

DE WETGEVENDE BESLUITEN BETREFFENDE DE UITOEFENING VAN DE GENEESKUNST IN PERSPECTIEF

door Roger DILLEMANS

Gewoon hoogleraar aan de Katholieke universiteit te Leuven

1. In 1967 kwam in ons land een belangrijke wetgeving tot stand die voor het eerst sinds ... 1818 de delicate aangelegenheid van de uitoefening van de geneeskunst rechtstreeks wenste te regelen. „Rechtstreeks” bedoel ik te stellen tegenover de pogingen die via de wetgeving op de ziekteverzekering sinds 1963 werden gedaan om op onrechtstreekse wijze enige ordening te brengen in de organisatie van het medisch beroep.

De besluiten „Hulpiau” werden tijdens het *regnum* op volksgezondheid van deze minister via de toenmalige koepelwet in onze wetgeving ingebracht.

Zij zijn het voorwerp geweest, zoals te verwachten was, van veel discussies, zelfs van — niet volledig onsuccesvol — verhaal bij de Raad van State uitgaande vooral van bepaalde belangengroepen; zij zijn zelfs in grote delen geremd geworden in hun uitvoering door latere regeringen.

Maar zij constitueren een belangrijk nieuw stuk in onze wetgeving en, gezien al deze betwistingen — juridische en vooral niet-juridische — en het zo teergevoelige van de aangeraakte punten, is het misschien niet onnuttig de achtergronden van deze nieuwe wetgeving even in herinnering te brengen. Te meer daar, omwille van het procédé van de koepelwet, eigenlijke voorbereidende werken ontbreken.

§ 1. Totstandkoming

2. Op het departement van volksgezondheid was een bijzondere commissie reeds geruime tijd belast met de opstelling van een reeks wetsontwerpen betreffende de geneeskunst. Oorspronkelijk werden vier ontwerpen opgemaakt.

Het eerste betrof de uitoefening van de geneeskunst, het tweede de rechten en plichten van de beoefenaars van de geneeskunst, het derde de paramedische beroepen en het vierde voorzag in de oprichting van een paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen.

Het geheel van deze ontwerpen kreeg een plaats in de *koepelwet*, het wetsontwerp nr. 356 dat op 17 januari werd neergelegd en de wet van 31 maart 1967 werd.

Tijdens de bespreking in de Speciale Commissie van de Kamer werd door verschillende leden van de Commissie en ook door de Minister op de noodzaak gewezen van een parallele herziening van de inrichting en de bevoegdheden van de Orde van geneesheren. De op dat tijdstip verwekte herrie in een ziekenhuis te Blankenberge en elders, en de daarbij aangenomen houding van bepaalde provinciale raden van de Orde van geneesheren waren voorzeker niet vreemd aan deze bijzondere belangstelling van de parlementairen.

Ondertussen waren door de Minister de Academiën voor Geneeskunde en de Hoge Raad van de Orde van geneesheren alsmede de Hoge Raad van de Orde der apothekers om hun advies verzocht.

Enkele maanden later, begin december 1966, werden de ontwerpen voor advies overgemaakt aan de organisaties van de geneesheren, nadien aan alle andere betrokken organisaties, en zelfs, op verzoek van de hoger vermelde Speciale Commissie, aan de mutualiteiten.

Op basis van deze adviezen werd een tweede versie opgemaakt. Het geheel viel dan terug in vier ontwerpen :

- 1) het eerste voorzag de oprichting van de vermelde paritaire commissie ;
- 2) het tweede vatte de drie vorige ontwerpen betreffende de uitoefening van de geneeskunst, betreffende de rechten en plichten van de beoefenaars van de geneeskunst en betreffende de paramedische beroepen in één ontwerp samen ;
- 3) het derde en het vierde beoogden de hervorming van de inrichting en de bevoegdheid respectievelijk van de Orde van de geneesheren en van de Orde der apothekers.

De verschillende middens hebben zich in verband met de evolutie van deze voorbereidende werken over twee dingen verwonderd. Waarom, vooreerst, werd deze wetgeving opgenomen in de *koepelwet* die toch hoofdzakelijk een economische doelstelling had ? Ongetwijfeld heeft het volgende hierbij een rol gespeeld : het was vooraf geweten dat de *koepelwet* een artikel zou bevatten dat de Minister van Sociale Voorzorg toeliet nieuwe financiële beperkingen in de ziekteverzekering aan te brengen. Het zou ondenkbaar zijn geweest tot deze nieuwe beperkingen over te gaan zonder dat tevens ook bepaalde excessen aan de kant van de verstrekkers van de zorgen in de globale maatregel werden opgenomen. Politiek waren die twee regelingen ongetwijfeld

met elkaar verbonden. Men vindt ze trouwens terug in hetzelfde artikel van de koepelwet (art. 8).

Men kan echter ook een tweede vraag stellen m.n. waarom deze wetgeving niet op de normale wijze werd tot stand gebracht. Ongetwijfeld is een element van verklaring te vinden in de vrees die in regeringsmiddens en ook in vele geneesherenmiddens bestond voor een behandeling in het openbaar waardoor de geneesherenorganisaties, gewild of ongewild, gebruik makend of slachtoffer van de situatie, aan wederzijds opbod zouden gaan doen dat, met syndicale verkiezingen voor ogen, voor de verzekerden, de patiënten en ook voor 's lands financiën zeer nefaste gevolgen zou kunnen hebben gehad.

Op 24 oktober 1967 kwam er een eerste besluit tot stand : het K.B. nr. 47 tot instelling van een nationale paritaire commissie geesheren-ziekenhuizen en tot vaststelling van de nationale paritaire commissie voor andere beoefenaars van de geneeskunst of voor andere categorieën van inrichtingen, alsmede van de gewestelijke paritaire comités. De drie andere besluiten dragen de datum van 10 november 1967 en werden nog *in extremis* binnen de bij de volmachtswet voorziene periode gaande tot 14 november gepubliceerd. Het is het K.B. nr. 78 betreffende de geneeskunst, de uitoefening van de daaraan verbonden beroepen en de geneeskundige commissies; het K.B. nr. 79 betreffende de Orde der geneesheren; en het K.B. nr. 80 betreffende de Orde der apothekers.

§ 2. Achtergronden

A. EEN VEROUDERDE WET VAN 1818

3. De bestaande wetgeving terzake dateerde nog van 12 maart 1818 onder de titel : wet tot regeling van „al wat betrekking heeft op de uitoefening van de verschillende takken van de geneeskunst”. Zij is lange tijd terecht beschouwd geweest als een merkwaardig en vrij soepel instrument. Nu was zij ... verouderd. Niettegenstaande haar grote historische verdiensten — zoals dat heet — en de nog blijvende onbetwistbare waarde van bepaalde artikelen, was het gewoon ondenkbaar enkel tot een wijziging van haar tekst over te gaan zonder een voldoende oplossing te geven bij dezelfde gelegenheid aan het geheel van de moeilijkheden die zich ondertussen hadden gesteld in verband met nieuw gerezen problemen en nieuwe zich voordoende toestanden, waarvan men gemakkelijk een beeld kan oproepen.

4. De wet van 1818 was in grote mate een stelsel van verdediging tegen het *charlatanisme* in al zijn vormen. Dit gevaar was vanzelfsprekend in 1968 niet volledig uit de wereld, maar men kan toch bezwaarlijk zeggen dat de problematiek rond de uitoefening van de geneeskunde nog in hoofdzaak of belangrijke mate hierop gecentreerd is. In elk geval moest de verdediging van de patiënten tegen praktijken waarmee gespeculeerd werd op de angst van personen die psychisch meer blootgesteld zijn aan de aanbevelingen van allerlei genezers en kwakzalvers van verdacht allooi, beter worden ingericht dan dit voorheen het geval was.

5. De spectaculaire ontwikkeling van de geneeskundige *wetenschappen* heeft aanleiding gegeven tot het ontstaan van nieuwe technieken van diagnose en therapie. Deze veronderstellen de beschikking over een zeer gespecialiseerd en kostbaar materiaal, maar ook een zeer dure investering in de opleiding van specialisten allerhande. Hoe verder de specialisatie van de beoefenaars van de geneeskunst wordt doorgedreven, hoe meer de noodzaak ontstaat van een waarachtige ploeggeneeskunde en aan waarachtig *teamwork*, vooral in het kader van de polykliniek en het ziekenhuis. De ver doorgedreven vertechnisering heeft op haar beurt eveneens tot zware investeringen aanleiding gegeven, die opnieuw uitmonden in de creatie van centra en ziekenhuizen waar de verschillende geneesheren een veelvuldig gebruik kunnen maken van dezelfde apparatuur.

6. Deze evolutie heeft vervolgens tot medewerking opgeroepen tal van technici en beoefenaars van *beroepen* die men als „*paramedisch*” is gaan beschouwen. Verschillende apparaturen vergen een bepaalde technische kennis die men niet van elke doctor in de geneeskunde kan verwachten en waarvoor de opleiding trouwens dikwijls van eerder technische aard is en niet de ware geneeskundige studies als dusdanig veronderstelt. Het aanbod van deze beroepen is dan ook in de laatste jaren enorm gestegen in aantal en kwaliteit, bij zoverre zelfs dat bij bepaalde geneesheren en geneesherenorganisaties de vrees is gerezen dat daardoor mettertijd ganse domeinen beroepsakten welke het feitelijk monopolie van de geneesheren uitmaakten aan verschillende paramedische beroepen zouden worden toevertrouwd, rechtstreeks of langs verschillende vormen van delegatie.

Het is evident dat de gemeenschap die zich zulke zware investeringen moet getroosten op het gebied van de opleiding van de specialisten in de gezondheidszorg, het zich niet kan veroorloven verder op systematische wijze akten voor te behouden aan beoefenaars van de ge-

neeskunst met een opleiding van 7 jaar universiteit en meer, die kunnen worden gesteld door leden van de gemeenschap met een veel minder langdurige en kostbare opleiding.

De wet van 12 maart 1818 wijdt geen enkele nadere bepaling aan de paramedische beroepen. Luidens de traditionele begrippen behoort de medische handeling uitsluitend tot de bevoegdheid van de gekwalificeerde practicus. De verpleegsters helpen nochtans sinds verschillende jaren de geneesheren en de patiënten; het niveau van hun geschooldheid is op gevoelige wijze verhoogd. Hetzelfde geldt voor verschillende andere paramedische beroepen. Ze hebben hun aanbod georganiseerd en leveren thans alle waarborgen inzake opleiding en competentie. Velen onder hen werden tot dusver alleen „geduld” door het geneesherenkorps. De tijd was aangebroken om voor hen een behoorlijk statuut te ontwerpen.

7. Meer dan een eeuw na de wet van 1818 werd overgegaan tot de oprichting van een „Orde der geneesheren” (25 juli 1938) en van een Orde der apothekers (19 mei 1949). Het is voor iedereen duidelijk dat de oprichting van deze orde en de nieuwe betekenis die daarmee werd gegeven aan de medische deontologie, in gevoelige mate de uitoefening van de geneeskunst hebben beïnvloed. Maar daarmee rezen ook nieuwe problemen, nl. in verband met de rol welke de traditionele medische commissies nog kunnen hebben, eveneens in verband met de draagwijdte welke men aan de medische plichtenleer moet toekennen tegenover de algemene competentie van de gewone rechtbanken en administratieve colleges ingesteld bv. in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

8. In 1919 deed, met de oprichting van het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn, de *preventieve geneeskunde* haar intrede. Tot op heden ontbreekt nog een werkelijke operationele definitie van de preventieve geneeskunde.

Wat zij in het algemeen beoogt is duidelijk en tevens zijn de belangrijkste problemen waarvoor zij thans staat aan alle ingewijden bekend. Zij liggen vooral op het vlak van de organisatie en de coördinatie. De meeste initiatieven op het gebied van de preventieve geneeskunde zijn inderdaad op disparate wijze gegroeid, komende vanuit verschillende hoeken.

Op dit ogenblik bestaat er een driedimensioneel gebrek aan coördinatie op verschillende vlakken.

Er is vooreerst gebrek aan continuïteit in de uitwisseling van de gegevens, dossiers en resultaten van onderzoeken door verschillende preventieve diensten die in de opeenvolgende levensfasen voorkomen. Men denke hier maar aan de steeds onderbroken lijn die vertrekt van de zuigelingen- en kleuterraadplegingen, over het medisch schooltoezicht en de P.M.S.-centra, naar medisch sporttoezicht, de preventieve arbeidsgeneeskunde, enz. Door gebrek aan coördinatie tussen de onderscheiden instellingen die aan preventieve gezondheidszorg doen, ontstaat dubbel gebruik en dus onnuttig onderzoek.

Er is ook het gebrek aan coördinatie tussen diensten van dezelfde sector.

De onvoldoende samenwerking tenslotte tussen de van overheidswege georganiseerde preventieve gezondheidszorg en het medisch korps valt ook zeer nadelig uit. Dit geldt op een dubbel vlak : vooreerst in verband met de *follow up* welke een nauwe band veronderstelt en een samenwerking tussen enerzijds huisartsen, en zelfs specialisten, en anderzijds de geneesheren die in het kader van de preventieve geneeskunde werkzaam zijn. Er bestaat geen voldoende regeling van een waarachtig statuut voor de geneesheren die in de dienst van de preventieve geneeskunde werkzaam zijn : niet alleen wordt hiermee bedoeld de delicate kwestie van de honoraria, maar meer nog deze van de verantwoordelijkheid van de geneesheer in de centra, en zijn inschakeling in het geheel van de organisatie — en zeer belangrijk — het doorgeven van de informatie.

In het algemeen hebben de grote nieuwe domeinen als de „sociale geneeskunde”, de preventieve gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de psychiatrie de volle aandacht van de artsen nog niet genoten. Het niet zo gul financieel statuut dat aan deze nieuwe vormen verbonden is, lijkt mij onvermijdelijk een belangrijke verklaring hiervoor te zijn.

9. Een nieuwe wetgeving op het *hoger onderwijs en de diploma's* heeft het uitzicht van het medisch beroep volkomen gewijzigd. De inrichting, op een eenvormige grondslag, van het hoger onderwijs, leidend tot de door de wet beschermde academische graden van doctor in de genees- en verloskunde, apotheker en licentiaat in de tandheelkunde is niet meer te verzoenen met de bepalingen van de wet van 1818 nopens de bevoegdheid van de beoefenaars. Verschillende beroepen die de wet van 1818 nog vermeldt (herborist, drogist...) zijn thans verdwenen of zijn, sinds de onttrekking van de wettelijke erkenning van hun titel, minstens van aard veranderd. Andere be-

roepen daarentegen, zoals dat van vroedvrouw ontvangen, thans een behoorlijke opleiding en hebben meteen ook een efficiënte titel verworven. Deze wettelijke regeling van de opleiding van de betrokken beroepen kan niet anders dan een eerste en zeer belangrijke basis vormen voor de regeling van de kwestie der bevoegdheden.

10. Tenslotte moet men de omvorming onderstrepen die de *artsenijbereidkunde* heeft ondergaan. Van een *quasi-artisanaal* beroep is men overgegaan naar de fase van de *geprefabriceerde* specialiteiten. Verre van de verantwoordelijkheid van de apotheker in zijn beroep te onderschatten, toch moet elkeen wel vaststellen dat deze niet meer helemaal dezelfde kan zijn, wanneer zijn taak er hoofdzakelijk op aan komt een in de fabriek geproduceerde specialiteit op uitdrukkelijk voorschrift van de arts aan de patiënt af te leveren, als toen hijzelf zijn eigen preparatie afleverde.

Wie het mordicus anders wil blijven zien, is ofwel naïef, ofwel te zeer bekommerd om het behoud van een bepaalde status, of allebei (alhoewel dit laatste mij niet erg veel lijkt te zullen voorkomen).

B. DE DRIE GROTE PROBLEMEN WAARMEE HET LOT VAN DE GENEESHEER ZOU VERBONDEN ZIJN

11. Het conflict rond de ziekteverzekering had een aantal principiële problemen die de organisatie van de geneeskunst betreffen in al hun scherpte gesteld.

Wij moeten even teruggaan in het verleden.

In België (zoals in Frankrijk), werd de sociale zekerheid, die voor het eerst een verplichte verzekering inzake ziekte en invaliditeit instelde, ingericht zonder aan de organisatie van de prestaties en de gezondheidszorgen zelf te raken.

Anders in Groot-Brittannië en Nederland : volgens de naoorlogse *Labour* en de sociale politici in Nederland moest de financiële en morele mobilisatie van de gemeenschap tot efficiënte dekking van het ziekterisico haar pendant vinden in, en kon zij slechts met zekerheid verwezenlijkt worden door een organisatie van bepaalde externe aspecten van de verstrekkingen zelf van de geneesheren, de ziekenhuizen, enz... Niet alleen werd in België en Frankrijk, in tegenstelling met Engeland en Nederland, de betaling per prestatie als regel behouden, maar tevens bleef bestaan de vrije taxatie door de verstrekker zelf. Daarnaast stelde de ziekteverzekering haar lijst en tarief op van terugbetalingen.

Deze juxtapositie van, enerzijds, een tarief van terugbetalingen en anderzijds een tarief (?) van honoraria en prijzen maakte het financieel risico voor de „verzekerde” onbekend, oncontroleerbaar, te groot in bepaalde gevallen, onverzekerbaar.

Dikwijls had men in het verleden gezien dat, wanneer onder sociale druk de terugbetalingen werden verhoogd, de verstrekkers zeer getrouw de beweging naar omhoog volgden. Dit bleek stilaan sociaal onhoudbaar te zijn geworden. En het buitengewoon scherpe conflict dat daaruit is ontstaan met het korps der geneesheren — wier plaats in het ganse gezondheidsbestel vanzelfsprekend centraal en beslissend is — is precies te verklaren op grond van het feit dat, pas een lange tijd nadat de sociale zekerheid een verworvenheid was geworden, een behoorlijk kader werd ontworpen voor de zo noodzakelijke medewerking van het geneesherenkorps.

12. De wetgever van de ziekte- en invaliditeitsverzekering die vanaf 1963 tot stand kwam, wilde zijn sociaal objectief — vestiging van de terugbetaling op een reële basis van overeengekomen tarieven — verwezenlijken vooral door de medewerking van het artsenkorps — zij zijn het die de kraan open of dicht draaien, werd oneerbiedig gezegd — en achtte het dus ook nodig onrechtstreeks de destijds, in 1944, verwaarloosde of niet gedurfde ingreep te doen in de organisatie zelf van het beroep.

De poging is m.i. grotendeels mislukt; vooral op de volgende terreinen strandde men op de „eeuwenoude” — voor de enen een argument *pro*, voor de anderen een argument *contra* — beginselen: *vrijheid van diagnose en therapie, beroepsgeheim, monopolie*.

1. *Vrijheid van diagnose en therapie*

13. In de oorspronkelijke wet op de ziekteverzekering was een afdeling opgenomen onder de hoofding: „Plichten van de beoefenaars van de geneeskunst, de paramedische medewerkers en de verplegingsinrichtingen”. Buiten de algemene plicht tot „zuinigheid”, gedeeltelijk uit de Franse Code (art. 258) overgenomen, bevatten de betrokken artikels 35, 36 en 37, alleen bijzondere verplichtingen voor de *geneesheren*: medisch dossier (art. 35), protocol van de specialist (art. 36) en „verstrekkingsboekje” (art. 37).

Hier ligt voor allen herkenbaar het conflictterrein tussen de vereisten van een goede geïndividualiseerde geneeskunde met alleen het heil van de betrokken patiënt voor ogen en de vereisten van een gezonde ziekteverzekering, met het heil van de ganse gemeenschap voor ogen,

met de onvermijdelijke financiële beperkingen en de noodzaak enig toezicht te hebben op de prestaties zelf, al was het slechts om de misbruiken, *in casu* de onverantwoorde prestaties, te weren, die onvermijdelijk worden begaan door een heterogeen korps van 13.000 burgers met een onbeperkt aantal uitschrijfbaar en op zicht geloofwaardige blanco-checks.

In de talrijke aan de wet voorafgaande besprekingen en pogingen waren tal van stelsels uitgewerkt om dit cruciale vraagstuk indien niet op te lossen, dan toch tot minimale proporties te herleiden: van het abonnementssysteem tot de verplichte verwijzing door de *omni-practicus* naar de specialist. Geen van deze voorstellen vond zijn weg in het nieuwe op dit punt vrij gematigde wetsontwerp. Maar zelfs wat veeleer een wensbepaling was in de wet, nopens de plicht van de *practicus* om de verzorging te verstrekken onder de zuinigste voorwaarden, welke verenigbaar zijn met de noodzakelijkheid tot het behoud of het herstel van (hun) gezondheid (oorspronkelijk art. 35), werd door de geneesheren enerzijds als een overbodige en kwetsende, anderzijds als een gevaarlijke beschikking bevonden. Deze tekst werd „gevetood” door de Syndicale Kamers: het „gezuiverde” artikel kent nu een heel andere aanhef: „De geneesheer oordeelt in geweten en in volle vrijheid over de te verlenen verzorging. De onrechtmatige verstrekkingen die in strijd zijn met de plichtenleer, worden evenwel ter beoordeling voorgelegd aan de Raden van de Orde der Geneesheren...”.

Het lijkt m.i. wel onverantwoord de beoordeling van deze delicate kwestie over te laten aan een disciplinaire korpsjurisdictie, niet alleen omdat deze door de betrokkenen zelf wordt verkozen, maar vooral omdat hierbij rechten van derden, de sociaal-verzekerden, de ziekenfondsen, de gemeenschap, rechtstreeks zijn betrokken, zodanig dat een geheel onafhankelijke derde, de gewone beroepsrechter hier de enige voldoende waarborg had kunnen geven.

2. *Het beroepsgeheim*

14. Ook hier hetzelfde conflicterrein en dezelfde raakpunten met het beroepsgeheim, waarborg voor het vertrouwen van de patiënt en een goede geneeskunde, maar dat, in absolute zin genomen en toegepast, niet meer te verzoenen is met de nieuw geschapen toestand, waar het niet meer de individuele patiënt is die zijn vrij beroep op de geneesheer honoreert, maar wel de gesolidariseerde inspanning van alle sociaal-verzekerden, de ganse gemeenschap, die daaruit dan ook bepaalde rechten van zelfverdediging put.

De verplichting tot het houden van een medisch dossier en van het verstrekkingenboekje verdween uit de wet, als middel ter controle. Naast de algemene beginselverklaring in artikel 84 (die een letterlijke overname is van een tekst uit het akkoord van 25 juni 1964, bij gebrek aan een betere juridische uitdrukking van dezelfde gedachte, waar alle partijen zich zouden hebben kunnen bij aansluiten) : „De mededeling en het gebruik van die inlichtingen zijn afhankelijk gesteld van de eerbiediging van het geneeskundig geheim”, werd via het artikel 104 een praktisch systeem ingesteld waarbij de beoordeling van de rechtmatigheid van het inroepen van het beroepsgeheim voortaan beoordeeld wordt door de gewone rechter. Het huidige artikel 104 luidt : „Onverminderd de toepassing van de artikelen 269 tot en met 274 van het Strafwetboek, wordt met een door de politierechtbank (!) uit te spreken geldboete van 26 tot 500 F gestraft eeneieder die de adviserende geneesheren, de geneesheren-inspecterend-generaal, de eerstaanwezend geneesheren-inspecteurs, de geneesheren-inspecteurs of de inspecteurs, respectief bedoeld in de artikelen 87, 85, 80 en 94, of de door hen afgevaardigde beambten hindert bij de uitoefening van hun taak of onjuiste inlichtingen verstrekt. Er is evenwel geen overtreding wanneer de geneesheer of de tandheekkundige zich op het geneeskundig geheim beroept als verantwoording van de in vorengenoemd lid bedoelde feiten en de rechter meent dat die verontschuldiging gegrond is. Teneinde te oordelen of het aanvoeren van het geneeskundig geheim gegrond is, mag de magistraat een lid van de Raad van de Orde van geneesheren van het rechtsgebied als deskundige aanwijzen...”.

3. De afbakening van bevoegdheden

15. Het probleem was acuut geworden i.v.m. de vraag te weten of kinesitherapeuten bepaalde handelingen (electrotherapie) mochten verrichten, daar waar de geneesheren beweerden dat zij tot de geneeskunde behoorden.

Het is één uit de vele grensgevallen : geneeskunde - paramedische verrichtingen : technische daden i.v.m. de klinische biologie, anesthesiologie, radiographie, tandprothesen, enz.

Al deze en nog andere grondproblemen die de uitoefening van de geneeskunde zelf raken werden, ten onrechte volgens de artsen, geregeld door de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering (Z.I.V.).

Het standpunt van de artsen kan m.i. inderdaad worden verdedigd : het is niet langs deze zeer zijdelingse weg van een verzekeringswet — die destijds trouwens niet gans de bevolking betrof — dat zulke

grondproblemen dienen geregeld. Het is echter bij gebreke aan een waarachtige basiswet op de uitoefening van de geneeskunst dat de wetgeving op de sociale zekerheid het probleem niet langer kon voorbijgaan zonder de belangen vooral van de sociaal verzekerden in gevaar te brengen : zij regelde de kwestie van de bevoegdheden via de nomenclatuur van de prestaties met het oog op hun terugbetaling ; zij regelde de kwestie van de uitoefeningswijze van het beroep door bepalingen over beroepsgeheim, vrije keuze enz.

De wetgever heeft node aan de op dit punt formele eis van de doktersverenigingen toegegeven : de meeste desbetreffende bepalingen werden geschrapt en de wet werd op dit punt „gezuiverd”, herleid tot een gewone verzekeringswet ; af en toe spreekt de regering nog haar wens uit in de Memorie van toelichting...

Dus geen groot succes voor de zaak van de geneeskunde. Misschien kan men verdedigen dat deze inrichting van het beroep best niet diende te geschieden op onrechtstreekse wijze via een verzekeringswet. Zoals de dokters staande hielden.

Maar dan was het de hoogste tijd dat het daartoe wel competente Ministerie van Volksgezondheid hiertoe overging.

En het is vooral hier dat men de oorsprong moet zoeken van de wetgeving op de geneeskunst die in 1967 tot stand kwam op initiatief van dat departement.

16. Onmiddellijke aanleiding tot de wetgeving waren een reeks conflicten en problemen die in de afgelopen maanden de stemmingen rondom het probleem van de gezondheidszorg in aanzienlijke mate hadden verscherpt en waarvan een gewone opsomming zonder veel commentaar hier kan volstaan. Men denke maar aan de conflicten rond de ziekenhuizen : Mortsel, Kortrijk, Brugge, Roeselare, Maaseik en ... Blankenberge, waar het probleem van de verhoudingen tussen het ziekenhuis en de geneesheren individueel en in groep op explosieve wijze aan het daglicht kwam ; het optreden van bepaalde provinciale raden van de Orde der geneesheren die soms de indruk gaven de regelen van de plichtenleer met syndicale overwegingen van belangenbescherming te verwarren ; de scherpe bevoegdheidsconflicten i.v.m. bepaalde medische en paramedische beroepen zoals apothekers, kinesisten, bepaalde oudere tandartsen, radiologen, klinische biologen, de E.G.-reglementering met betrekking tot de repartitie van de officina van de apothekers en, zeker niet te vergeten, de zeer pijnlijke staking van de gezondheidszorgen in 1964...

§ 3. De inhoud van de besluiten (vgl. een logische indeling)

V. HET BESLUIT OVER DE GENEESKUNST

17. Een eerste deel van het besluit (artikel 1-6, 22-24, 46 en 50 § 1) bevat een regeling van de *competenties* van elk der betrokken beroepen. Herhaaldelijk was in het conflict rond de ziekteverzekering het probleem gerezen van de afbakening van eenieders bevoegdheden in het mettertijd zo ondoorzichtig geworden zorgaanbod. Verschillende kwalificaties die aan bepaalde prestaties werden gegeven in het kader van de nomenclatuur van de ziekteverzekering werden nu eens door de artsen dan weer door de paramedische beroepen gewraakt. Het heroïsch conflict rond de electrotherapie heeft voor alle ingewijden een nare herinnering achtergelaten.

Volgens het besluit dienen drie soorten behandelingen te worden onderscheiden.

Vooreerst zijn er de „intellectuele akten” die het volstreckte monopolie zijn van de „beoefenaars van de geneeskunde of de tandheelkunde” : het vaststellen van de diagnose en het bepalen van de therapie.

De bepaling van wat tot de geneeskunst behoort is anderzijds zeer algemeen. Zij omvat eveneens de technische uitvoering van een behandeling en de onderzoeken welke aan een diagnosestelling voorafgaan. Bepaalde hiervan zullen evenwel, onder de door de Koning bepaalde voorwaarden, kunnen *gedelegeerd* worden aan paramedisch personeel.

Daarnaast zijn er de *handelingen* welke tot de eigenlijke *paramedische beroepen* behoren. In een dynamisch perspectief wilde de regering geleidelijk meer en meer bepaalde akten hiervan voorbehouden aan paramedici met een bepaald diploma.

Met het oog op de bepaling van de bevoegdheden door de Koning, wordt een adviesprocedure voorzien waarin de Academiën van Geneeskunst een doorslaggevende rol vervullen : dit wordt bepaald in artikel 46, onmogelijk artikel, vrucht van bikkelharde negotiaties waar de artsenorganisaties, dank zij een aantal handig bewerkte en invloedrijke leden van de regering grotendeels hun slag thuishaalden, al was het maar door de ingewikkeldheid van de procedure die de uitvoerende macht aan banden legt.

18. Voor wat aangaat de *inrichting van de paramedische sector* waaraan verschillende artikelen gewijd zijn (artikel 25-34), zal de Koning zich tevens laten adviseren door een nieuw op te richten Hoge Raad voor

de paramedische beroepen. Aldus wordt voor het eerst een statuut ontworpen voor deze beroepen en voor het paramedisch personeel met een zekere bescherming, zowel van de titel als van de uitoefening van het beroep.

19. Een reeks bepalingen betreffen de provinciale medische commissies. Heel dit probleem is nochtans niet ernstig onderzocht geworden en de huidige plaats van deze commissies in de zorgrelementering is voor de meesten niet erg duidelijk.

20. Rechten en plichten van de beoefenaars van de geneeskunst worden eveneens in het besluit behandeld.

Een eerste reeks bepalingen werden ingegeven door de nog goed in ieders geheugen geprente zorgenstakingen van 1964 en later. I.p.v. een gemakkelijke maar waarschijnlijk vrij ondoelmatige afkondiging van een verbod van *zorgenstaking* wordt alle aandacht besteed aan de behoorlijke inrichting in alle omstandigheden van voldoende *wachtdiensten*. De provinciale medische commissies, waarvan de samenstelling en de werking trouwens werden herzien, worden belast met de bepaling van de betreffende behoeften van streek tot streek. In iedere instantie krijgen de beroepsorganisaties de gelegenheid zelf de wachtdiensten in te richten onder controle van de genoemde commissies. Alleen wanneer de behoeften niet zijn verzekerd kan de provinciale gezondheidsinspecteur zelf de wachtdienst organiseren (artikel 9).

Complement bij deze regeling is de waarborg voor de artsen welke willen verder werken dat hun *arbeidsrecht* niet zal belemmerd worden door daden van geweld of feitelijkheden (art. 10) en het verbod voor de practicus wetens en zonder wettige reden een in uitvoering zijnde behandeling te onderbreken zonder vooraf alle maatregelen te hebben getroffen om de continuïteit van de zorgen te verzekeren.

Vervolgens dienen enkele bepalingen vermeld welke de overmaking van *medische informatie* tussen verschillende practici betreffen.

Twee artikelen betreffen het overmaken van het medisch dossier en van medische informatie, enerzijds in het kader van de curatieve, anderzijds in dat van preventieve geneeskunde. De eerste regeling (art. 13) neemt de gedachte weer op, die ten grondslag lag van het *verstrekkingsboekje* dat in de eerste wetten op de Z.I.V. was voorzien. De tweede (art. 14) is van het grootste belang voor de zo noodzakelijke coördinatie in de preventieve sector waarover hoger werd gehandeld. Zij is zeer doelmatig gesanctionneerd nl. de intrekking van erkenning en subsidies.

21. Tal van kwesties i.v.m. *de honoraria* konden niet worden uit de weg gegaan (art. 15-18).

Het besluit erkent officieel het stelsel van de forfaitaire bezoldiging. Het zeer complexe vraagstuk van de afhouding van de honoraria der geneesheren, welke in sommige ziekenhuizen wordt toegepast, werd in zijn geheel naar de bevoegdheid verwezen van de paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen. Op dit complexe en actuele vraagstuk kan in het bestek van dit algemeen artikel niet worden ingegaan.

Daarnaast werd de veel voorkomende en voor de zieken schadelijke praktijk van de *dichotomie* aangepakt. Wat de akkoorden tussen de practici en de ziekenhuizen aangaat heeft de regering blijkbaar niet willen vooruitlopen op de regelingen, waartoe de competente commissie hopelijk zal kunnen komen. Over deze delicate materie zal zij kunnen beraadslagen zonder vooringenomenheid of vooraf vastgelegde beginselen.

22. Tenslotte kon men het in deze basiswetgeving (en als tegenprestatie voor de verplichtingen van de arts) toch niet stellen zonder een behoorlijke affirmatie over het beginsel van de *vrijheid van therapie*. Artikel 11 heeft daarvoor gezorgd. Het is grotendeels een herhaling van de versie die artikel 35 van de Z.I.V.-wet aan het beginsel geeft. Wij bedoelen de laatste versie van genoemd artikel. Want er zijn er vele geweest en hoe later de versie, hoe minder er van dat andere beginsel, het *zuinigheidsbeginsel* overbleef, om te eindigen met een vrome wens en de bevestiging van een erg concreet principe, dat van het *carte blanche* aan de individuele dokter tegen de achtergrond van een onbegrensd (in de zin van niet-begrensd) vertrouwen in het korps : inderdaad, artikel 35 van de Z.I.V.-wet en artikel 11 laten de controle over aan... de Orde der Geneesheren. De controle over het goed gebruik van de miljarden die de gemeenschap jaarlijks aan deze belangrijke tak van de Z.I.V. besteedt wordt zonder meer toevertrouwd aan de collega's! (1).

B. DE BESLUITEN BETREFFENDE DE ORDE DER GENEESHEREN EN APOTHEKERS (Besluit nr. 79 en 80)

23. Het besluit betreffende de Orde der geneesheren is een herneming van het wetsontwerp dat destijds door Minister Custers was neergelegd in de Senaat. Naast een betere organisatie van de organen van

(1) Zie over deze ganse problematiek : *De geneeskundige controle in de sociale zekerheid*, Proefschrift, SCHUTYSER, K., Story-Scientia, Gent/Leuven, 1973.

de Orde en hun werking, zijn essentieel in dit ontwerp de mogelijkheid voor de Hoge Raad om een codex van deontologie op te stellen, — dit is nog steeds niet gebeurd, wat de verschillende provinciale raden die deze taak niet hebben, niet belet hun deontologie te ontwerpen — die de goedkeuring kan ontvangen van de Koning, alsmede een regeling voor het samengaan van deontologie en overeenkomsten gesloten in het kader van de ziekteverzekering. In de laatste versie werden de bevoegdheden van de Hoge Raad nog onderstreept, een meer evenwichtige samenstelling voorzien van de verschillende organen en werd aan de Minister van Volksgezondheid een mogelijkheid verleend tot verhaal bij het hof van cassatie. In het besluit nr. 80 worden de bepalingen van de wet op de Orde der apothekers aan deze nieuwe regelingen aangepast.

C. HET STATUUT VAN DE ZIEKENHUISGENEESHEER EN DE COMMISSIE GENEESHEREN-ZIEKENHUIZEN

24. Het meest acute probleem van het ogenblik was dat van de verhouding geneesheren-ziekenhuizen en de eis van de Syndicale artsenkamers Wynen tot medezeggenschap over het gebruik van het door hen „afgestane” kostendeel van de honoraria om zo een medezeggenschap te bekomen in het ziekenhuis.

Voor dit soort kwesties werd de „Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen” opgericht. Dit geschiedde bij het volmachtsbesluit nr. 47. Dit besluit houdt de oprichting in van een waarachtige „paritaire commissie” waarin zetelen in gelijk aantal de vertegenwoordigers van de geneesherenorganisaties en deze van de organisaties van de ziekenhuizen of van hun beheerders. Volgens het verslag aan de Koning wenste de regering met dit ontwerp tegemoet te komen aan de noodzaak van een behoorlijk statuut van de ziekenhuisgeneesheer en van een billijke regeling van de verhoudingen tussen ziekenhuis en arts. Deze verhoudingen zijn veelal weinig duidelijk en verschillen vaak van instelling tot instelling. Aan de kant van de instellingen is het hoogst wenselijk dat zij in een zo gelijk mogelijke positie komen te staan tegenover het artsenkorps om willekeurig opbod van de kant van de artsen te beletten : in het recente verleden was het voorgekomen dat een machtige artsenorganisatie haar dreigend oog liet vallen op een bepaalde geïsoleerde instelling en daar uitzonderlijke voorwaarden kon afdwingen. Een analoge redenering kan worden gemaakt voor wat de standpunten van de geneesheren betreft.

De regering wenste deze verhoudingen niet eens en voorgoed vast te leggen door een regeling van bovenuit maar zij verkoos de betrok-

ken organisaties op een permanente wijze met mekaar te confronteren in de schoot van een commissie die tot hoofddoel zou hebben het sluiten van collectieve overeenkomsten, zoals die bestaan in de sector van de werkgevers en de werknemers, nopens de arbeidsvoorwaarden van de arts, en zijn verhoudingen met de instelling, zo financiële als organisatorische, te bevorderen.

De Koning zal dergelijke overeenkomsten algemeen bindend kunnen verklaren.

Het besluit voorziet, naast deze ene nationale commissie, de mogelijke oprichting later van analoge commissies voor andere gezondheidsinstellingen dan de eigenlijke ziekenhuizen (centra voor preventieve gezondheidszorg, gesloten psychiatrische inrichtingen, medisch-pedagogische instellingen, polyklinieken, enz...) of voor andere beoefenaars van de geneeskunst dan de artsen (tandheekkundigen, apothekers). Tenslotte worden gewestelijke commissies in het vooruitzicht gesteld waarvan de beslissingen echter geen afbreuk zullen kunnen doen aan deze getroffen door de bevoegde nationale commissie. Deze paritaire commissies zijn belast met het beraadslagen en het treffen van beslissingen voor de algemene problemen van de betrekkingen tussen de beheerders van de verplegingsinrichtingen en daarmee gelijkgestelde inrichtingen enerzijds en de personen die de geneeskunst uitoefenen in deze inrichtingen anderzijds.

In het bijzonder hebben zij tot opdracht de algemene grondslagen te leggen voor een goede samenwerking, inzonderheid door het uitwerken van collectieve overeenkomsten. Bovendien hebben zij als taak op het algemeen of het plaatselijk vlak alle geschillen bij te leggen die zouden kunnen rijzen of gerezen zijn tussen de beheerders van verplegingsinrichtingen en de beoefenaars van de geneeskunst. De beslissingen van de paritaire commissies worden met algemene stemmen van de aanwezige leden getroffen.

Indien nochtans geen eenstemmigheid wordt bereikt, wordt het onderwerp van beraadslaging op de dagorde van de eerstvolgende vergadering gebracht en ditmaal wordt de beslissing getroffen bij gewone meerderheid van elk der beide groepen, bevestigd door de meerderheid van de $\frac{3}{4}$ der aanwezige leden.

Indien daartoe aanleiding bestaat kan de Koning, in een in de minister-raad overlegd besluit, de modaliteiten bepalen volgens welke deze beslissingen principieel eveneens op de openbare inrichtingen dienen toegepast te worden.

Wanneer een beslissing van de paritaire commissie aldus algemeen bindend wordt verklaard, dient elk beding voorkomend in een bij-

zondere overeenkomst, dat strijdig is met de bepalingen van het algemeen bindend verklaard besluit als onbestaand beschouwd.

Verder voorziet het besluit controle- en strafbepalingen.

Een correctionele straf wordt voorzien voor de overtreding van een bij koninklijk besluit algemeen bindend verklaarde beslissing alsmede het verzet tegen het toezicht en de controlemaatregelen.

§ 4. Follow-up

25. Sinds 1967 is er niet veel tekstmateriaal aan de zopas genoemde besluiten toegevoegd. Dit betekent o.m. dat van alle koninklijke besluiten die in het K.B. nr. 78 aangekondigd worden, en vooral van deze die volgens de procedure van het beruchte artikel 46 dienden te worden genomen, nog niets terecht kwam. Dit heeft ook als gevolg dat er voor geen enkel paramedisch beroep reeds een beschermd beroepsstatuut bestaat. Uit dit alles mag men echter niet afleiden dat er in de sfeer van de wetgeving op de geneeskunst een windstilte van zes jaren is geweest. Er was wel degelijk beweging en dit rond vier polen : de verzoeken tot nietigverklaring van verscheidene artikelen van het K.B. nr. 78 ingeleid bij de Raad van State, het verpleegkundig beroep, de vestiging van apothekers en de betrekkingen tussen de ziekenhuizen en de geneesheren die er werkzaam zijn. Voor de laatste twee problemen mag een verwijzing binnen dit lustrumnummer volstaan (1).

A. DE PROCEDURE BIJ DE RAAD VAN STATE

26. De wrevel van de socialistische milieus tegen de inhoud van het K.B. nr. 78 mondde op 11 januari 1968 uit op het indienen van een verzoekschrift bij de Raad van State door de Landsbond der socialistische mutualiteiten en enkele socialistische verzorgingsinstellingen. In de loop van hetzelfde jaar vroegen de Algemene pharmaceutische bond (A.P.B.), de Syndicale Kamers (Dr. Wynen) en het Algemeen Syndicaat der Geneesheren van België (Dr. De Brabanter) als tussenkomende partij aanvaard te worden. In 1971 vroeg nog één particulier om hetzelfde. Na een suspens van een vijftal jaren besloot de Raad van State op 7 november 1972 dat twee details in het K.B. nr. 78 dienden vernietigd en verplichtte tot publikatie van het arrest in het Staatsblad (*Staatsbl.* 30 mei 1973). Vernietigd werden aldus het

(1) Voor de apothekers naar de tekst van Jacques Steenbergen op blz. 252 e.v. en voor de ziekenhuisgeneeskunde naar de tekst van Kris Schutyser op blz. 297 e.v.

verbod van terhandstelling van geneesmiddelen tegen forfaitaire prijzen (art. 16 *in fine*) en de tweede beperking in verband met afspraken inzake honorariaverdeling tussen geneesheren (de eerste is dat het om groepsgeneeskunde moet gaan), nl. dat die verdeling aan de patiënt dient bekend te zijn (art. 18, § 1 *in fine*). De formele reden voor deze vernietiging was tweemaal dat het ging om *toevoegingen* aan de tekst die in 1967 door de regering aan de Raad van State, afdeling wetgeving, was voorgelegd, en daardoor consultatie van de Raad van State over dit tekstgedeelte was ontweken. Het verzoek tot vernietiging van een vijftiental teksten werd dus wel aanmerkelijk uitgedund door de Raad van State die de verzoekers alles bij elkaar met een erg klein kluitje in het riet stuurde. Zo blijft o.m. het bewuste artikel 46 integraal intact, hoewel de Raad van State dit niet zonder meer kritiekloos liet. De in dit artikel voorziene consultatieprocedure bevat inderdaad de lacune dat niets wordt voorzien bij blijvende medische oppositie (vanwege de medische faculteiten en de Academieën voor Geneeskunst) tegen een voorstel van de minister. In dit verband maakt de Raad van State volgende belangrijke overweging, die voortaan zeker bij de interpretatie van artikel 46 dient betrokken : dat de Minister ook voor het uiterste geval kan komen te staan van een systematisch en volgehouden verzet met het gevolg dat 's Konings bevoegdheid om de voor de uitvoering van besluit nr. 78 vereiste maatregelen te nemen lam zou worden gelegd; dat het wel binnen 's Konings gewone bevoegdheid ligt, uit te maken hoe Hij de Hem krachtens de artikelen 29 en 67 van de Grondwet opgedragen bevoegdheden uitoefent, maar dat de wijze waarop de uitoefening van die bevoegdheid hier geregeld zou worden in geen geval een definitieve hinderpaal mag zijn voor de uitoefening van de bevoegdheid die de Koning aan de Grondwet ontleent; dat het weliswaar menselijk is dat de wetgever artikel 46 aanvult met een bepaling waarbij wordt vastgesteld onder welke voorwaarden een eind kan worden gemaakt aan een eventueel systematisch en volgehouden verzet, maar dat de Koning niettemin, in dat geval, zijn grondwettelijke bevoegdheden moet blijven uitoefenen; dat artikel 46 van het K.B. nr. 78 niet tot gevolg kan hebben dat de Koning de voor de uitvoering van dat besluit vereiste maatregelen niet kan nemen (1). Eigenaardig in deze overwegingen is wel dat de Koning grondwettelijk bevoegd verklaard wordt om — hoewel de tekst van artikel 46 geacht wordt een lacune te vertonen die *door de wetgever* dient opgevuld — zonder enige procedure op te treden wanneer dit vacuum

(1) R.v.St., 27 okt. 1972, nr. 15.533, *Arr. Adv. R.v.St.*, 1972, blz. 837.

zich voordoet. Is dit niet strijdig met de volledige strekking van artikel 46 en diende de Raad van State wanneer hij niet akkoord kon gaan met deze strekking, eigenlijk niet de procedure van het zesde en zevende lid van artikel 46 te vernietigen, zoals de verzoekers hadden gevraagd?

B. HET VERPLEEGKUNDIG BEROEP

27. In het K.B. nr. 78 werd over de verpleging niets uitdrukkelijk gezegd. De uitvoeringsbesluiten op de paramedische beroepen verschenen bovendien nog steeds niet, zodat ook op die wijze niets specifiek voor de verplegenden werd geregeld. De verplegenden voelden zich dan ook reeks lange tijd in een onveilige situatie wat de *toevertrouwde handelingen* betreft (m.n. die daden van geneeskunde die hun door de geneesheer op diens verantwoordelijkheid en onder diens toezicht kunnen worden opgedragen) en zelfs wat de *technische hulpprestaties* betreft, over de uitgebreidheid waarvan geen eenstemmigheid bestond. Maar er was meer. Zij voelden zich bovendien tekort gedaan, doordat zij, als één van de paramedische beroepen, enkel voor de reglementering van die toevertrouwde handelingen en technische hulpprestaties in de gezondheidszorgwetgeving in aanmerking komen. Zij vonden, terecht, dat hierdoor de eigenheid van hun beroep, de verpleging, volledig over het hoofd werd gezien. In het ministerie voor volksgezondheid vonden zij, na een massale betoging (25 februari 1971) begrip voor hun standpunt en een werkgroep (hoofdzakelijk samengesteld uit verplegenden) kwam begin 1972 tot het besluit dat een wetsvoorstel betreffende de uitoefening van de verpleegkunde noodzakelijk was. In de werkgroep was ondertussen een concreet tekstvoorstel van de verplegenden wat bijgewerkt en dit vond zijn weg naar de Kamer van Volksvertegenwoordigers via een voorstel nr. 425 (31 oktober 1972), ondertekend door vertegenwoordigers van alle partijen behalve de C.V.P.-P.S.C. Deze partij werkte inderdaad aan een verbeterde tekst, die ook de door de voorgestelde tekst noodzakelijk gemaakte wijzigingen aan het K.B. nr. 78 zou bevatten.

Deze voor het geheel van de gezondheidswetgeving vollediger tekst, werd het voorstel nr. 435 (9 november 1972). De kamercommissie voor de volksgezondheid wenste, alvorens de beide voorstellen ten gronde te bespreken, eerst het standpunt van de regering te kennen ... en dit is thans (begin 1974) nog steeds niet bekend. Ondertussen grepen in de loop van 1973 besprekingen plaats tussen de syndicale kamers van geneesheren en de beroepsorganisaties van verplegenden

die resulteerden in een akkoord over twee punten : een lijst van toe-
vertrouwbare en technische handelingen (en de daarvoor vereiste
kwalificaties en voorwaarden) en een reeks amendementen die beide
partijen aan de wetsvoorstellen wensen aangebracht te zien. Als
deblokkering voor het reeds jaren aanslepende probleem van het
statuut van de verpleegkundigen is nodig dat de regering een reeks
amendementen op de in de Kamer liggende wetsvoorstellen aan de
Commissie bezorgt, of als uniek amendement een nieuwe tekst van
wetsvoorstel aan de Commissie laat afgeven, of een regeringsontwerp
over de materie bij de wetgevende kamers indient. Op die manier kan
rekening worden gehouden met alles wat de regering van het zojuist
vermelde akkoord aanvaardbaar vindt. Het voordeel van een van beide
laatste formules is bovendien dat de nieuwe tekst een volledige rege-
ling van de verpleegkunde binnen het K.B. nr. 78 mogelijk maakt
(bv. door inlassing van een hoofdstuk I bis over de verpleegkunde,
in plaats van een los van het K.B. nr. 78 staande aparte wet), in plaats
van in een aparte wet die de verplegenden al te zeer zou isoleren in de
gezondheidswetgeving. Een van de redenen van het uitstel op re-
geringsvlak lijkt ondertussen wel te zijn de actie van de syndicale
organisaties van werknemers die zich in de ganse totstandkoming
van de regeling en in de voorgestelde regeling zelf voorbijgegaan
voelen.

In afwachting dat er een regeling komt ter bescherming niet alleen
van de titel (wat nu reeds bestaat), maar vooral van het beroep van
verplegende is het interessant de tekst te citeren die in artikel 2,
§ 1, a van het wetsvoorstel nr. 435 werd opgenomen ter omschrijving
van wat deze gezondheidswerkers dan toch als hun eigen opdracht
wensen beschouwd en beschermd te zien : „enerzijds de observatie
en het nauwkeurig vastleggen van de symptomen en reacties van de
patiënt, zowel op fysisch als op psychisch vlak, ten einde zijn ver-
schillende noden tegemoet te komen en bij te dragen tot het stellen
van de diagnose of het uitvoeren van een behandeling met het oog op
de zorgen die zijn toestand vereisen; en anderzijds, het onder zijn
hoede nemen van een gezonde of een zieke persoon om hem, dank
zij een voortdurende bijstand, de behandelingen te helpen verrichten
die bijdragen tot het behoud, de verbetering of het herstel van de
gezondheid, of hem bij het sterven te begeleiden; dit alles om een
globale verpleegkundige verzorging te verzekeren”.