

STANDPUNTEN

De Orde van geneesheren op een keerpunt: hervormen of verdwijnen

P. VANKRUNKELSVEN^{1, 5}, K. MERCKX², M. DE MEYERE³, J.J. AMY⁴

Samenvatting

De Orde van geneesheren werd in haar huidige vorm ingesteld in 1967. Sindsdien evolueerden de samenleving en de waarden die er leven. Dit artikel geeft een overzicht van de ontstaansgeschiedenis van de Orde, de wettelijke basis en de bezwaren die tegen haar worden geuit. Deze kritiek leidde ertoe dat in het Parlement ettelijke pogingen werden ondernomen om de Orde af te schaffen of te hervormen, doch zonder resultaat. De Orde is onvoldoende aangepast aan de hedendaagse opvattingen van tuchtrecht en baseert zich deels op achterhaalde grondbeginselen, zoals „de eer en waardigheid van het beroep”. Een aanpassing van het tuchtrecht voor artsen dringt zich bijgevolg op. Het artikel behandelt 3 mogelijke strategieën. Vooreerst zijn er de suggesties die de Orde zelf doet om haar werking te verbeteren. Een drastischere ingreep is de afschaffing van de Orde: voorbeelden uit het buitenland tonen aan dat er volwaardige alternatieven zijn voor een Orde en dit zowel vanuit juridisch-democratisch als medisch-sociaal oogpunt. De auteurs pleiten voor een fundamentele hervorming van de Orde waarbij haar maatschappelijk doel, structuur, tuchtrechterlijke methodes en de positie van de aangeklaagde en de klager grondig worden herzien.

Inleiding

Op 5 juni 2010 werd door de auteurs van dit artikel een colloquium ingericht met als titel „Biedt een Orde van artsen anno 2010 een meerwaarde?” (<http://gvhv.be/colloquium-orde>). Artsen, onder wie vertegenwoordigers van de Orde en een collega uit Nederland, ethici en juristen, gingen in debat over twee stellingen: moet de Orde van geneesheren (OVG) grondig worden hervormd of zelfs afgeschaft? Uit deze gedachtewisseling kwam – zoals te verwachten was – geen eenduidige oplossing naar voren, maar zij leverde wel voldoende bouwstenen om een aantal alternatieven te formuleren. We wensen het debat niet op een strikt juridische basis te voeren en zullen evenmin stilstaan bij de organen van de OVG, maar willen eerder vanuit een historisch en maatschappelijk perspectief nadenken over de mogelijke uitwegen uit een impasse. Hierbij willen we in het

bijzonder aandacht besteden aan de tuchtrechterlijke bevoegdheid van de Orde.

Hoe de Orde tot stand kwam

Het begin van de 20e eeuw: de Orde als tegengewicht voor de ziekenfondsen

Op het einde van de 19e eeuw ontstonden de ziekenfondsen (ZF). De lokale fondsen verenigden zich in federaties langs dezelfde levensbeschouwelijke lijnen als de politieke partijen en ze leunden er ook bij aan (de zogenaamde politieke zuilen). Samen met de zorgverlening door allerlei geestelijke orden waren deze instituten sterker dan de minister van Volksgezondheid: de protagonisten van het beleid waren de ZF. Deze fondsen streefden ernaar om hun leden gratis zorg aan te bieden; daarvoor sloten ze contracten met dokters die een (lage) jaarlijkse vergoeding kregen per verzekerde. Daarnaast boden zij medische diensten aan in gezondheidscentra, poliklinieken, ziekenhuizen, sanatoria en „moederhuizen” (1). In tegenstelling tot de erg patiëntgerichte focus van artsen legden de fondsen de klemtoon op samenwerking tussen zorgverleners, alsook het onafscheidelijk zijn van curatieve en preventieve geneeskunde en van zorg die niet alleen oog heeft voor het individu, maar ook voor de openbare gezondheid. Tegen deze goed gestructureerde instituten stond een eerder verdeeld artsenkorps. Artsen waren oorspronkelijk slechts lokaal

¹ Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde K.U.Leuven; auteur wetsvoorstel ter hervorming Orde van de geneesheren.

² Huisarts, Geneeskunde voor het Volk, Hoboken – Médecine pour le Peuple.

³ Emeritus hoofddocent huisartsgeneeskunde en eerstelijns-geneeskunde, Universiteit Gent

⁴ Emeritus buitengewoon hoogleraar Gynaecologie en Verloskunde, Vrije Universiteit Brussel.

⁵ Correspondentieadres: dr. P. Vankrunkelsven, Lindestraat 9, 2430 Laakdal; e-mail: patrikv@scarlet.be

gegroepeerd. De „Fédération Médicale Belge” (FMB) slaagde er pas langzaam in om deze lokale artsen groepen te federeren. Het duurde tot 1914 om een grote meerderheid van artsen achter zich te krijgen: toen was 75% lid van de FMB (1). Artsen zagen met stijgende onrust dat de oorspronkelijk caritatieve opdracht van de ZF evolueerde naar echte verzekeringsorganisaties: waar eerst nog de meeste patiënten rechtstreeks betaalden, werd de groep patiënten waarvoor de ZF de vergoeding van de arts (in overleg) bepaalden, steeds groter.

Via hun blad „Le Scalpel” ventileerden de artsen hun belangrijke strijdpunten: rechtstreekse betaling van de patiënt aan de arts, de vrije artsenkeuze en geen controle van hun functioneren door de ZF (2). Ook op het terrein ontplooidde de FMB haar macht: artsen werden gedwongen om hun contracten met de ZF te verbreken. Ziekenfondspatiënten zouden voortaan de verschuldigde honoraria zelf vereffenen, en deze zouden dan in tweede orde door het ZF worden terugbetaald (1).

Om de geschillen tussen medici en ZF te beslechten, ontstond bij Koninklijk Besluit (KB) van 25 juli 1924 de eerste Medico-Mutualistische Commissie. Enkele jaren later, in 1927, pleitte dr. Quinet, de toenmalige leider van de FMB, voor de oprichting van een Orde. Ze diende volgens hem „de artsensyndicaten te versterken tegenover de zonderlinge, de weerspannige of de niet gesyndiceerde artsen” (aldus geciteerd door het socialistische parlementslid en mutualist Joniot in het parlementair debat over de Orde in 1932). Hiermee werd vooral bedoeld op artsen die aan een forfaitair loon voor mutualiteiten werkten.

In die periode ontwikkelde de FMB ook een professionele ideologie die de „vrije” geneeskunde verdedigde tegen „les assurances sociales”. De inspiratie kwam vooral uit Frankrijk. De Franse arts dr. Guerin formuleerde in 1929 in „Le Scalpel” volgende eisen: vrije keuze van arts door de patiënt, vrijheid van therapie en voorschrift, respect voor het beroepsgeheim, controle van de patiënt door de ZF („caisses mutuelles”) en van de arts door de beroepsverenigingen, directe betaling van de arts op basis van de door de syndicaten vastgelegde minima (3). Guerin eiste de oprichting van een Orde en beschouwde deze als een bolwerk tegen de toenemende staatsinmenging. Niets mocht interfereren met „le colloque singulier” tussen arts en patiënt (1).

In deze context werd de Orde der geneesheren opgericht bij wet van 25 juli 1938. De Orde was een instrument om de positie van de artsen te vrijwaren. Artsen gingen akkoord met een zekere controle die over hen zou worden uitgeoefend; maar slechte prestaties van sommige artsen werden beschouwd als een gevolg van een ontoereikende verloning en een te zware werkbelasting. Daarom moest elke externe druk die het risico op exploitatie van een arts met zich meebracht geweerd worden. Geneesheren gingen resoluut voor zelfregulering: zij verzetten zich tegen een controle door de ZF en door de provinciale geneeskundige commissies, daar beide beschouwd werden als tentakels van de regering en haar bureaucratie. Daar lag de basis van het ontstaan van de Orde.

Door de Tweede Wereldoorlog werd de uitvoering bemoeilijkt. Pas na het besluit van de Regent van 3 april 1947 vonden in juni van dat jaar de eerste verkiezingen van het tuchtcollege plaats. In de oorspronkelijke motivatie in de memorie van toelichting lezen we onder meer dat „... maatregelen kunnen genomen worden tegen geneesheren die zich overgeven aan kwakzalverij of aan uitbuiting der zieken” (4). De bedoeling was dus om de standaarden van een correcte geneeskunde te bewaken. Met andere woorden, artsen die de standaarden van een „liberale” geneeskunde niet naleefden, konden niet alleen geboycot worden, zoals voorheen, maar ook voor de Orde gebracht wegens oncollegiaal gedrag (1).

De wankel wettelijke basis: het KB 79

Praktisch dezelfde eisen zoals hierboven geformuleerd door dr. Guerin kwamen bij de artsenstaking van 1 tot 17 april 1964 aan bod. De inzet was de vrijwaring van de vrije geneeskunde tegenover een regime van verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering zoals voorzien in het Wetsontwerp 258 van minister Leburton, dat op 9 maart 1963 was ingediend (3). De artsen eisten met hun actie de publicatie van een regeringsverklaring waarbij hun verzuchtingen zouden worden erkend. Enkele jaren later, namelijk op 10 november 1967, kwam er het KB 79. Dit laatste bevestigde de grote lijnen van de wet van 1938; daarnaast beoogde het een betere werking van de structuren van de Orde. Opmerkelijk is de uitbreiding van de tuchtrechterlijke bevoegdheid tot zware fouten buiten de beroepsactiviteit wanneer de eer en de waardigheid van het beroep in het gedrang komen. Daarenboven kreeg de Nationale Raad een bijkomende bevoegdheid, namelijk het vaststellen van de Code van geneeskundige plichtenleer (4) (fig. 1).

Het jaar 1967 was een woelige periode gedurende welke de regering bij volmachten bestuurde, vandaar het KB. Het ware beter geweest dat een instelling met dergelijk



Fig. 1: Huidige structuur van de Orde van geneesheren en andere gezondheidsberoepen.

verregaande maatschappelijke impact als de OVG bij wet was geregeld. Dit gebrek is al een eerste kritiek: de OVG heeft geen echte democratische grondslag. Vanuit wetgevend oogpunt kunnen nog twee commentaren worden geformuleerd. Vooreerst: het KB werd op onorthodoxe wijze aangepast na de bespreking in de ministerraad. Gewone KB's worden alleen door de bevoegde minister geredigeerd; voor belangrijke KB's echter, zoals het KB over de OVG, spreekt men van een „in de regering beraadslaagd” KB. Daarmee wordt bedoeld dat er een uitdrukkelijk akkoord over de tekst wordt bekomen in de regering. Er bestaat historisch weinig twijfel dat er *na* de beraadslaging (en vóór de ondertekening door de koning) wijzigingen werden aangebracht die *niet* de instemming van de ministerraad wegdroegen. Dit wordt bevestigd door een antwoord van minister Onkelinx over KB's 78 en 79 in de Senaat (29 januari 2009): „... *De publicatie van de twee besluiten in het Belgisch Staatsblad is conform de originelen die door de Koning en de toenmalige Minister van Volksgezondheid werden ondertekend. De verschillen hebben dus betrekking op enerzijds de versie die werd goedgekeurd door de ministerraad en anderzijds de besluiten zoals die werden ondertekend door de Koning en door de Minister, en die daarna gepubliceerd werden in het Belgisch Staatsblad.*” (www.senate.be). Bij deze is ook de hardnekkige kwakkel weerlegd alsof de teksten *ná* de ondertekening door de koning zouden zijn gewijzigd. Niettemin is het gebeuren, waarvoor de toenmalige minister van Volksgezondheid Hulpiau de verantwoordelijkheid draagt, erg ondemocratisch: kleine technische veranderingen na het overleg zijn niet ongewoon, maar aanpassingen aan fundamentele keuzes kan men bestempelen als een vervalsing. Er bestonden op dat gebied echter geen regels; pas op 21 december 2007 verscheen daarover een rondzendbrief van de premier. Wat er juist gewijzigd is, is niet duidelijk; de notulen van de betrokken ministerraad zullen pas in 2020 worden vrijgegeven. Vermoedelijk gaat het onder meer om art. 15 § 1, dat handelt over de Code van medische plichtenleer. In de ontwerp tekst zou gestaan hebben dat voornoemde code het onderwerp moest zijn van een wet, wat een parlementair debat, publieke controle en amendementen impliceert. In de huidige tekst staat echter: „*De koning kan, bij een in de ministerraad overlegd besluit, bindende kracht verlenen aan de Code van medische plichtenleer en aan de aanpassingen die door de nationale raad gedaan worden.*” Dus weerom bij KB. Advocaten die naar deze onwettelijke aanpassingen verwezen om veroordelingen door de OVG aan te vechten, werden nooit gevolgd. Dit is logisch, zelfs als het KB vals verklaard wordt, zal dit geen gevolgen hebben voor de beslissingen van de Orde: op de OVG is het rechtsbeginsel van de continuïteit van de openbare dienst van toepassing en dient de wet van 25 juli 1938 als basis (5). Naast het gebrek aan democratische grondslag en het bedenkelijke gemorrel aan de tekst is er nog een *derde* politieke opwerping: de code van medische plichtenleer is *nooit* bekrachtigd door de koning. Door het ontbreken van een bindende code is het voor artsen niet duidelijk wat wel en niet toegelaten is (6). De provinciale raden en

de raad van beroep van de Orde kunnen de code wel citeren en ernaar verwijzen, maar mogen er geen uitspraken op baseren (5, 7). Om nietigheid van een uitspraak te voorkomen, mogen de bepalingen van de code geen rechtsgevolgen teweegbrengen (6).

Fundamentele bezwaren van artsen tegen hun eigen Orde

Gedurende de voorbije 40 jaar werd de Orde vaak hard aangevochten. Protesterende artsen beperkten zich niet tot argumenten, maar gingen ook over tot acties, waaronder als bekendste de betaalstaking van het lidgeld door 300 artsen in de jaren 1980, met uitlopers tot vandaag. Wat waren hun fundamentele bezwaren?

De OVG is volgens deze actievoerders ondemocratisch. Het toepassen van een deontologisch verantwoorde geneeskunde is een zaak die de ganse bevolking aangaat en niet alleen de artsen. De impact van de gezondheidszorg op het dagelijkse leven en op het budget van de overheid is immens. Geneeskunde is ook meer en meer groepswerk: deontologische regels moeten opgemaakt worden door en voor alle gezondheidsberoepen, niet alleen voor artsen (en apothekers).

De maatschappelijke positionering van de Orde versterkte dat ondemocratische karakter: de visie van de Orde op ontwikkelingen in de samenleving was vaak ingegeven door corporatistische en behoudsgezinde principes. Eén van de uitgangspunten van de code is wel erg oubollig: de basis om tuchtrecht te spreken is een schending van „*de eer en de waardigheid van het beroep*”, terwijl andere principes zoals het verrichten van kwaliteitsvolle geneeskunde en het verantwoorde gebruik van de middelen die door de gemeenschap ter beschikking worden gesteld, niet zijn opgenomen.

Ook de opvattingen van de OVG over maatschappelijke gebeurtenissen en evoluties stuitten deze groep artsen tegen de borst. Zo waren er de instemming van de Orde met de artsenstaking van 1979-80, de intimiderende inbeslagname van medische dossiers van dokters die abortus toepasten, de schorsingen van artsen die werkten aan terugbetalingstarief. Ook op het vlak van ethische dossiers loopt de Orde vaak achterop, getuige daarvan was de weerbarstige houding tegen de initiatieven om euthanasie wettelijk te regelen (8).

Deze standpunten waren onder meer te verklaren door een ander punt van kritiek: de sterke belangenvermenging. Vroeger meer dan nu, bestond er een onverholven collusie tussen de Orde en het artsensyndicalisme. Op een bepaald moment was dr. Joseph Farber tegelijkertijd ondervoorzitter van de Nationale Raad van de OVG én leider van de Syndicale Kamers. Ook binnen de Orde gaf dit aanleiding tot spanningen: professor Marcel Renaer, toenmalig lid van de Nationale Raad van de Orde, stelde in een later gepubliceerd boek dat ethische zelfregulering niets te maken heeft met syndicale doelstellingen. Hij was de mening toegedaan dat de Orde haar regelgeving moet aanpassen aan de evolutie van

de geneeskundige kennis en aan de eisen van een vergemeende en betaalbare sociale zekerheid (3).

Een ander bezwaar heeft met de tuchtrechtspraak te maken. De rechtspraak van de OVG voldoet niet aan de moderne rechtsregels die een strikte scheiding vereisen tussen de aanklacht, het onderzoek en de beoordeling. De Orde combineert drie rechterlijke functies: die van de onderzoeksrechter, van de procureur (aanklager) en van de vonnisrechter. Verder is er onvoldoende openheid en is de sanctionering een eenrichtingsverhaal: zo is er bijvoorbeeld geen mogelijkheid tot eerherstel of kwijtschelding van straf. Ook het feit dat de code van medische plichtenleer nooit werd goedgekeurd door het Parlement is een struikelblok. Daardoor is er inderdaad geen rechtsgeldige basis voor de tuchtrechtspraak zoals hoger vermeld (5-7). Er is ook de onbeduidende positie van de patiënt in gans de klachtenprocedure. Een patiënt die een klacht indient blijft volledig in het ongewisse; in het beste geval hoort hij dat de zaak al dan niet behandeld werd. Ten slotte kan men zich ernstige vragen stellen over de grote verschillen in beoordelingen tussen de verschillende provincies, wat een vermoeden van willekeur oproept; waarschijnlijk is een nieuwe vorm van belangenvermenging daar niet vreemd aan. Waar enkele decennia geleden vooral de syndicale kamers hun invloed lieten gelden, zijn het vandaag de dag andere instellingen zoals ziekenhuizen en laboratoria die hun vertegenwoordiger als belangenverdediger uitsturen.

Wettelijke initiatieven om de wet op de Orde van geneesheren aan te passen

In de loop van de 43 jaar dat het KB 79 bestaat, zijn er slechts twee wijzigingen aangebracht. De eerste, na een veroordeling door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens te Straatsburg op basis van een dagvaarding door artsen Le Compte, Van Leuven en De Meyere (COUR EUR. D.H., Série B, 38, affaire Le Compte, Van Leuven et De Meyere). Het Hof stelde dat de openbaarheid niet was gegarandeerd. Daarom diende Etienne De Groot een wetsvoorstel in dat leidde tot de wet van 13 maart 1985 welke de openbaarheid van de tuchtprocedure voor de Raad van Beroep als regel oplegt (4). Het KB van 26 december 1985 deed de wetgeving sporen met de Richtlijn van de Europese Gemeenschap inzake vrije vestiging van artsen (4). Daarnaast is, onder impuls van Europa, ook een herziening gekomen van het begrip „reclame” (Richtlijn 97/55/EG) die stelt dat de OVG een „ondernemingsvereniging” is in de zin van de mededingingswet. Beslissingen van de raden van de Orde die mededinging aantasten moeten worden getoetst aan eisen van de mededingingswet. Deze aanpassing leidde tot een versoepeling van het reclameverbod.

Sinds 1974 werden er een twintigtal wetsvoorstellen ingediend die een hervorming van de OVG beoogden. Sommigen hadden betrekking op kleine aanpassingen, andere handelden over communautaire aspecten, ten slotte waren er 13 die een grondige hervorming beoogden (www.dekamer.be) (tabel 1).

In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw zijn het vooral de socialistische partijen (SP, PS) die wetsvoorstellen indienen: steeds gaat het om de afschaffing van de OVG, waarbij een deel van de opdrachten naar de Provinciale Geneeskundige Commissies wordt gedelegeerd, en het tuchtrecht naar de strafrechtbanken van de gewone rechtbanken. Toen reeds werd gepleit voor een Hoge Raad voor de Medische Deontologie.

In 1999 kondigde de toenmalige minister van Volksgezondheid Colla een wetsontwerp aan dat de afschaffing van de OVG voorzag en de overdracht van de diverse taken aan de bestaande rechtbanken. De oprichting van een medische kamer bij de arbeidsrechtbank werd ook overwogen, waarvan de rechters zich door experts ad hoc konden laten bijstaan. Vanaf 1999 dienen ook andere partijen wetsvoorstellen in: CVP, VLD, MR en Agalev-Ecolo. Hierbij valt op dat deze partijen wel nog een plaats voorzien voor een Orde, maar dan wel gedemocratiseerd. Enkel het wetsvoorstel De Meyer-Peeters-Detiège (SP, 2003) pleit nog voor de afschaffing van de huidige OVG.

Het sluitstuk van deze rij is het wetsvoorstel Vankrunkelsven-Van de Castele (2006) dat gebaseerd was op voorstellen eerder door hen ingediend en dat in overleg met het kabinet van Minister Demotte, toenmalige minister van Volksgezondheid, tot stand kwam. Het voorstel, mede ondertekend door C. Geerts (sp.a) en P. Mahoux (PS), droeg een brede goedkeuring weg. Het is het enige wetsvoorstel ter zake dat ooit grondig werd besproken én (na amendement) zelfs werd goedgekeurd, maar enkel in de Senaat. De spreekwoordelijke bananenschil was ditmaal de problematiek Brussel-Halle-Vilvoorde. In de Kamer kwam er oppositie tegen het feit dat artsen uit de faciliteitengemeenten, net zoals artsen in Brussel, konden kiezen om zich in te schrijven bij de Provinciale Raad van de OVG van Vlaams- of Waals-Brabant. Alhoewel het een status quo betrof ten opzichte van de huidige wetgeving, was het voldoende om het voorstel te laten sneuvelen in de Kamer, net voor het einde van de legislatuur (2003-2007). De krachtlijnen van dit wetsvoorstel komen grotendeels overeen met voorstel C in het volgende hoofdstuk.

Welke uitwegen?

Continuïteit mits enkele aanpassingen: het voorstel van de Orde

De Nationale Raad van de OVG stelt zelf een aantal wijzigingen voor (<http://www.ordomedic.be/nl/nieuws/voorstel-tot-hervorming-van-de-orde-van-geneesheren>) (<http://gvhv.be/colloquium-orde>). Men wil twee autonome ordes: één voor de Vlaamse artsen en één voor de Frans- en Duitstaligen. Ze hebben elk vijf provinciale raden, een Raad van beroep en een Algemene Raad die voorgezeten wordt door een arts. De twee Algemene Raden vormen samen de Federale Raad. De Nationale Raad zoals we die vandaag kennen zal dan niet meer bestaan. De grondslag waarop de Code van medische plichtenleer is gebaseerd, wordt gewijzigd: deze vermeldt

TABEL 1

Belangrijke wettelijke initiatieven die de Orde van geneesheren beoogden te hervormen.

Jaartal en indieners (partij)	Orde van Geneesheren	Hoge Raad Deontologie
1974: Ernest Glinne (PS)	afgeschaft	Ja
1980: Lode Hancké (SP)	afgeschaft	Ja
1980: Lallemand (PS)	afgeschaft	Ja
1999: Merchiers (SP)	afgeschaft	Ja
1999: Brouns (CD&V)	behouden	Nee
1999: De Groot-Valckeniers (VLD)	behouden	Nee
1999: Frédéric (PS)	behouden	Nee
2000: De Meyer-Peeters (SP)	afgeschaft	Ja
2001: Descheemaecker-Gilkinet-Wauters (Agalev-Ecolo)	behouden	Ja
2002: Bacquelaere (PRL)	behouden	Nee
2003: De Schamphelaere (CD&V)	behouden	Nee
2003: De Meyer-Peeters- Detiège (SP)	afgeschaft	Ja
2003: Gerken (Ecolo)	behouden	Ja
2006: Vankrunkelsven-Van de Casteele (VLD)	behouden	Ja

ook uitdrukkelijk de morele integriteit van de artsen, de kwaliteit van zorg, getoetst aan de huidige wetenschappelijke kennis en de vertrouwensrelatie van de arts met zijn patiënten in de maatschappelijke context. Op het provinciale niveau is er nu één magistraat-bijzitter en één plaatsvervanger; dat moeten drie plaatsvervangers worden. De verkiesbaarheidsverplichting om tien jaar ingeschreven te zijn bij de Orde wordt verlaagd naar vijf jaar en de verzoeningscommissie wordt geherwaardeerd. Op het vlak van de sancties worden volgende veranderingen voorgesteld: de sanctie „censuur” vervalt; blijven wel bestaan: de waarschuwing, de berisping, de schorsing (met een maximum duur van twee jaar) en de schrapping van de lijst. Echt nieuw is dat een uitstel van uitvoering van de sanctie mogelijk is, dat een waarschuwing en berisping uitwisbaar worden, en dat eerdere herstel zal mogelijk zijn. De zittingen worden ook op het provinciaal niveau openbaar, tenzij de beklagde zich ertegen verzet en de arts kan zich laten bijstaan, niet alleen door een advocaat maar door elke persoon naar keuze, ook een arts. De klager kan worden gehoord.

Afschaffing van de Orde van geneesheren en mogelijke alternatieven voor kwaliteitsbewaking

Tuchtrechtspraak zonder Orde kan: de reglementering in vele Europese landen toont dat aan. Op het colloquium van 5 juni 2010 verdedigden Geneeskunde voor het Volk en het advocatencollectief „Progress Lawyers Network” de stelling dat onze complexe moderne maatschappij een „society-led medical regulation” nodig heeft en niet langer een „physician-led medical regulation” (<http://gvhv.be/colloquium-orde>).

De gezondheidszorgsector is een bij uitstek maatschappelijk gebeuren geworden en haar omvang en

belang zijn sterk gegroeid: het aantal artsen is toegenomen, het beroep is gefeminiseerd en er is meer multidisciplinaire samenwerking. Ook de budgettaire impact van de uitgaven voor gezondheidszorg neemt steeds maar toe, zowel wat betreft het deel gedragen door de sociale zekerheid en/of de staat (7% van het bruto binnenlandse product) als het eigen aandeel van de patiënt, al dan niet gedeeltelijk gedekt door privéverzekeringen. Daarnaast worden het aantal bio-ethische vraagstukken en hun maatschappelijke impact steeds groter als gevolg van de wetenschappelijke vooruitgang en de veranderende maatschappelijke context: abortus, euthanasie, medisch geassisteerde bevruchtingstechnieken, prenatale diagnostiek, preïmplantatiediagnostiek, stamcel- en genterapie, experimenten op mensen en embryo's enz. Ook de snel toenemende migratie van artsen en andere gezondheidswerkers zorgt voor bijkomende opdrachten (verificatie van diploma's en van het beroepsverleden).

Men kan hieruit besluiten dat de gezondheidszorg, en bijgevolg de regulering ervan, een zaak dient te zijn van de *hele* maatschappij en *niet alleen* van de artsen, of overwegend van hen. De huidige OVG bestaat in meerderheid uit leden van de eigen beroepsgroep die uitsluitend door collega's zijn aangeduid. Sinds vele jaren bewijzen deze verkiezingen dat de OVG aan bloedarmoede lijdt. De desinteresse, zelfs bij het artsenkorps, is manifest. Als gevolg hiervan, berust de medische regulering bij een ultrakleine groep artsen, vaak nog verbonden met syndicale en andere belangengroepen. Deze groep is niet opgewassen tegen, noch uitgerust voor de omvang en de complexiteit van de normering en regulering van een moderne gezondheidszorg. Dit grote takenpakket vergt de deelname van *alle* betrokken actoren, van de *ganse* samenleving, en een veel grotere en meer ge diversifieerde deskundigheid.

Volgens deze inzichten is er nood aan een democratisch georganiseerde, onafhankelijke en transparante medische regulering met een lekenmeerderheid en grote deskundigheid. Er zijn diverse voorbeelden in het buitenland zoals Nederland, Finland en het Verenigd Koninkrijk.

In Nederland regelt de Medische Tuchtwet de tucht voor alle beroepen in de gezondheidszorg (5) (<http://gvhv.be/colloquium-orde>). Voor elk van deze beroepen wordt een register opgesteld (te vergelijken met de Lijst van de OVG in ons land). In art 47, 1 worden algemene begrippen geformuleerd die kunnen leiden tot tuchtrechterlijk optreden. Het is vooral de rechtspraak die rechtscheppend is (jurisprudentie). Er zijn regionale tuchtcolleges voor de zaken in eerste aanleg; hun samenstelling verschilt in functie van de betrokken gezondheidswerker. Voor een klacht tegen een arts treedt een jurist op als voorzitter; een tweede jurist en drie artsen staan hem/haar bij. Deze mensen worden voorgedragen door de bevoegde ministers en zijn benoemd voor zes jaar. Voor de beroepsprocedure is er een Centraal Tuchtcollege bestaande uit één jurist als voorzitter, en twee juristen en twee artsen als leden. Het onderzoek in eerste aanleg gebeurt door de secretaris van het college of door een lid ervan. De straffen die kunnen worden uitgesproken zijn te vergelijken met die van onze Orde. De klachten kunnen worden ingediend door belanghebbenden en ook door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, ressorterend onder het ministerie van Volksgezondheid). Het IGZ beschikt over 400 voltijdse medewerkers en handhaaft de kwaliteit van zorg in het belang van de burger. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunst (KNMG) – die enigszins te vergelijken is met onze OVG – komt evenwel niet rechtstreeks tussen in het tuchtrecht. Haar leden kunnen zich wel kandidaat stellen voor benoeming in de tuchtcolleges. De KNMG streeft enkel een morele autoriteit na en houdt zich bezig met interne controle en arbitrage binnen het artsenkorps. Het lidmaatschap is niet verplicht (5).

In Finland zijn sinds januari 2009 het „Nationaal Agentschap voor Productencontrole ter Bescherming van Welzijn en Gezondheid” en de „Nationale Overheidsinstantie voor Medico-legale Zaken” samengesmolten tot de „Nationale Superviserende Overheidsinstantie voor Welzijn en Gezondheid”, bekend onder haar Finse afkorting VALVIRA. Deze instelling opereert onder de bevoegdheid van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (<http://www.valvira.fi/en/valvira>). Eén van de vier opdrachten van VALVIRA is de supervisie van de gezondheidszorg. De juridische basis voor de uitvoering van deze opdracht is voornamelijk terug te vinden in de Wet op de Gezondheidszorgberoepen („Act on Healthcare Professionals”) en de Wet op het Statuut en de Rechten van de Patiënten („Act on the Status and Rights of Patients”) en doen in grote lijnen dienst als code van de medische plichtenleer (http://www.valvira.fi/files/Valvira_guidance_and_supervision.pdf). Binnen VALVIRA is er een Departement Supervisie gezondheidszorgberoepen. Dit laatste bestaat voor 45% uit beroepsbeoefenaars, 45% juristen, ethici e.a., en 10% administratieve medewerkers.

Het departement treedt in eerste instantie niet bestraffend op, maar laat zich vooral in met vorming, sensibilisatie en ondersteuning, en is gemakkelijk bereikbaar voor adviezen. Het beschikt over 30 medewerkers. De Finse Artsenvereniging („Finnish Medical Association”) staat volledig achter deze constructie waarbij de overheid de beslissingen neemt in verband met de regulering van het beroep en werkt goed samen met de dienst. De vereniging kan zich zo meer toeleggen op de verbetering van de standaarden voor de uitoefening van het beroep, adviezen en verdediging van de beroepsbelangen.

In het Verenigd Koninkrijk woedt ongeveer dezelfde discussie als bij ons: moderniseer de „General Medical Council” (GMC, te vergelijken met onze Orde) of richt een nieuw orgaan op. In 2008 koos het Britse Parlement voor dit laatste. Deze beslissing was een gevolg van de zaak Shipman. Voornoemde arts-serieoordenaar werd in 1998 veroordeeld wegens het opzettelijk doden van 15 patiënten. Deze zaak en andere ernstige falingen van de supervisie over het artsenkorps door de GMC leidden tot het bijeenroepen van een parlementaire onderzoekscommissie die, na vijf jaar onderzoek, tot het besluit kwam dat een publieke controle nodig was op het medische handelen. Over de partijgrenzen heen, werd de „Health & Social Care Act 2008” goedgekeurd. Deze wet voorzorg in de oprichting van een „Office of Health Professionals Adjudicator” (OHPA), die in werking zou treden vanaf 1 april 2011. Deze structuur, die naast beroepsbeoefenaars voornamelijk uit leken en deskundigen is samengesteld, moest in de plaats komen van de GMC om controle uit te oefenen op alle gezondheidsberoepen. Haar hoofdopdracht was het beoordelen van de geschiktheid om praktijk uit te oefenen (de zgn. „Fitness to Practise”). De plannen voorzagen dat de OHPA zou opgenomen worden in de AJTC („Administrative Justice Tribunals and Courts”) en de vorm zou aannemen van een rechtbank, met alle wettelijke kwalificaties vandien en met een voorzitter. De panelleden, zowel de leken als medici, zouden speciaal opgeleid worden en sommigen zouden hun taak voltijds vervullen (<http://ohpa.org.uk/wp-content/uploads/2011/01/Ambitions-policy-discussion-paper1.pdf>). Maar de onlangs aangetreden coalitie van Tories en Libdems heeft in haar „Health & Social Care Bill 2010-11”, het besluit tot oprichting van de OHPA ongedaan gemaakt. Ze opteert voor de modernisering van de bestaande reguleringsorganen van de GMC. Bij haar bevraging hierover kreeg de regering steun van „The Royal College of Physicians of Edinburgh” (www.rcpe.ac.uk/policy/2010/fitness-to-practice.php). Nochtans was bij brede maatschappelijke enquêtes, verricht in voorbereiding van de oprichting van de OHPA, gebleken dat vele gezondheidszorgprofessionals uitgesproken voorstander waren van een onafhankelijke instantie. Als voordelen werden, buiten de onafhankelijkheid, aangehaald: transparantie, eerlijke rechtsbedeling en standaardisering. Artsen en apothekers waren diegenen die de huidige beoordelingsprocedures het meest als oneerlijk beschouwden (slechts 15% vond ze wel eerlijk) en de artsen meenden dat het huidige systeem gewijzigd moest worden om het vertrouwen van

het publiek te herwinnen (<http://ohpa.org.uk/2011/01>). Bij het herroepen van het ambitieuze OHPA-plan hebben ook budgettaire overwegingen meegespeeld.

Grondige hervorming van de Orde van geneesheren

Een derde scenario zou kunnen zijn de Orde te laten bestaan, maar een grondige hervorming door te voeren. Het nastreven van een hoogstaande deontologische code moet hiervan het uitgangspunt zijn. Als argument voor het behoud van een OVG wordt aangehaald dat vertrouwensberoepen (artsen, maar ook apothekers, advocaten, architecten) aan strenge normen moeten voldoen en dat het gewone wettenarsenaal daaraan onvoldoende tegemoetkomt. In die redenering kan de wetgever een deel van zijn normerende bevoegdheid afstaan. Als dat uitgangspunt wordt aangehouden, is een *hervorming* nodig die als volgt kan worden voorgesteld.

Principes die de basis kunnen vormen voor een nieuwe wet op medisch tuchtrecht

- De grondslag van het tuchtrecht is niet gebaseerd op de „eer en waardigheid” van het beroep maar op het streven naar kwalitatief hoogstaande zorgverlening. Deze beoogt de belangen van de patiënt en de gemeenschap te verdedigen en de middelen die door de gemeenschap ter beschikking worden gesteld op een verantwoorde wijze te besteden.
- Er is een code van medische plichtenleer die bindend is.
- De samenstelling van de organen van een „orde” en de werking ervan moeten weerspiegelen dat er een breed gamma aan gezondheidswerkers bestaat en dat onderlinge samenwerking essentieel is voor een goede gezondheidszorg. Daarom moeten gemeenschappelijke deontologische regels gezamenlijk worden vastgelegd en moeten ook alle gezondheidsberoepen onderworpen worden aan tuchtrecht.
- Bij de organisatie van het tuchtrecht is er nood aan transparantie en respect voor algemeen aanvaarde principes van rechtspraak en rechten van de beklagde. Er moet een strikte scheiding komen tussen de normerende instanties, de onderzoeksinstantie en de raad die de beoordeling uitspreekt. De zittingen dienen in principe openbaar te zijn en er moet meer eenvormigheid zijn tussen de verschillende regio's (bv. door waarnemers van tuchtcolleges uit andere provincies de zittingen te laten bijwonen). De beklagde kan zich laten bijstaan door een persoon naar keuze; eerherstel is mogelijk: sancties kleiner dan een schorsing worden na verloop van tijd automatisch uitgewist; voor andere straffen kan rehabilitatie gevraagd worden na een periode van drie jaar.
- De tuchtrechtbank van eerste aanleg streeft in de eerste plaats naar bemiddeling. Zo nodig kan een strafmaat worden opgelegd, maar deze blijft beperkt tot een waarschuwing, een berisping of een schorsing

van maximum één maand. Ook alternatieve straffen zijn mogelijk. Als de inbreuk ernstiger is, verwijst men naar de beroepsinstantie.

- De patiënt wordt gehoord in elke zaak die hij aanhangig maakt, hij wordt op de hoogte gebracht van de uitspraak en kan in beroep gaan.
- De nodige ruchtbaarheid wordt gegeven aan beslissingen en betrachtingen die de samenleving aanbelangen.
- De structuren worden gedemocratiseerd: de gezamenlijke duur van allerlei functies in een Orde bedraagt maximum 18 jaar; er komt een maximale leeftijd; onverenigbaarheden in functie van mogelijke belangenvermenging (syndicaten e.d.m.) worden ingevoerd.
- Er wordt rekening gehouden met de politieke ordening van ons land en de bevoegdheden van de bestuurlijke entiteiten.

Krachtlijnen van de structuren (fig. 2)

- Er komt een Hoge Raad voor de Deontologie van de Gezondheidsberoepen (HRD), samengesteld uit vertegenwoordigers van alle gezondheidsberoepen, specialisten in de deontologie, specialisten van de patiëntenrechten en woordvoerders voor de maatschappij. De HRD bepaalt de grondbeginselen die gemeenschappelijk zijn voor alle beroepsuitoefenaars in de gezondheidszorg, ze oordeelt of specifieke deontologische regelen van een Orde niet strijdig zijn met voornoemde grondbeginselen en verleent advies aan de overheden. In de HRD zijn alle gezondheidsberoepen vertegenwoordigd. Hun getal weerspiegelt zowel de centrale rol in de gezondheidszorg als hun aantal. Daarnaast zitten er vertegenwoordigers van de maatschappij.
- Beroepen kunnen een eigen orde behouden (artsen en apothekers) of oprichten (kinesisten drukten die wens uit). Hun centraal orgaan kan specifieke deontologische regelen opstellen. Deze kunnen niet in tegenspraak zijn met de algemene grondbeginselen.

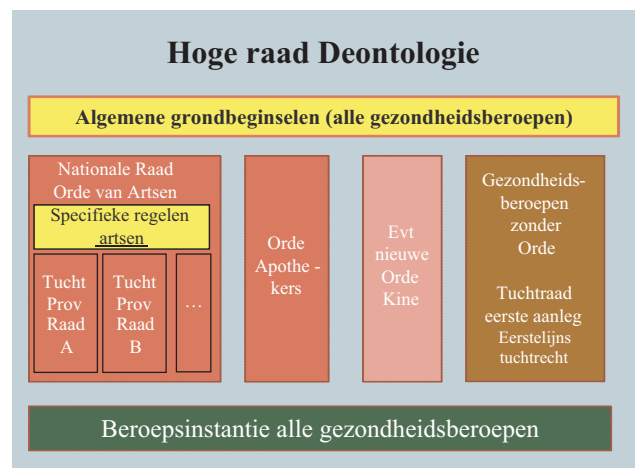


Fig. 2.: Voorgestelde nieuwe structuur van een grondig hervormde Orde van artsen en de andere gezondheidsberoepen.

- Onder de „koepel” van de HRD wordt voor alle gezondheidsberoepen het tuchtrecht georganiseerd: hetzij in het kader van een „orde”, hetzij onder de onmiddellijke controle van de HRD.
- Het tuchtrecht eerste aanleg wordt door de ordes georganiseerd. Bij ontstentenis van een orde wordt deze functie waargenomen door een instantie die opgericht wordt onder de HRD. Zulke instantie van eerste aanleg is samengesteld uit een meerderheid van beoefenaars van de betrokken beroeps categorie en één of meerdere magistraten of juristen.
- Voor alle gezondheidsberoepen, ook deze die een eigen orde hebben, komt er één Raad van Beroep onder het gezag van de HRD. Zij is samengesteld uit een gelijk aantal magistraten (onder wie de voorzitter met doorslaggevende stem) en beoefenaars van de betrokken beroeps categorie.

Besluit

In welke richting het tuchtrecht zal evolueren is onduidelijk. De vele wettelijke initiatieven die spaak liepen, tonen aan dat de Orde van geneesheren (OVG) een harde noot om kraken is. Als men, beginnend van een blanco blad, een toezichthoudend orgaan voor alle gezondheidsberoepen zou moeten ontwerpen, zou men – zoals in Nederland of in Finland – kunnen opteren voor een publieke autoriteit voor medische regulering. Hoe zo’n structuur er kan uitzien wordt uitgebeeld in figuur 3. Eén van de opwerpen kan het kostenplaatje zijn. Men moet zich dan wel de vraag stellen of een goede medische regulering zoveel geld moet kosten. Dat leren we ook uit de medische regulering in Nederland. Dat geld wordt echter terugverdiend omdat een ethische en wetenschappelijke uitoefening van de medische beroepen essentieel is om nodeloze uitgaven en ontsparingen

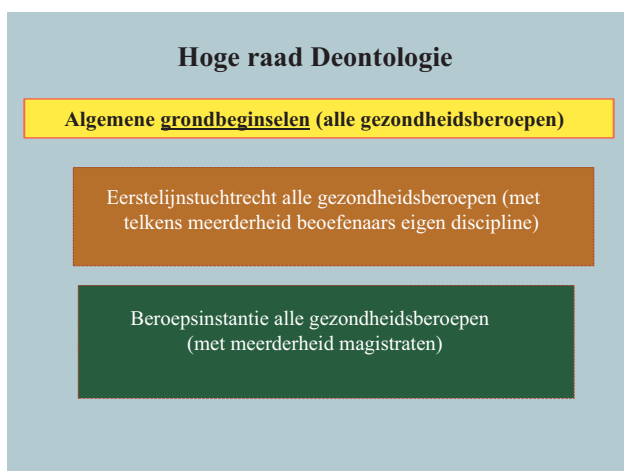


Fig. 3: Een situatie waar er geen Ordes meer bestaan maar waar (naar Nederlands model) er een tuchtrecht wordt georganiseerd voor alle gezondheidsberoepen onder de koepel van een Hoge Raad voor Deontologie.

van de budgetten voor de ziekteverzekering te voorkomen. Als deze optie geen steun vindt bij een maatschappelijke en politieke meerderheid, en dus voorlopig onhaalbaar blijft, lijkt een grondige hervorming van de Orde zoals voorgesteld in het hoofdstuk „Grondige hervorming van de OVG” een waardevol alternatief. Hopelijk ontwikkelt zich snel een maatschappelijk en politiek debat om de gordiaanse knoop eindelijk door te hakken. Momenteel dreigt immers een vierde scenario waarbij de Orde aftakelt en zijn representativiteit verliest (8). Dit doemscenario is niet onmogelijk: de eerste kenmerken van desinteresse zijn zichtbaar bij de verkiezingen van de organen van de Orde; in de meeste provincies raken de mandaten nauwelijks ingevuld en is er voor de meeste vakante plaatsen maar één enkele kandidaat. De kans dat de vertegenwoordigers op deze manier hun legitimatie verliezen en de nodige expertise missen, wordt alsnog groter. In dit scenario zal de overheid genoodzaakt zijn om in te grijpen. Met andere woorden, als de Orde geen initiatief neemt (het voorstel dat ze formuleerde is niet ingrijpend genoeg om aan alle fundamentele bezwaren tegemoet te komen), zal ze haar eigen bestaan ondergraven en zal de politieke roep voor een overheveling van de bevoegdheden naar de geneeskundige commissies en de gewone rechtbanken waarschijnlijk sterk doorklinken. In dat scenario komen alle geschillen bij de gewone rechtbanken terecht. Het is dan de vraag of dit een wenselijke optie is: de huidige ervaringen met betwistingen rond arbeidsongeschiktheid als gevolg van ongevallen of invaliditeit hebben aangetoond dat experts ad hoc niet altijd een grotere garantie bieden op een sociaal en belangenvrij oordeel.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Om principiële redenen weigerden alle auteurs van dit stuk, tijdelijk of bestendig, hun lidgeld aan de OVG te betalen.

Abstract

The Belgian Order of Physicians at a crossroad: reform or obliteration

The Belgian Order of Physicians (OP; Medical Association), as it now stands, was implemented in 1967. Since then, its structure and functioning have barely changed, in spite of significant societal changes. This paper gives an overview of the creation of the OP, its legal background, and the criticisms that have been made of it.

There were many attempts in Parliament to do away with the OP or to overhaul it, but all were unsuccessful. The OP is no longer in line with contemporary concepts regarding disciplinary matters. It still claims to adhere to rules of conduct which are

obsolete, such as „the honour and the dignity of the profession”. An in-depth reform of this disciplinary system is urgently needed.

This article discusses three possible approaches. First, one may take into consideration the proposals made by the OP itself with regard to ways of improving its functioning.; however, the latter are insufficient. A much more drastic measure would consist in abolishing the OP: in several other countries alternatives for an OP, with a more representative composition, have proven to be quite efficacious and well accepted. A thorough overhaul of the OP constitutes a third option: this would include changes in the aims of the association, its structure, disciplinary measures and the position of the professional indicted as well as that of the patient concerned.

Literatuur

1. SCHEPERS R. The Belgian medical profession, the order of physicians and the sickness funds (1900-1940). *Social Health Illness* 1993; 15: 375-392.
2. Editorial. *Le Scalpel: journal belge des sciences médicales* 1929; 4 (numéro spécial).
3. RENAER MJ. Kritische beschouwingen over geneeskunde en gezondheidszorg. Leuven: Universitaire Pers Leuven 2000: 104-106.
4. NYS H. Geneeskunde--Recht en medisch handelen. Mechelen: Wolters Kluwer België 2005: 60-61.
5. DE GROOT E. De Orde van Geneesheren, een voorstel tot hervorming. Brussel: VUBPRESS 1998.
6. CALLENS S, PEERS J. Organisatie van de gezondheidszorg. Antwerpen-Oxford: Intersentia 2008: 205-222.
7. NYS H. Het bindend karakter van de bepalingen van de Code van Medische Plichtenleer: een ommakeer in de cassatie-rechtspraak? *Vlaams Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1982-1983; 225-226.
8. AMY JJ. L'Ordre des Médecins--Chronique d'une mort imminente. *Espace de Libertés* 2000; 280: 6-7.