een ambulante centrum.

In de Guidelines van de American Society of Anesthesiologists staat dat de infrastructuur, de omkadering en de preoperatieve, peroperatieve en postoperatieve zorg voor de vier categorieën dezelfde zijn. Iemand gaat binnen 72 uur naar huis omdat er misschien een klein probleem was. Een persoon die binnen 23 uur naar huis mag, heeft geen probleem.

Eigenlijk gaan ze allemaal op die ene dag naar huis. Dat wou ik zeggen over risicovolle praktijken. Het grootste deel van de electieve chirurgie, de geplande chirurgie dus, die daar uitgevoerd wordt, zit in die categorieën.

2. Definitie: verantwoordelijke

Moet de verantwoordelijke van het centrum een arts zijn? De Ambulatory Surgery Center Association in Amerika heeft meer dan 3500 bestaande vrijstaande chirurgische centra onder zijn hoede. Op de website staat een recent artikel over hoe dat systeem werkt. Er is een positieve trend in de health care in de Verenigde Staten. Van de vrijstaande chirurgische centra die goed functioneren, wordt 61 percent beheerd door artsen. Zestien percent wordt beheerd door een combinatie van ziekenhuis en arts, 11 percent door een arts en een vereniging, 3 percent door een ziekenhuis alleen. Het zou niet slecht zijn om in het ontwerp van decreet toch een arts als verantwoordelijke voor te stellen.

3. Melding en toezicht

Voor melding en toezicht verwijs ik opnieuw naar de Verenigde Staten, waar dagchirurgie goed is voor bijna 80 percent van de electieve chirurgische gevallen. In de Verenigde Staten zijn er drie niveaus van controle. Er is de staat en de federale licentie waarover een centrum moet beschikken. Er is Medicare, dat ook een certificaat moet verlenen aan dat medisch centrum. Dan is er nog de (voorlopig nog) vrijwillige accreditatie van de Accreditation Association for Ambulatory Health Care. Ook voor de dagchirurgie heeft men een aparte accreditatie nodig. De accreditatie, Medicare of de staat kunnen beperkingen opleggen. Dat komt ook voor in het ontwerp van decreet.

In de Verenigde Staten kunnen beperkingen worden opgelegd aan dagcentra, en niet aan een Hospital Outpatient Department (HOPD). Een groot ziekenhuis dat een apart dagchirurgisch centrum heeft op zijn terrein, heeft die beperkingen niet, omdat de operatiezalen dikwijls voor zowel de opgenomen als de ambulante patiënten worden gebruikt. De Ambulatory Surgery Centers worden afzonderlijk bekeken en worden niet helemaal vergeleken met de HOPD's.

4. Evolutie

Om u een ruggensteuntje te geven voor uw ontwerp van decreet, verwijs ik naar de evolutie van de ambulante chirurgie. Wij staan in België achter tegenover vooral de Angelsaksische landen. We hebben een totaal andere cultuur. We willen de mensen verzorgen. Het principe was: blijf liever een dag langer. Maar dat is al voorbijgestreefd.

Ik verwijs in dit verband naar een artikel van mevrouw Beverly K. Philip, professor-anesesthesiste uit Boston die voor Ambulatory Surgery Journal een artikel over de evolutie van de chirurgie in de Verenigde Staten heeft geschreven. In 1981 werd 80 percent van de patiënten opgenomen en bestond slechts 20 percent uit outpatiënten. In 2001 was de situatie al omgekeerd. Toen werd de dagchirurgie al gestimuleerd. Het eerste chirurgische dagcentrum in de Verenigde Staten werd in 1970 in Phoenix opgericht. Op 20 jaar tijd is het aandeel van de opgenomen patiënten van 80 percent tot 24 percent gezakt, en is het aantal outpatiënten tot 76 percent gestegen. In 2006 ging het zelfs om 83 percent. Het gaat hier om 83 percent van de electieve chirurgie. Ik heb het dus niet over een acute appendicitis of een gebarsten aneurysma. Het gaat om 83 percent van al de ingrepen die kunnen worden gepland.

Uit het artikel van mevrouw Beverly K. Philip blijkt dat de stijging van het aandeel van de dagopnames eerst in de outpatient departments van de hospitalen tot uiting is gekomen. Daar is een stijging van 18 percent tot 44 percent vastgesteld. Aangezien de freestanding centers later zijn opgericht, is die stijging wat later ontstaan. Nu merken we ook een stijging in de Office Based Surgery.

Er zijn in de Verenigde Staten drie systemen. Een patiënt kan in een ambulant center van een hospitaal, in een freestanding ambulatory center of in het kabinet van een chirurg terecht komen. We zien in elk geval doorheen de jaren een duidelijke shift. Die shift gaat van de inpatiënt naar de outpatiënt.

5. Succes van de dagchirurgie

Mevrouw Beverly K. Philip vraagt zich in haar artikel ook af waarom de dagchirurgie zo veel succes kent in de Verenigde Staten. Dit succes is er ook in Groot-Brittannië en in andere landen. In de Verenigde Staten is de focus op twee zaken gericht. De eerste focus is de efficiëntie, de verhouding tussen de kwaliteit en de kostprijs, en daarbij de humanitaire aard of de patiëntvriendelijkheid. Het is de bedoeling om de mensen te helpen. De tweede focus is eigenlijk bij de overheid gelegd en heeft betrekking op de verloning.

In de Verenigde Staten wordt momenteel gewerkt met een systeem waarbij de verloning voor chirurgie op patiënten in een vrijstaand centrum of in een hospitaal dezelfde blijft. Er is geen verschil meer.

Hier wordt de dagchirurgie voorlopig nog beperkt gestimuleerd. Er zijn, jammer genoeg, slechts 77 ingrepen waarvoor in een coördinatie- en toezichtshonorarium is voorzien. Voor de ziekenhuizen zijn er nog de lijsten A en B, waarbij voor meer dan 200 ingrepen in een forfaitaire vergoeding wordt voorzien.

In de Verenigde Staten is besloten dat allemaal tegelijkertijd aan te pakken en samen te voegen. De overheid speelt hierbij een grote rol. De patiënt beslist niet welke chirurgie het wordt. Als de patiënt geen dagchirurgie kan krijgen, zal hij daar ook geen gebruik van kunnen maken.

De dagchirurgie is zo oud als de straat. Het eerste artikel over dagchirurgie dateert uit 1899. Dokter Nicoll, een kinderarts uit Glasgow, heeft toen gesteld dat het beter zou zijn kinderen na de operatie thuis bij hun moeder te laten verblijven. Hij liet ze na een nazicht door de verpleegster dezelfde dag naar huis gaan en de verpleegster verzorgde de nacontrole thuis. In 1970 is dit principe toegepast, op initiatief van enkele artsen, bij de oprichting van de eerste vrijstaande ambulante centra in de Verenigde Staten. We moeten trouwens maar naar Afrika kijken. In Afrika wandelen mensen met een liesbreuk dagen naar de kliniek en vervolgens zonder overnachting terug naar huis.

Als er geen dagchirurgie is, kan niemand er gebruik van maken. De dagchirurgie is echter sterk toegenomen. Dat is voornamelijk het gevolg van de stimulering door de overheid. De verloning van artsen en van instellingen loopt gelijk, zowel voor dagchirurgie als voor chirurgie bij opgenomen patiënten. Volgens mij moeten we hier zeker naar streven.

6. Besluit

Ik stel voor te starten met de definitie waarover we nu beschikken. Alles is risicovol. Misschien moeten we met de zware risico's beginnen en dit vervolgens uitbreiden. De Office Based Surgery zal er nog bijkomen.

Ik zou de verantwoordelijkheid zeker bij de arts leggen. Het moet in elk geval worden gemeld. We moeten weten wie wat doet. Er moet een controle worden georganiseerd. De accreditering komt immers op ons af. Een regeling van de financiering zou dit gemakkelijk maken. In de Verenigde Staten heeft dit verschijnsel een enorme vlucht genomen omdat de financiering voor de artsen en voor de ziekenhuizen dezelfde is. De patiënt wil graag zo snel mogelijk naar huis. Indien dat kan, zal hij hier gebruik van maken. Indien hij geen dagchirurgie kan krijgen, kan dat niet. Het komt erop aan dit de patiënt aan te bieden.

Over de sancties wil ik niet oordelen. De vraag of dit op het federale bestuursniveau of elders moet worden geregeld, laat ik over aan juristen.

IV. VRAGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Vera Van der Borgh: Ik wil in de eerste plaats beide sprekers voor hun toelichting danken. De heer Moens heeft het ontwerp van decreet op gedetailleerde wijze benaderd. Dit maakt het voor ons overzichtelijk.

Ik heb begrepen dat de heer Moens tijdens de procedure van voorontwerp tot ontwerp heel wat stappen heeft gezet om het kabinet en de leden van het Vlaams Parlement over zijn bekommernissen te informeren. Ik ga er ook van uit dat iedereen voorstander is van een zekere reglementering voor instellingen en medisch risicovolle ingrepen uitgevoerd buiten een ziekenhuis. Dat meen ik ook te hebben begrepen uit de uiteenzetting. Alleen zijn we gevat door de zeer zware kritiek van de Raad van State. U hebt terecht een aantal zeer gerichte vragen gesteld over de diverse artikelen. Aangezien de heer Moens dit gedurende de hele procedure zeer nauwlettend heeft gevolgd, ga ik er ook van uit dat hij een eigen visie heeft over hoe het beter zou kunnen. Uit zijn betoog maak ik immers op dat we dit naast ons moeten neerleggen en herbeginnen. Heeft de heer Moens suggesties over hoe dit beter kan worden geregeld, terwijl toch wordt tegemoetgekomen aan die zorgen?

Uit het betoog van de heer Van Outryve onthoud ik dat hij sterk pleit voor een verdere toename van daghospitalisatie. Natuurlijk is daghospitalisatie bij ons meestal nog verbonden met ziekenhuizen, hoewel ik weet dat heel wat artsen vandaag eigen praktijken hebben en daar ingrepen verrichten. Misschien moeten we veeleer een opsplitsing maken. De heer Van Outryve zegt dat dit fenomeen in de toekomst alleen maar zal toenemen, en dat zal waarschijnlijk ook zo zijn. Precies daarom hebben we alle belang bij een goede regelgeving. We moeten de kritiek van de Raad van State grondig bekijken en er rekening mee houden. De spreker heeft eigenlijk niet gezegd wat hij vindt van die kritiek, terwijl dat toch belangrijk is. Hij heeft verwezen naar het succes in de Verenigde Staten, waar de klemtoon wordt gelegd op efficiëntie, kwaliteit en kostprijs. Hoe heeft men dat daar in goede banen geleid?

Mevrouw Cindy Franssen: Ik denk niet dat het ontwerp van decreet gekant is tegen een evolutie naar meer daghospitalisatie of extramurale medische activiteiten. We moeten echter toegeven dat er gaandeweg sterke onevenwichten zijn gegroeid: enerzijds is er het zeer sterk gereguleerde ziekenhuismilieu, anderzijds is er geen enkele regelgeving qua kwaliteit zorg als het gaat over centra waar risicovolle medische praktijken worden verricht.

Toen de heer Moens het had over het afschaffen van sancties en het vervangen door een beloning voor medewerking, deed dat me toch even de wenkbrauwen fronsen. Ik heb het daar zelf nogal moeilijk mee, zeker in een periode van budgettaire krapte. Ik overdrijf nu even maar op den duur moeten we mensen die 50 kilometer per uur rijden in de bebouwde kom belonen, in plaats van diegenen te bestraffen die fouten maken.

De heer Moens zegt ook dat dit dossier voort moet worden uitgewerkt in overleg met de federale overheid. De Senaat behandelt hierover ook een aantal wetsvoorstellen. Er zijn ook hoorzittingen geweest over medische implantaten, waarbij risicovolle medische praktijken aan bod zijn gekomen. Onder meer het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten heeft gepleit voor een verplichte registratie in privéklinieken, en voor het uitwerken van een definitie van risicovolle medische praktijken. Zelfs de aansprakelijkheid van de arts werd mee aangekaart in de procedure, en zeker de noodzaak van sancties. Ik meen dat er federaal sprake is van enigszins gelijklopende visies.

We hebben de brieven van de heer Moens ontvangen. Daarin werd gevraagd dat we de definitie van risicovolle medische praktijken zouden schrappen en ons zouden beperken

tot het omschrijven van een eenheid. Hoe kan die eenheid echter worden omschreven zonder dat wordt gesproken over de activiteiten in die eenheid? Ook werd gevraagd in het ontwerp van decreet te vermelden welke veiligheids- en kwaliteitscriteria de overheid wil handhaven. Het lijkt me niet de bedoeling van dit ontwerp van decreet om normerend op te treden. Het is vooral de bedoeling een inventaris op te maken en te sensibiliseren over ingrepen en over de omstandigheden waarin die moeten gebeuren.

Mevrouw Els Robeys: Deze hoorzitting gaat inderdaad over de meldingsplicht met betrekking tot risicovolle medische praktijken. Mevrouw Van der Borghth heeft erop gewezen: iedereen is het erover eens dat we ervoor moeten zorgen dat de veiligheid voor patiënten en de zorgkwaliteit overal worden bewaakt en gegarandeerd, ongeacht de locatie waar die ingrepen plaatsvinden. De vraag die ik vandaag wil stellen, is of het ontwerp van decreet daartoe bijdraagt? Zorgt het voor een toename van de kwaliteit bij die medische praktijken waarvoor nog geen kwaliteitskader bestaat? Indien niet, wat moet er dan wel gebeuren om in dat opzet te slagen?

Tot nu toe gaat het louter om een meldingsplicht, een soort van inventaris. Dat is een eerste stap, maar is die voldoende of moet er nog een tweede stap volgen, gericht op de kwaliteitscriteria zelf? Een vraag die later zal worden gesteld, is of we daarvoor bevoegd zijn of niet. Zoals een spreker aanhaalde, lopen er op federaal niveau verschillende initiatieven. Als er op federaal niveau een wetgevend kader komt, is de vraag wat de gevolgen zullen zijn voor dit ontwerp van decreet. Er ontbreken vandaag kwaliteitscriteria. In het ontwerp van decreet staat niet wat de Vlaamse overheid als kwaliteitsvol beschouwt. Is het niet noodzakelijk om eerst de kwaliteitscriteria te creëren vooraleer we overgaan tot de meldingsplicht? Dat sluit aan bij de stelling dat de verantwoordelijkheid bij de arts ligt, de meldingsplicht moet worden ingevoerd en controle moet worden georganiseerd met accreditering. Dat is wat ontbreekt. Er is wel controle op de melding maar geen controle op de kwaliteit.

De heer Moens stelt dat de bewijslast bij de Vlaamse Gemeenschap moet liggen en niet bij de verstrekker. Hoe ziet hij dat concreet?

De heer Marc Moens: Alles draait rond het probleem: wat is risicovol? Daarom wil ik de bewijslast omkeren. Het gebeurt dat ik iets risicovol vind, terwijl collega's dat niet risicovol vinden en bijgevolg niets aangeven. Als de overheid zegt dat het wel risicovol is, dreigen zij een sanctie te krijgen. Dat is louter interpretatief.

Het ontwerp van decreet draait rond de hete brij wegens bevoegdheidsconflicten tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid. Alles wat de uitoefening van de geneeskunde betreft, is uit het ontwerp verdwenen. Vandaar een van onze fundamentele bemerkingen, waar de heer Van Outryve op terug is gekomen. Het zou wel logisch zijn dat de arts zelf verantwoordelijk is en niet de inrichter, die ook een anonieme investeerder kan zijn.

De vraag is gesteld of we moeten herbeginnen. Ik denk dat er reeds mogelijkheden bestaan. Er worden ter informatie gegevens doorgegeven aan de Orde. Ik ga geen discussie over de Orde beginnen, maar ze bestaat wel en ze is tot op heden zelden of nooit opgetreden in deze materie. Ik weet niet wat de twee collega-huisartsen in West-Vlaanderen aan sanctie van de Orde hebben gekregen. Ik weet niet of ze voor de rechtbank zijn moeten verschijnen, ik heb dat niet gevolgd. Er zijn wel mogelijkheden, maar men gaat die uit de weg wegens het bevoegdheidsconflict tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid. Dat vind ik moeilijk. Het is bijna onoverkomelijk, tenzij misschien na een zevende staatshervorming. Voor mij is het vandaag zeer conflictueus. Ik geraak daar niet uit. Oorspronkelijk waren het de artsen. Om de situatie in Brussel op te lossen, hebt u ook een ingreep moeten doen. Daardoor loopt de zaak mank. Voor mij is het een puur politiek

probleem waar jullie veel meer aan kunnen doen dan ik. Dat is volgens mij het moeilijkste punt. Andere dingen komen daaruit voort.

De opmerking over de wortel en de stok, is ook een oude discussie. Moet je iemand aanmoedigen, en zo ja, op welke manier? Of ga je iemand straffen? Wat betreft administratie en administratieve sancties kan ik u verzekeren dat artsen burn-outs vertonen, niet omdat ze de patiënten beu zijn, maar door het geplaag van ziekenfondsen, overheden en dergelijke. Dat is het probleem.

Ik probeer de zaak een positievere wending te geven. Het is een discussie die men vandaag ook in het multipartiete orgaan voor het beheer van de ziekenhuizen tegenkomt. U weet dat voor een bepaalde ingreep men een bepaald bedrag geeft. Als u het goed doet, dan gebeurt er niets. Als u het slecht doet, dan kunt u een straf krijgen. Waarom zouden we de zaak niet omdraaien? Dat is misschien naïef, maar u wilt artsen toch aan het werk houden. Ze gaan werkelijk gebukt onder ongelooflijke reeksen sancties. Ze voelen de omgeving als bedreigend aan. Sinds 1 april, en vooral sinds 1 mei, is een geneesmiddel voorschrijven, een catastrofe. Men creëert dingen, en men zegt: als u dat niet doet, dan krijgt u die straf. Dat begint te wringen.

Een goed decreet, waar ik op hoop, zal zeker bijdragen tot de veiligheid van de patiënten. Op federaal niveau is men daar ook heel erg mee bezig. Dat conflicteert. Ik kan dat alleen maar betreuren. Artsen moeten vandaag aan de federale regelgeving voldoen, en die mag Vlaanderen niet viseren. De uitoefening van het beroep van arts wordt op het federale niveau gereguleerd in het koninklijk besluit nr. 78. Er is een conflict. Om niet in het ijle te werken, zullen wij criteria moeten vastleggen. Want een regelgeving met bijhorende straffen die in het ijle hangt, creëert juridische problemen.

De heer Luc Van Outryve: Ook mijn vereniging is allang vragende partij om praktijken die niet aan een ziekenhuis zijn verbonden, te laten erkennen. Mensen moeten immers worden beschermd tegen risico's. Daarom lijkt het belangrijk een decreet uit te werken dat zorgt voor controle van bestaande praktijken. In de Verenigde Staten verbiedt de controlecommissie bepaalde surgical centers om bepaalde handelingen te stellen, omdat de noodzakelijke apparatuur niet aanwezig is. Wat de criteria betreft, moeten wij niet opnieuw het warm water uitvinden. In de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Duitsland werkt men met lijsten van criteria. In Frankrijk begint men daar ook mee. Ook daar begint men met het organiseren van de ambulante chirurgie. Dat geldt ook voor Nederland. Er zijn dus criterialijsten beschikbaar. Controle van de regels die men opstelt, is van belang.

Ik heb problemen met de kritiek van de Raad van State. In elk geval zullen wij criteria moeten opstellen.

De heer Marc Moens: Kleine ingrepen onder lokale verdoving, zoals liposucties, kunnen risicovol zijn, en dit ontwerp van decreet zal daaraan niet remediëren. Dat is jammer.

V. UITEENZETTING DOOR MEVROUW ILSE WEEGHMANS, DIRECTEUR VAN HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM (VPP)

1. Wat is het Vlaams Patiëntenplatform?

Mevrouw Ilse Weeghmans: Het VPP is een onafhankelijk platform waarbij honderd patiëntenverenigingen zijn aangesloten. Er zijn heel grote verenigingen aangesloten, zoals verenigingen van diabetes- en van hartpatiënten, maar ook heel kleine, die rond zeldzame ziektes zijn opgebouwd. Wij ontvangen subsidies van de Vlaamse overheid en zijn ontstaan van onderuit. Het is belangrijk dat de stem van de patiënt ook gehoord wordt door het beleid. Wij streven naar toegankelijke zorg voor iedereen en naar de actieve deelname van de patiënten.

2. Vaststellingen

Wie in zijn omgeving vraagt of men er bij de opname in een ziekenhuis niet gewoon van uitgaat dat de behandelingen kwaliteitsvol en veilig gebeuren, zal als antwoord krijgen dat dit toch evident is. Iedereen gaat ervan uit dat men zich overgeeft in de veilige handen van artsen en verzorgend personeel. Men stelt zich over de controle geen vragen, want men gaat ervan uit dat die gebeurt.

Voor het VPP is het ontwerp van decreet een eerste stap. Het is een belangrijke stap. De Vlaamse overheid neemt binnen haar bevoegdheidsdomein haar verantwoordelijkheid op. Nog langer wachten, op een volgende staatshervorming en homogene bevoegdheidspakketten, kunnen wij de patiënten niet aandoen. Maar dit ontwerp van decreet is een erg magere stap, wat betekent dat er nog veel stappen moeten op volgen. Het blijft immers maar bij een vrijblijvende melding. Hoe komt de overheid te weten wie zich niet heeft gemeld? Zal men dan de spoeddiensten bevragen?

Een tweede vaststelling: een patiënt krijgt geen informatie over de kwaliteit van de zorg. Dat geldt niet alleen voor niet gecontroleerde zogenaamde klinieken of medische praktijken, maar ook voor algemene ziekenhuizen en de eerste lijn. Want hoe kom je bij een goede huisarts terecht? Door af te gaan op de mening van je omgeving en door er een aantal te proberen. Ook op dat punt is er een gebrek aan informatie over de kwaliteit van de zorg.

Derde vaststelling: de memorie van toelichting geeft een vals gevoel van veiligheid. De eerste stap is de melding. In de memorie van toelichting wordt gezegd dat het belangrijk is dat er nu een eerste stap wordt gezet en dat er wordt gecontroleerd.

Dat wekt de indruk dat er gecontroleerd wordt, terwijl er eigenlijk enkel gemeld wordt. Die melding heeft namelijk geen consequentie voor het Agentschap Zorginspectie om bijvoorbeeld een actieve rol te spelen. Het ontwerp van decreet geeft ook niet aan waar patiënten terecht kunnen indien ze een klacht hebben over een (be)handeling. Het blijft slechts een melding. Het is een eerste belangrijke stap, maar er moet wel nog veel meer gebeuren. De patiënt gaat ervan uit dat er controle volgt op de melding, maar dat is niet het geval. In deze fase is er slechts sprake van melding.

Een vierde vaststelling is dat er niet wordt opgelegd aan praktijken die risicovol zouden zijn om patiënten te informeren over het onduidelijke statuut of over het feit dat ze tijdens de avond of het weekend niet bereikbaar zijn indien er iets fout loopt. Er is ook geen overleg met huisartsen over mogelijke nazorg en opvolging. Een verplichte samenwerking met de spoedafdeling van een nabijgelegen ziekenhuis is evenmin geregeld. Dat maakt dat wanneer er iets fout loopt, je op de spoeddiensten vaak hoort dat het misschien weer een patiënt van die bepaalde praktijk is.

Een vijfde vaststelling gaat breder dan het ontwerp van decreet. Het zijn vooral zorgen om de toekomst. Zal er een braindrain naar privéklinieken plaatsvinden? Zullen alle zogenaamd slimme artsen overstappen naar privéklinieken omdat daar meer te rapen valt dan in gewone klinieken, waardoor expertise verloren gaat? Krijgen we dan een gezondheidszorg op twee snelheden? In andere landen zoals Frankrijk en Nederland worden wel stappen gezet. Daar zijn ook wel privéklinieken, maar die gaan meer in de richting van 'centers of expertise', die duidelijk wel genormeerd en gereguleerd zijn. Kwaliteit in privéklinieken wordt daar gecontroleerd en vergroot doordat een aantal identieke handelingen op een dag plaatsvinden. Daardoor neemt de expertise en het aantal toe, waardoor je meer ervaring opdoet. Daar is die controle en normering wel geregeld.

3. Besluit

Het ontwerp van decreet is voor het VPP een belangrijke eerste, maar erg magere stap. Toekomstige ontwerpen of voorstellen van decreet zijn dringend nodig. Het lijkt aangewezen dit thema aan bod te laten komen op een interministeriële conferentie.

VI. UITEENZETTING DOOR DR. DANIEL DEVOS, SECTORCOÖRDINATOR ALGEMENE ZIEKENHUIZEN ZORGNET VLAANDEREN

De heer Daniël Devos: In naam van Zorgnet Vlaanderen en Icuro, de koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners, zal ik een uiteenzetting geven. Ik zal iets minder focussen op het ontwerp van decreet zelf. Een van de grondslagen van het ontwerp van decreet zijn de commerciële klinieken, niet per se de dagziekenhuizen. We moeten erop letten dat we beide begrippen niet verwarren. Een dagziekenhuis is een zeer legitieme bezigheid, in vele omstandigheden. Het gaat hier vooral om initiatieven die zich situeren buiten de non-profitsector, namelijk de commerciële klinieken. Het standpunt zal eerstdaags worden gepubliceerd in een wat omstandiger cahier van Zorgnet Vlaanderen.

1. Commerciële klinieken

1.1. Definitie

Samen met alle Vlaamse ziekenhuizen hebben wij een standpunt ingenomen. We hebben dat de 9 tot 5-villageneeskunde genoemd: entiteiten waar specialisten diagnostiek of behandelingen uitvoeren, maar zonder garantie op de continuïteit van zorg. Dat is voor ons een zeer belangrijk punt. Die artsen zijn namelijk niet betrokken bij de acute zorg in een erkend ziekenhuis. Die definitie is niet zaligmakend, maar werd wel heel specifiek zo geschreven om de privé kabinetten van artsen daar niet bij te betrekken. Er zijn namelijk nogal wat specialisten die in een ziekenhuis werken en zo zorgen voor permanentie en continuïteit, maar ook een privépraktijk hebben. Zij vallen daar niet onder. Daar mogen geen misverstanden over bestaan.

1.2. Doelstelling

Het verschil in doelstelling is duidelijk. De commerciële klinieken zoeken winstmaximalisatie. De erkende ziekenhuizen binnen het bestaande systeem proberen daarentegen zorg te optimaliseren.

1.3. Spoedzorg: het perspectief van de patiënt

We hebben dat bekeken vanuit het perspectief van de patiënt. Spoedzorg is een van de essentiële kenmerken van de erkende ziekenhuizen. Ze zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week en 52 weken per jaar open. De spoedgevallenzorg is een heel belangrijk onderdeel van de geleverde zorg. Zo deed in 2008 13,5 percent van de bevolking een beroep op de spoeddienst. Per honderd personen gaat het om 21 contacten, wellicht te verklaren door de vergrijzing. De eerste reden die wordt opgegeven door de bevraagden, is een dringend of ernstig probleem. Dat is logisch. Ten tweede blijkt ook het gemak van de dienstverlening een rol te spelen: de dienst spoedgevallen is 24 uur op 24 uur open en, hoewel je soms wat moet wachten, moet je geen afspraak maken. Ten slotte blijken financiële motieven slechts een kleine rol te spelen. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering heeft ook gegevens ter beschikking. In 2010 waren er 2.193.351 contacten met de spoeddiensten. Dat aantal blijft in stijgende lijn gaan.

Ik wil dat even situeren in het kader van wat er in het algemeen in ziekenhuizen gebeurt. De chirurgische en klassieke medische hospitalisaties zijn in een periode van negen jaar met 5 à 6 percent gestegen. Het chirurgische dagziekenhuis is daarentegen in diezelfde periode gestegen met meer dan 60 percent en het medische dagziekenhuis met meer dan 100 percent. Het dagziekenhuis als fenomeen moeten we gebruiken om de definitie van

onze ziekenhuizen te bepalen. Waar een ziekenhuis vroeger enkel werd benaderd vanuit het klassieke, gehospitaliseerde deel, is dat duidelijk al lang niet meer zo.

Er is een tekort aan sommige specialisten en artsen. De toename van sommige ziektebeelden door de vergrijzing en andere gezondheidsproblemen, wordt niet beantwoord met een toename van specialisten die zich erom bekommeren. De vergrijzing is bijvoorbeeld een feit, maar het aantal geriateren stijgt niet of onvoldoende. Verder is er een onverklaarbare stijging van diabetes, maar stijgt het aantal endocrinologen niet. De vraag is hoe goed ons systeem is afgestemd op het geheel.

2. De kosten voor de maatschappij

In de Verenigde Staten is commercialisering van de dagziekenhuizen een feit. Er zijn nogal wat dagziekenhuizen verbonden aan een ziekenhuis, maar er zijn ook heel wat dagziekenhuizen die als zelfstandige entiteiten op commerciële basis worden gerund. Zo is de beeldvorming, die in 2000 nog voor 35 percent in het ziekenhuis gebeurde, ondertussen al gezakt naar 25 percent. Slechts 25 percent van alle beeldvorming in Amerika gebeurt nog in een ziekenhuis, al de rest gebeurt daarbuiten.

Ze spenderen meer dan 15 percent van hun bruto nationaal product aan gezondheid, maar coveren daarmee slechts een deel van de bevolking. In Europa is dat 9 percent, in België 10 percent.

Die evolutie is heel onrustwekkend. In Amerika zou tegen 2020 een vijfde van het bruto nationaal product naar gezondheidszorg gaan, in Europa zou dat een zesde van het bruto nationaal product zijn.

3. De kosten voor de patiënt

Betaalbaarheid van zorg zal een probleem worden. Dat linkt zich aan het commerciële. We hebben recent een bevraging gedaan bij ziekenhuizen. Het gemiddelde bedrag per bed per ziekenhuis aan onbetaalde facturen bedraagt 2900 euro. Het verschilt wat per ziekenhuis: van een ziekenhuis waar het openstaand bedrag 500 euro per bed bedraagt tot een aantal ziekenhuizen waar er per bed meer dan 4000 euro aan onbetaalde facturen zijn. Bovendien wordt er per bed per jaar 600 euro kwijtgescholden aan openstaande facturen. Die facturen komen daar eigenlijk bovenop. Sommige van die facturen worden mogelijk nog betaald.

4. De kwaliteitskosten

In de Verenigde Staten wordt al meer dan 60 percent van de heelkunde verricht buiten erkende ziekenhuizen, dus in de typische dagziekenhuizen. Er bestaat daar wel een eigen erkennings- en accrediteringssysteem. De vergelijking gaat op met het verschil tussen onze klassieke ziekenhuizen en de dagziekenhuizen. Tegelijkertijd is er een sterke toename van het aantal spoedopnames in ziekenhuizen ten gevolge van de complicaties elders, dus in die dagziekenhuizen. Er is verder ook een sterke groei van het aantal schadeclaims buiten het ziekenhuis.

In de Verenigde Staten presteren de commerciële ziekenhuizen minder op het vlak van kwaliteit. De literatuur is daar vrij duidelijk over. Het moet worden gemoduleerd. Als zij heel duur zijn en heel veel geld kunnen vragen omdat ze in rijkere wijken werken of rijkere patiënten verzorgen, is de kwaliteit gelijkwaardig. Het gemiddelde ziekenhuis doet dat echter niet. Zij proberen zich in het middenmarktsegment te situeren, ook met de private verzekeringsmaatschappijen. Voor dezelfde inkomens ligt de kwaliteit daar lager. Het sterftecijfer ligt er behoorlijk hoger. Gewoonlijk is er ook minder goed personeel, tenzij men veel meer geld vraagt. Er is ten slotte ook een relatie tussen het aantal hoog opgeleide personeelsleden en de kwaliteit van de zorg.

We proberen – ook met dit ontwerp van decreet – de volksgezondheid te bewaken. De continuïteit van zorg is absoluut een ankerpunt om te kunnen spreken van goede zorg. Zonder die continuïteit is er geen goede zorg. Het is trouwens een verplichting van de deontologie van artsen om, ongeacht de situatie, altijd te zorgen voor de continuïteit. Bovendien is er electieve chirurgie: de chirurgen kiezen hun patiënten, maar zullen steeds meer worden geconfronteerd met complexe polypathologie en problematiek die niet alleen medisch, maar ook sociaal is. Daar is multidisciplinaire opvang voor nodig. Alles verenigen tot een diagnose en een therapie bij gekozen patiënten is, in termen van volksgezondheid, een risicovolle operatie. Ten slotte moeten de niet-standaardiseerbare en risicovolle onderzoeken en ingrepen mogelijk blijven.

Alle patiënten hebben recht op zorg. U weet dat de dagklinieken zelden of nooit cateren voor patiënten die het moeilijk hebben: bedlegerige, gehandicapte patiënten, patiënten die minder goed kunnen meewerken, zich moeilijk kunnen uitdrukken of patiënten die de zorgen niet kunnen betalen. Dat laatste speelt vooral in het kader van het commerciële aspect.

Het veiligstellen van de continuïteit is een van de grootste uitdagingen van de volksgezondheid. We hebben daar hoogopgeleide artsen voor nodig, maar ook hoogopgeleid personeel. Er is ook nood aan een efficiënte organisatie van zorg. De prijs zal namelijk stijgen. We gaan naar een systeem van chronische zorg. Op die chronische zorg zal zich ook altijd meer acute zorg enten. We zullen ons daarop moeten voorbereiden door ons efficiënt te organiseren met zorgpaden.

Professor De Maerteleire, plastisch chirurg uit Leuven, stelde op een studiedag dat die zorgpaden een probleem zijn voor artsen. Ik geef toe dat het een enge visie is en ik zeg niet dat dit het standpunt is van de meeste artsen, maar hij werkt wel in een privékliniek en deelt mee wat toch minstens sommige van zijn collega's denken. Hij zegt dat artsen ego-trippers zijn. Verder stelt hij dat complexere geneeskunde en superspecialisatie het moeilijk maken in ziekenhuizen. Hij heeft het over de angst dat artsen de controle verliezen, als er zorgpaden, die moeten leiden naar meer efficiënte zorg, worden ingevoerd. Het zou volgens professor De Maerteleire ook moeilijk zijn voor artsen dat ze patiënten krijgen op hun dienst en niet op hun naam. Dat waren argumenten waarom sommige artsen graag in een commerciële omgeving werken. Hij zegt dat artsen moeten evolueren naar teamspelers, maar dat is niet altijd hun beste kant. Het zorgt voor spanningen en vraagt een mentaliteitswijziging. Professor De Maerteleire geeft tegelijk redenen aan waarom mensen weg gaan uit ziekenhuizen naar commerciële initiatieven.

We moeten vermijden dat patiënten nog slechts zorg kunnen krijgen als ze eerst een afspraak maken, als ze het kunnen betalen en, ten slotte, de paradox van het verhaal, als ze niet te ziek zijn. Wie een herniaoperatie ondergaat, is niet ziek maar heeft zorgen nodig, hebben we net vernomen. Die zorgen kun je in een commerciële setting krijgen, maar als je daarbij ook ziek bent, kun je die zorg daar misschien niet krijgen.

5. Hoe moeten we dat bereiken?

Kwaliteit en veiligheid moeten gelden voor alle patiënten, ook in commerciële klinieken. Er moeten minstens afspraken worden gemaakt voor de continuïteit. Iedereen herinnert zich het PIP-schandaal (Poly Implant Prothèse) met de borstprothesen. De verplichte ziekteverzekering heeft mee moeten betalen, omdat de commerciële kliniek intussen verdwenen was en men de verzekering niet kon aanspreken. De gemeenschap betaalt zo het gebrek aan kwaliteit.

Er is al gezegd hoe moeilijk het is, maar we moeten er misschien toch eens over nadenken, om sommige ingrepen enkel te laten gebeuren in erkende ziekenhuizen. Er spelen verschillende elementen mee: kwetsbare personen, intensieve zorgen enzovoort.

Ik duid nog even het Europese aspect. Er is de richtlijn 2011/24 over grensoverschrijdende zorg, die bepaalt dat elke lidstaat een systeem van beroepsaansprakelijkheidsverzekering moet garanderen. Elke patiënt die in Europa rondreist om zorgen te kopen, moet de garantie hebben van het land waar hij zijn zorgen aankoopt of betaalt, dat zorgverstrekkers beroepsaansprakelijk verzekerd zijn. Er wordt ook druk op de landen gelegd om een informatieplicht over de kwaliteit van de zorg te organiseren. Dat wordt niet verplicht, maar er wordt wel druk gezet opdat de overheid zou kunnen duiden welke kwaliteit patiënten kunnen verwachten in voorzieningen.

De richtlijn stelt ook dat men de behandelingen in een ziekenhuis met een verblijf van minstens één dag moet kunnen oplijsten. Dat is een neveneffect van de voorafgaande toestemming die daarvoor soms nodig is.

Voorts kan worden overwogen om de prestaties van artsen die niet solidair deelnemen aan de wachtdienst, de permanentie en de zorgcontinuïteit, niet te laten vergoeden door de ziekteverzekering. De ziekteverzekering moet net door die financiering van artsen via hun prestaties zorgen dat die hoeksteen van de continuïteit van zorgen verzekerd blijft. Wie in een zuiver commerciële omgeving werkt, zou dan alleszins niet kunnen genieten van een vergoeding door de ziekteverzekering. Bij de huisartsen is het al zo.

6. Ontwerp van decreet

Over het ontwerp van decreet zelf heb ik maar weinig te zeggen. Ik heb veel opmerkingen gehoord, zowel van de heren Moens en Van Outryve als van mevrouw Weeghmans. Daar zitten zeer interessante pistes in. Toch zeggen wij, net als mevrouw Weeghmans, als een politieke belijdenis – niet in de partijpolitieke betekenis, maar vanuit het geloof dat volksgezondheid belangrijk is – dat het een goede stap is om te inventariseren, ook met alle opmerkingen die zijn gegeven. Als men niet meedoet, zit men bijvoorbeeld met een probleem. Het is moeilijk, maar wij denken dat het belangrijk is, ook vanuit de optiek van de patiënt. Veiligheid geldt voor alle patiënten in alle omstandigheden. Het is een moeilijke materie. Het traject van het eerste en het tweede voorontwerp en de adviezen van de Raad van State zijn duidelijk.

Misschien moeten we dat aanvullen met objectiveerbare elementen, zoals het participeren aan de zorgcontinuïteit. Dat refereert rechtstreeks aan de volksgezondheid. Er is ook gesuggereerd om andere en meer methodes tegelijk te gebruiken. Waarom kan de Orde van geneesheren niet worden geïnterpelleerd over de belangrijke opdracht die ze heeft om erover te waken dat artsen de zorgen die ze verlenen op een continue manier verzekeren? Als ze dat niet zelf doen, moeten ze wel zorgen dat iemand anders het doet. Het gaat niet op dat sommige artsen electief handelen, en de problemen die daardoor ontstaan aan anderen overlaten.

VII. VRAGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Vera Van der Borgh: Wij hebben hier sprekers uitgenodigd om ons te helpen bij de beoordeling van het ontwerp van decreet. De heer Devos heeft slechts één slide aan het ontwerp van decreet gewijd. De rest is een andere discussie. Ik begrijp dat hij bezorgd is of bevreesd dat de traditionele ziekenhuizen aan belang zullen inboeten ten voordele van commerciële klinieken. Ik ga ervan uit dat het ontwerp van decreet is geschreven met het oog op de patiënt en het vrijwaren van de kwaliteitsvolle zorg aan de patiënt. Dat is onze bekommernis, en niet het vrijwaren van de ziekenhuizen.

De heer Devos zegt dat we moeten vermijden dat de patiënt nog enkel zorg krijgt als hij eerst een afspraak maakt, supplementen kan betalen en niet te ziek is. Wij kunnen allemaal voorbeelden geven van ziekenhuizen waar de patiënt in het secretariaat van de arts eerst zijn consultatie betaalt. Ik ken chirurgen in zeer gerenommeerde ziekenhuizen

die aan de patiënt zeggen: “Ik kan u op de klassieke manier opereren aan een bepaalde prijs of op een betere manier, waarbij de revalidatietijd veel beperkter is, maar dat kost u meer.”. Die praktijken bestaan, ook in ziekenhuizen.

We moeten ons beperken tot dit ontwerp van decreet, met heel wat opmerkingen van de Raad van State, die voor ons moeilijk zijn. We hebben alle belang bij een decreet dat we in de toekomst niet om de haverklap moeten aanpassen. Ik wou hier zo veel mogelijk sprekers horen, om ons daarin te begeleiden. Ik noteer dat u voor het ontwerp van decreet verwijst naar de opmerkingen van de heren Moens en Van Outryve.

De heer Daniël Devos: Ik heb al naar de drie vorige sprekers verwezen. Ik heb al verklaard dat ik veel van hun bekommernissen deel. Ik ben het ook eens met mevrouw Weeghmans die vindt dat we de zaak vanuit het oogpunt van de patiënt moeten bekijken. Ik had hier even goed dezelfde presentatie kunnen geven en dezelfde meningen kunnen verkondigen. We kunnen over hetzelfde onderwerp niet ontelbare keren iets anders zeggen. In die zin ben ik dan ook blij dat ik me bij hen kan aansluiten.

Het viel trouwens te verwachten dat dit zou gebeuren. Het kabinet heeft in verband met het eerste voorontwerp van decreet contact met ons opgenomen. Dit is in overleg met de sector gebeurd. We hebben tijdens die eerste besprekingen net dezelfde bedenkingen geformuleerd. Er is eigenlijk niet veel nieuws onder de zon. Het lijkt me vooral belangrijk het signaal te geven dat de ziekenhuizen bekommerd zijn om de zoektocht naar kwaliteit. De overheid heeft op dat vlak ook een opdracht.

Wat de zuivere decreetgeving betreft, heeft iedereen het advies van de Raad van State kunnen lezen. Ik kan dat nogmaals uiteenzetten, maar eigenlijk kent mevrouw Van der Borght die tekst beter dan ik. Ze heeft alles hier zelf bediscussieerd. Er is op dat vlak een probleem. We botsen hier op de uitoefening van de geneeskunde, die onder de federale bevoegdheden valt. Er is tevens, zoals al eerder is gesteld, een ordinaal element. De erkenning van de ziekenhuizen valt onder de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Dit ontwerp van decreet beoogt instellingen die daar echter niet onder vallen. We bevinden ons op een kruispunt van wetgevingen. De Vlaamse Gemeenschap zit met een probleem.

Hoewel ik het nog eens wil herhalen, komt het altijd op hetzelfde neer: we zouden graag een oplossing zien. Dit ontwerp van decreet is een eerste goede stap in de richting van een inventarisering van de risico's. Ik ben er zeker van dat niet alle risico's zullen worden geïnventariseerd. Iedereen weet dat. Toch lijkt het me een goede stap.

We hebben ons in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen jarenlang over een artikel in de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen gebogen, dat stelt dat de koning kan bepalen welke ingrepen binnen en buiten het ziekenhuis moeten gebeuren. Dat is in feite wat we nodig hebben. We hebben daar met iedereen die bij de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen is betrokken, jaren over gediscussieerd. We zijn er niet uitgeraakt.

De heren Van Outryve en Moens hebben net al op een aantal moeilijkheden gewezen. Indien we een actieve lijst zouden schrijven, zou die lijst om twee redenen nog voor de voltooiing voorbijgestreefd zijn. Ten eerste, er komen steeds nieuwe ingrepen bij die dan niet in de lijst staan. Ten tweede, de omstandigheden in dewelke sommige ingrepen kunnen of mogen worden uitgevoerd, worden in functie van de toegepaste technologie gewijzigd. Ik denk onder meer aan de endoscopische chirurgie. Dit is een heel nieuw domein binnen de chirurgie dat vroeger niet bestond. Hoewel we dat niet kunnen bijhouden, zal de Europese Commissie ons ooit vragen die lijst op te stellen.

We staan voor een aantal uitdagingen. Wat de juridische aspecten betreft, verwijs ik naar wat de heren Moens en Van Outryve en mevrouw Weeghmans al hebben verklaard. De volgende spreker zal daar ongetwijfeld ook op ingaan. We moeten een lijst maken. Indien de leden van deze commissie dat wensen, kunnen we die lijst samen opstellen. Ik kan alle documenten bezorgen.

We blijven echter zitten met een onoplosbaar lijkend probleem waar we moeten uitgeraken. Hoe willen we de kwaliteit van de buiten de ziekenhuizen gesitueerde zorg aanpakken? Ik heb ook geen suggestie. Ik kan enkel voorstellen allemaal na te denken over een manier om dit te doen. Het is echter een zeer moeilijke kwestie.

De heer Erik Tack: De heer Van Outryve heeft het over de outdoor surgery gehad. De heer Devos heeft het ook over de mogelijkheden van de buitenhuisoperaties gehad. Voor zover ik dit kan inschatten, is dit ontwerp van decreet vooral gericht tegen de esthetische geneeskunde in commerciële centra. Ik ken in mijn omgeving geen private centra waar, buiten de esthetische ingrepen, electieve heelkunde wordt uitgevoerd. Indien dat zo is, voeren we hier misschien een discussie die er geen is. Dit zou in de toekomst interessant kunnen worden. Nu is het niet echt aan de orde. Mijn vraag is dan ook of de heer Devos weet heeft van een probleem in Vlaanderen met niet-esthetische buitenhuischirurgie die zuiver commercieel buiten hospitalen worden uitgevoerd.

Mevrouw Cindy Franssen: Ik heb niet echt een vraag. Ik wil eerder een opmerking maken over het standpunt dat mevrouw Van der Borghth heeft ingenomen. Volgens mij heeft deze uiteenzetting zeker een meerwaarde. De heer Devos heeft de volksgezondheid en de verantwoordelijkheid inzake de kwaliteit benadrukt. Het gaat om de kosten voor de maatschappij en de kosten voor de patiënt. Op die manier heeft hij een breder overzicht gegeven van de redenen waarom dit ontwerp van decreet voorligt. Dit lijkt me voor onze discussie een grote meerwaarde te bieden.

Mevrouw Els Robeyns: De heer Devos heeft een duidelijk pleidooi voor de noodzaak van kwaliteitszekerheid buiten de erkende ziekenhuizen gehouden.

Volgens de heer Devos is het ontwerp van decreet een eerste goede stap in de richting van een inventarisering van de risico's voor de volksgezondheid. Mevrouw Weeghmans heeft er echter op gewezen dat dit ontwerp van decreet enkel een meldingsplicht oplegt. We zouden op die manier in feite een vals gevoel van veiligheid kunnen creëren. Het ontwerp van decreet stelt immers dat iemand die buiten een erkend ziekenhuis risicovolle medische praktijken uitvoert dit enkel moet melden. Indien hij de patiënt zegt dat hij dit heeft gemeld, wekt hij de indruk dat hij in orde is. Als de tweede stap niet wordt gezet en er geen effectieve kwaliteitscriteria komen, wekken we misschien een vals gevoel van veiligheid.

De heer Daniël Devos: Op dat vlak deel ik de mening van mevrouw Weeghmans. We rekenen op de incentives die we in het systeem verwerken. We zetten mensen tot een bepaald gedrag aan. De heer Moens heeft er terecht op gewezen dat we dit niet zomaar mogen overlaten aan de mensen die hier zelf over moeten oordelen. Dit zou een bijkomend probleem kunnen opleveren.

Nu is er niets. Het ontwerp van decreet is beter dan niets, maar het zal niets voorkomen. We lopen het risico dat wie een melding heeft gedaan de indruk wekt dat hij kwaliteit biedt. Bovendien is het van diegenen die geen melding hebben gedaan niet duidelijk of ze tot een melding zijn overgegaan. We moeten goed nadenken over een manier om hierop in te spelen. Dat is mijn betoog wat de volksgezondheid betreft.

Er zijn andere instellingen dan de zuiver esthetische ziekenhuizen die geneeskunde leveren. Ik zal drie voorbeelden geven. Aangezien dat mijn rol niet is, zal ik geen namen vermelden. Ik ken echter minstens drie private klinieken in Vlaanderen die oogheelkunde aanbieden.

In een provincie heeft een van onze ziekenhuizen op een bepaald ogenblik vastgesteld dat alle oftalmologen uit het ziekenhuis verdwenen waren. Zonder oproepbare oftalmologen is het niet mogelijk een gespecialiseerde spoedgevallendienst open te houden. Het ziekenhuis heeft de provinciale raad van de Orde van geneesheren om advies gevraagd. De Orde van geneesheren heeft gesteld dat alle artsen zich aan de continuïteit van zorg moeten houden. Dit geldt ook voor de oogartsen die enkel tussen 9 uur en 17 uur opereren. Ze zijn verplicht de continuïteit te verzekeren. Indien er dringende problemen zijn, moeten ze beschikbaar zijn en eventueel een eigen wachtdienst organiseren.

Een ander ziekenhuis in een andere provincie heeft niet zo lang geleden ook vastgesteld dat alle oftalmologen verdwenen waren. Het gaat om een gelijksoortig probleem. De oftalmologen hebben naast het ziekenhuis een private kliniek geopend.

Het opvallendste verhaal is dat een private oogkliniek in een van onze ziekenhuizen is geïncorporeerd. Dit bleek de enige manier om de oftalmologen bij de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening te blijven betrekken. Waarschijnlijk voeren oftalmologen vrijwel uitsluitend electieve chirurgie en slechts heel occasioneel acute, dringende chirurgie uit. Als het echter nodig is, is het ook nodig. Dit is een prachtig voorbeeld van artsen die zich aan het systeem onttrekken. Zelfs als hun aanwezigheid overbodig lijkt, levert dit een groot gevaar voor de algemene volksgezondheid op.

We verwelkomen dit ontwerp van decreet dan ook als een poging dit type van geneeskunde een halt toe te roepen. Indien enkel en alleen voor electieve geneeskunde wordt gekozen, raakt de rest van het systeem uit evenwicht. In sommige disciplines, zoals oogheelkunde, zien we de effecten hiervan al. Ik geef iedereen op een blaadje dat er nog zullen volgen.

VIII. UITEENZETTING DOOR DE HEER STEFAAN CALLENS, ADVOCaat EN BUITENGEWOON HOOGLERAAR GEZONDHEIDSRECHT AAN DE KU LEUVEN

De heer Stefaan Callens: Ik zal vanuit mijn invalshoek als gezondheidsjurist reflecteren over dit ontwerp van decreet, maar zal ook wat verder gaan dan het ontwerp. Ik heb drie boodschappen voor deze commissie. Ik raad u vooreerst aan om een aantal federale wetteksten te laten activeren. Die teksten zijn er immers en kunnen helpen. Ten tweede, er moet echt iets veranderen. Er is niet veel tijd, een goed jaar, om alles te reglementeren. Ten derde zal ik enkele tips geven om wat verder te gaan dan waar men nu is gebleven.

1. Te weinig gebruik van bestaande mogelijkheden (op federaal vlak)

Er wordt te weinig gebruikgemaakt van bestaande mogelijkheden. Sinds enkele jaren is er federaal een kadaster van de gezondheidszorgberoepen. Een aantal diensten moet daarvoor gegevens leveren. Er is ook duidelijk gezegd dat zelfs artsen, dus de beroepsbeoefenaars, bepaalde gegevens over hun activiteit kunnen meedelen. Er is zelfs bepaald dat elk jaar de erkende verzorgingsinstellingen – niet alleen de klassieke ziekenhuizen, maar ook privé-instellingen waar artsen werkzaam zijn – een aantal gegevens moeten meedelen. Volgens mij is dat dus van toepassing op de privéklinieken. Onder meer moet worden meegedeeld welke artsen daar werken. Het zou interessant zijn federaal te bekijken of die privéklinieken, die wel al onderhevig zijn aan die registratieplicht voor zelfstandige artsen, die plicht nakomen. Ik kan begrijpen dat de Raad van State kritiek heeft op dit ontwerp van decreet. Koninklijk besluit nr. 78 over de uitoefening van de gezondheidsberoepen voorziet immers al in een kadaster. Ik geef toe dat dit kadaster beperkt is. Het bevat niet zoveel gegevens. Het is echter ook hetzelfde koninklijk besluit nr. 78 dat regelt dat men medische dossiers moet bijhouden, dat er continuïteit van zorgverlening moet zijn, en dat bepaalt wie welk soort handelingen mag doen. Dat wordt dus allemaal geregeld via dat

volmachtenbesluit van 1967. Ik begrijp die kritiek van de Raad van State ten aanzien van het ontwerp van decreet dus wel.

Ik denk echter dat u daar niet al te bang voor hoeft te zijn. Wie het federale regeerakkoord grondig leest, ziet dat het tal van openingen bevat. Het federale regeerakkoord bepaalt dat er samenwerkingsakkoorden moeten komen tussen de federale overheid en de deelstaten, precies op het vlak van de uitoefening van gezondheidszorgberoepen en de evaluatie van artsen. Men zal de gemeenschappen uiteindelijk de kans geven om artsen te erkennen, hoewel de criteria waarschijnlijk wel federaal zullen blijven. Dat federale regeerakkoord biedt de gemeenschappen mogelijkheden, meen ik. Ook federaal worden er trouwens initiatieven genomen, zij het dat die zich beperken tot de esthetische geneeskunde, om via een samenwerkingsakkoord op korte termijn dat te bereiken wat de Vlaamse overheid wil bereiken.

2. Noodzaak aan dringende, bijkomende en specifieke regeling – drie vaststellingen

Er is dringend nood aan een bijkomende specifieke regeling. De vorige sprekers hebben dat allemaal aangetoond, en ik sluit me daar volledig bij aan. Ik wil wat dat betreft nog enkele vaststellingen meegeven.

Het is ten eerste frustrerend om vast te stellen, vooral voor patiënten, maar misschien ook wel voor artsen-specialisten en de Orde van geneesheren en andere gezondheidszorgactoren, dat er ontzettend veel regels zijn voor ziekenhuizen, maar dat poliklinieken, groepspraktijken, oogklinieken, wellness- en andere centra waar heel wat artsen-specialisten samenwerken aan vrijwel geen enkele norm onderworpen zijn. Dat wringt, en dat is niet goed voor de patiënt en voor de kwaliteitsvolle zorg.

Ik stel ook vast dat de druk op artsen zo groot wordt dat ze, om allerlei redenen, weg willen uit dat ziekenhuismilieu, naar een omgeving waar ze niet meer zo veel van wacht zijn als in een ziekenhuis. Als er te weinig artsen zijn om een spoeddienst draaiende te houden, dan wordt dat zwaar. Die wachtverplichting in ziekenhuizen wordt trouwens steeds groter, door al die fusiebewegingen. Dan is er een tendens bij artsen om daaraan te ontsnappen en bij wijze van spreken van 9 tot 5 uur geneeskunde te beoefenen, zonder gebonden te zijn aan die wachtverplichting.

Het is ten tweede ook zo dat artsen in een privékliniek hun ereloon zelf kunnen innen. Ze moeten niet 40 tot 50, of zelfs tot 80 tot 90 percent ervan afstaan aan de ziekenhuisbeheerder. Artsen verdienen niet slecht. Dat mag ook worden gezegd. Een aantal van die artsen wil ook investeren in medische centra en in vastgoed waarvan ze zelf eigenaar zijn, terwijl ze dat in het geval van die ziekenhuizen niet zijn. We kunnen niet om die vaststelling heen.

Dan kom ik tot mijn derde en belangrijkste vaststelling. De heer Devos heeft dat daar net al even aangekaart. Ik denk dat de Europese richtlijn 2011/24 een ontzettend grote impact zal hebben op ons systeem. Die richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg zal heel snel moeten worden omgezet, tegen oktober 2013. Op het eerste gezicht lijkt die niet zo belangrijk, omdat het gaat over patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg. Wie komt er echter naar privéklinieken? Heel vaak gaat het om patiënten uit de ons omringende landen, die niet op wachtlijsten willen staan en hier sneller bepaalde zorgen kunnen krijgen. Ook komen er heel wat buitenlandse artsen in die centra werken, zonder hier noodzakelijk gevestigd te zijn. Dat grensoverschrijdende element is ongetwijfeld aanwezig. De richtlijn bepaalt dat alle patiënten, waar ze ook worden verzorgd, dus ook als ze naar België komen om er te worden behandeld, een goede, kwaliteitsvolle zorg moeten krijgen. De richtlijn stelt van toepassing te zijn op de verlening van gezondheidszorg aan patiënten, los van de vraag hoe die gezondheidszorg is georganiseerd. Het doet er niet toe of dat in een privékliniek

gebeurt of in een gesubsidieerde instelling, in een klassiek ziekenhuis. Financiering en organisatie spelen geen rol: er moet goede zorg komen.

Artikel 4.1 bepaalt dat grensoverschrijdende zorg wordt verleend met inachtneming van een aantal basisprincipes, maar ook overeenkomstig de kwaliteits- en veiligheidsnormen en -richtsnoeren die de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, heeft vastgesteld. Op dat punt schieten we schromelijk tekort: we hebben geen kwaliteitsnormen voor groepspraktijken of privécentra. Voor de klassieke ziekenhuizen zijn die er wel, maar voor een heel groot deel van de zorg zijn er geen normen. Europa verplicht ons die te hebben, tegen oktober 2013. Ik stel het wat cru, maar het is onder druk van Europa dat u snel de handen uit de mouwen moet steken.

Artikel 4.2 bepaalt trouwens ook dat de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, er zorg voor moet dragen dat de patiënt die daarom vraagt, via het nationale contactpunt voor grensoverschrijdende zorg uitleg krijgt over welke normen van toepassing zullen zijn voor die artsen. Het artikel stelt vooral ook dat er goede klachtenregelingen moeten zijn. Het is daarnet ook even aangekaart: die klachtenregelingen hebben we niet als het gaat over privéklinieken. We hebben wel een ombudsfunctie voor de ziekenhuizen, maar niet voor groepspraktijken van tandartsen, artsenpraktijken en privéklinieken. Patiënten weten op den duur niet meer waar ze terecht moeten als ze bepaalde zorgen hebben gekregen en klachten willen melden. Ik denk dat de tijd dringt, onder invloed van die Europese bepalingen die op u afkomen.

3. Noodzaak aan dringende, bijkomende en specifieke regeling – enkele tips

Ik meen dat men meer zou moeten doen dan alleen maar melden. Als u echt meent dat u niet nog een jaar kunt wachten, laat dan minstens artikel 3, §2, 3°, het punt met betrekking tot die kwaliteitsnormen, weg. Ik vrees immers dat u zich zo zult vastrijden op het vlak van de bevoegdheidsverdeling. Het gaat inderdaad op het eerste gezicht in het ontwerp over louter melden, maar als er foutief wordt gemeld, als bepaalde zaken qua kwaliteitsnormen die men heeft gemeld, niet worden uitgevoerd, dan kan er een boete worden opgelegd. Op dat moment houdt u zich echt bezig met het uitoefenen van gezondheidszorgberoepen, en met de huidige wetteksten zult u zich dan vastrijden. Ik zie niet meteen een onoverkomelijk probleem als het gaat over het louter melden van wie wat doet, maar het is vooral ook in artikel 3, §2, 3°, dat de Raad van State een probleem heeft gezien.

Mijn raad is tevens dat u verder dient te gaan dan het louter regelen van het melden. Probeer ook normen op te stellen voor heel wat soorten zorg naast de ziekenhuiszorg. Europa legt u die toch op.

Zorg ook voor een goede klachtenregeling. Denk na over die ombudsfunctie. Patiënten willen weten bij wie ze moeten klagen, waar ze terecht kunnen voor bemiddeling. Voor ziekenhuizen is dat allemaal goed geregeld, maar daarbuiten is het een en al onzekerheid. Dat zal niet kunnen, evenmin vanuit Europees standpunt.

Een volgende tip is: denk eens na over een goede aansprakelijkheidsregeling, misschien naar analogie met de ziekenhuizen. Daar spreekt men van centrale aansprakelijkheid. Men heeft vastgesteld dat het voor patiënten onmogelijk is om te weten tot wie ze zich moeten richten. De wet betreffende de rechten van de patiënt heeft de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen op dit punt eenvoudig gewijzigd en heeft bepaald dat er een centraal adres is, namelijk het ziekenhuis, waar men zich tot kan wenden als er geen kwaliteitsvolle zorg is verleend en als de wet betreffende de rechten van de patiënt geschonden is. Misschien moet men ook in iets gelijkwaardigs voorzien voor al de privécentra, waar het evenmin duidelijk is wie de zaakvoerder is en wie verantwoordelijk is. Er komen allerlei verschillende dienstverleners. Er zijn verschillende disciplines aanwezig met verpleegkundigen, van wie het niet altijd duidelijk is of ze werken voor de zelf-

standige arts, dan wel of ze betaald worden door de instelling. Wie is hun werkgever? Wie heeft iets fout gedaan? Om het eenvoudiger te maken, zou men kunnen nadenken over een vorm van centrale aansprakelijkheid voor die instellingen. Dan gaat men veel verder dan alleen maar die instelling verplichten om iets te melden.

Ook wat betreft dossiervorming is er de wet betreffende de rechten van de patiënt die voorschrijft dat de patiënt recht heeft op een zorgvuldig bijgehouden dossier. Vaak zie je dat die privéklinieken snel verdwijnen en men dan niet weet waar de dossiers zijn. De hulpverleners die daar werken, kunnen buitenlandse artsen zijn die de dossiers misschien meenemen. Er is geen goede regeling zoals die wel bestaat voor ziekenhuizen. Er is vastgelegd dat een dossier altijd in het ziekenhuis aanwezig moet zijn. Zoiets ontbreekt voor de centra die geen ziekenhuizen zijn.

Daarnet is gezegd dat het grote probleem de permanentieregeling wordt. Voor artsen is er de druk om voortdurend van wacht te zijn, zeker als er minder artsen zullen zijn en zeker als de patiënt voortdurend vraagt om op afstand gemonitord en gevolgd te worden. Aan de andere kant is er dan de mogelijkheid om van 9 tot 5 te werken, waar die permanentieregeling niet echt geldt. Hier zal men op een of andere manier iets aan moeten doen. Misschien kan dat door middel van de financiering en door te verplichten dat er ook een aantal openbaredienstverplichtingen door die commerciële organisaties worden nageleefd, zoals het organiseren van een wachtregeling.

Ik zou me niet beperken tot normen en regelgeving voor risicovolle medische praktijken. Niet alleen wie zich in een algemene anesthesie bevindt, ondergaat een risicovolle ingreep, dat kan ook het geval zijn bij lokale verdoving. Als er geen goede hygiëne is en als er geen normen zijn omtrent steriliteit in privécentra, heb je misschien ook problemen. Ik denk dat men eerder moet gaan naar een algemene regeling en niet zozeer naar een heel beperkte regeling enkel voor patiënten die een algemene anesthesie ondergaan.

Een volgende tip is: kom los van het gebouw waar de praktijk plaatsvindt. Bepaalde praktijken zijn in opmars. Geneeskunde op afstand, het volgen van patiënten op afstand, telegeneeskunde en telemonitoring krijgen de nodige aandacht in de Europese richtlijn 2011/24. Dit ontwerp van decreet blijft vastzitten aan een gebouw waarin iets wordt verricht. Wat met de artsen die vanop afstand patiënten behandelen? Op hen zal geen enkele regelgeving die nu wordt voorgesteld van toepassing zijn, terwijl Europa ons daar op de een of andere manier toe verplicht.

Een voorlaatste bedenking is: men zal moeten beseffen dat ook de privéklinieken recht zullen hebben op bepaalde subsidies. Dat klinkt cru, maar op 20 december 2011 heeft de Europese Commissie een beschikking bekendgemaakt die er de lidstaten toe verplicht de totale ziekenhuisfinanciering opnieuw te bekijken. Ik zeg niet dat de huidige ziekenhuisfinanciering verboden zal worden omdat ze slecht is of verboden staatssteun inhoudt. De Europese Commissie zegt wel dat overheden die dergelijke vormen van staatssteun geven aan ziekenhuizen, duidelijker moeten afspreken wat de openbaredienstverplichtingen zijn. Het algemeen belang moet centraal staan, er moet heel specifiek uitgewerkt zijn wat de overheid verwacht. De overheid mag ook niet te veel betalen. De financiering is in principe beperkt tot een periode van tien jaar. De overheid mag in principe niet voor onbeperkte tijd subsidies geven. Men moet ook beseffen dat de privéklinieken, als ze goed functioneren, ook al zijn dat commerciële ondernemingen, ook zullen aankloppen om bepaalde vormen van terugbetaling of overheidssubsidie te krijgen. Als ze bepaalde openbaredienstverplichtingen willen naleven, zal men die uiteindelijk ook moeten toekennen. Daar zal men aan moeten denken, maar dat is nu niet jullie taak, dat moet op federaal niveau gebeuren.

Een laatste punt is een algemene kritiek. Ik stel vast dat er nauwelijks regelgeving is voor de verdeling van het materiaal waar mensen in privéklinieken mee werken. Hoe komen

die geneesmiddelen en die medische hulpmiddelen daar, die vaak heel steriel zijn en niet zomaar rechtstreeks kunnen worden geleverd? De huidige reglementering kent alleen de publieksapotheek en de ziekenhuisapotheek. We moeten veel meer aandacht geven aan andere instellingen waar die producten ook gebruikt worden en aanwezig moeten zijn.

4. Besluit

Het is niet mijn bedoeling om het ontwerp van decreet volledig onderuit te halen. Rekening houdend met wat de Raad van State heeft gesteld, wou ik bekijken of er op korte tijd iets kan worden gereguleerd. Ik denk dat dat kan als u niet echt informatie opvraagt omtrent de kwaliteitsmaatregelen die worden genomen. Anderzijds hebt u in het licht van de Europese richtlijn 2011/24 nog een jaar de tijd. Probeer, gebruik makend van de voorzet die men heeft gegeven in het federale regeerakkoord, tot samenwerkingsakkoorden te komen. Europa zal u toch verplichten om tegen oktober 2013 normen te hebben voor alle vormen van zorg die buitenlanders hier kunnen genieten.

IX. VRAGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Vera Van der Borgh: Van de tips die u geeft, is mijn aanvoelen dat heel veel zaken federaal moeten worden aangepakt. Op het einde van uw betoog geeft u een sterk pleidooi om een samenwerkingsakkoord af te sluiten met de federale overheid om deze zaak goed aan te pakken. Dat neem ik mee.

U had het over artikel 3, §2, 3°, over het waarborgen van de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënten. Moet dat federaal worden geregeld?

U hebt het over een aanspreekpunt voor klachten in privépraktijken en dergelijke. Moet dat ook federaal zijn? Ik vermoed van wel, want de wet betreffende de rechten van de patiënt is een federale wet. Ook de permanentieregeling is waarschijnlijk federale materie.

De heer Stefaan Callens: Artikel 3, §2, 3°, gaat over de melding van welke maatregelen er in een instelling worden genomen om de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Ik vrees dat het ontwerp van decreet op dat punt te ver gaat. De Raad van State leidt eruit af dat de Vlaamse overheid de uitoefening van de geneeskunde regelt, wat niet haar bevoegdheid is. Ik zou dat punt eruit halen. Artikel 8 bepaalt dat wie een foutieve melding doet, gestraft kan worden met een geldboete. Wat is een foutieve melding? Iemand heeft bijvoorbeeld bepaalde zaken als maatregelen voorgesteld, maar uiteindelijk niet uitgevoerd. Als de Vlaamse overheid dat gaat analyseren, houdt zij zich bezig met de uitoefening van de gezondheidszorg. Ik vrees dat dat de voornaamste kritiek is die de Raad van State ertoe heeft aangespoord om tweemaal zo negatief te zijn. Laat dat eruit, en dan is waarschijnlijk een groot deel van het probleem opgelost.

Wat betreft de administratieve geldboete, wil ik erop wijzen dat het me niet duidelijk is of er ooit iemand een dergelijke boete zal moeten betalen. Artikel 8, §2, stelt dat alvorens een geldboete kan worden opgelegd, eerst een schriftelijke aanmaning wordt gegeven. Een administratieve geldboete kan pas worden opgelegd nadat de verantwoordelijke een schriftelijke aanmaning heeft ontvangen en dan niets heeft gedaan. De vraag is of het nodig is om zo gereguleerd te werken.

Het aanspreekpunt en de permanentie zijn inderdaad federale materie. Ik heb daarnet wel gezegd dat uit het federale regeerakkoord blijkt dat het verlenen van erkenningen aan artsen die daar werken, Vlaamse bevoegdheid zal worden. Het zal dus aan de Vlaamse overheid zijn om na te gaan of er een ombudsfunctie en een permanentie is. De Vlaamse overheid zal moeten samenwerken met het federale niveau.

De federale overheid zal waarschijnlijk wel de normen moeten vastleggen en de ombudsfunctie moeten reglementeren. Maar de toetsing, zoals die al jarenlang gebeurt voor de ziekenhuizen, zal op gemeenschapsniveau plaatsvinden. Ik ben dus niet negatief ingesteld. De zaken zullen niet enkel op federaal niveau moeten worden aangepakt. De Vlaamse overheid zal de inspectie moeten uitvoeren. Daarom is het zeer belangrijk dat Vlaanderen vrij vlug aanwezig is wanneer de federale normen worden vastgelegd. Op het federale niveau wordt toch al gewerkt aan wetsvoorstellen met betrekking tot gelijkaardige initiatieven.

Mevrouw Els Robeys: Ik heb een specifieke vraag over Brussel, aansluitend bij uw erg duidelijke uiteenzetting. In het ontwerp van decreet staat dat instellingen die uitsluitend tot de Vlaamse Gemeenschap behoren, zich moeten melden. Hoe kan men dat bepalen en controleren?

De heer Stefaan Callens: Ik heb daar ook bedenkingen bij. Ook de Raad van State stelt dat dit een probleem is. Als dat probleem niet wordt opgelost, zal dat nog niet automatisch betekenen dat het hele ontwerp van decreet wordt vernietigd. Maar zoals het nu is geformuleerd, vrees ik dat u daar grote problemen mee zult krijgen.

Tom DEHAENE,
voorzitter

Cindy FRANSSEN
Vera JANS,
verslaggevers