

Brussel, 28 oktober 2022.

Aan de heer Jo De Cock
Voorzitter van de NCAZ

Geachte voorzitter,

De eerste medische verkiezingen werden op onze niet-aflatende vraag georganiseerd onder toenmalig minister De Galan in 1998.

De regels om te kunnen deelnemen werden vastgelegd in het KB van 8/8/1997 (Koninklijk besluit tot vaststelling van de regels voor de medische verkiezingen zoals bedoeld in artikel 211, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994) en het MB van 2/3/1998:

1° statutair de verdediging van de beroepsbelangen van tegelijk de algemeen geneeskundigen en de geneesheren-specialisten tot hoofddoel hebben;

2° zich statutair richten tot de geneesheren van ten minste twee gewesten, bedoeld in artikel 3 van de Grondwet;

3° statutair van de aangesloten geneesheren jaarbijdragen innen die minimaal het tweevoud bedragen van wat wordt toegekend aan de ambtenaren van de federale overheid ingevolge de wet van 1 september 1980 betreffende de toekenningen en de uitbetaling van een vakbondspremie aan sommige personeelsleden van de overheidssector onverminderd de statutaire bepalingen die gelden voor geneesheren die minder dan vijf jaar gerepertorieerd zijn bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

4° aantonen dat reeds gedurende 2 jaar wordt beantwoord aan de vorengenoemde bepalingen op de door Ons vastgestelde datum waarop de kiezerslijst wordt opgesteld;

5° uiterlijk op de datum van de zending bedoeld in § 4 minstens 1.500 individueel aangesloten leden-geneesheren, gerepertorieerd bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, tellen die de in 3° bepaalde bijdrage betalen.

Van in het begin was iedereen het erover eens dat alleen multidisciplinaire organisaties aan de verkiezingen zouden kunnen deelnemen.

De Memorie van Toelichting vermeldde immers: “... *het is redelijk en objectief verantwoord als eis te stellen dat een **representatieve organisatie van geneesheren moet samengesteld zijn uit geneesheren-specialisten en algemeen geneeskundigen** en dit om te vermijden dat men geconfronteerd wordt met een fragmentarisatie van de vertegenwoordiging van het geneesherenkorps met alle gevolgen vandien, zoals bijvoorbeeld de belemmering van de goede werking van de RIZIV-organen door beperkende, partiële of subcorporatistische benaderingen. De in artikel 1, §1, A, gestelde vereiste moet integendeel garanderen dat de problemen van de gezondheidszorgverzekering in hun geheel en op een globale manier benaderd worden en dat een consensus tussen beide categorieën geneesheren nagestreefd wordt in de schoot van de betrokken organisaties, vooraleer genoemde problemen worden aangesneden in de RIZIV-organen*” en “... een goede werking van de RIZIV-organen impliceert dat een consensus tussen eventuele gewestelijke stromingen reeds uitgewerkt is nog voor de beroepsorganisaties van geneesheren over bepaalde problemen een standpunt innemen in die organen. **Belangrijk daarbij is dat de andere actoren in die organen ook nationaal functioneren.** Deze vereiste is dus redelijk en verantwoord vermits ze bijdraagt tot het realiseren van een uniforme toepassing van de wetgeving inzake de gezondheidszorgverzekering in heel het land, bekommernis die expliciet is vermeld in artikel 16, §2, van de in punt 1 genoemde wet”.

Voor de punten 1 en 2 uit het KB was de omschrijving weliswaar vaag maar er werd toen niet zwaar aan getild omdat er zowel voor BVAS als voor het Kartel geen twijfel over bestond dat zij multidisciplinaire verenigingen waren, en zijn. Toch had de Raad van State in zijn advies van 2/7/1997 al opgemerkt: *“ wat de voorwaarden betreft, vermeld in artikel 1, §1, A, van het ontwerp, moet worden opgemerkt dat een aantal daarvan wordt omschreven met verwijzing naar de statuten van de organisatie. Vraag is of dergelijke verwijzing in de praktijk voldoende garanties zal bieden opdat de desbetreffende voorwaarden ook effectief zullen worden gerealiseerd”*. Een wel erg vooruitziende bedenking.

Grote verbazing alom toen voor de verkiezingen van 2014 ook AADM, een monodisciplinair eentalig syndicaat, tot de verkiezingen werd toegelaten. Het volstond dus blijkbaar om tijdig de statuten wat aan te passen en ‘zich richten tot’ kon voor het Riziv blijkbaar geïnterpreteerd worden als het sturen van een brief naar een anderstalige specialist. Dat was natuurlijk niet wat de wetgever destijds bedoeld had...

Wij zijn en blijven sterke voorstander van multidisciplinaire vertegenwoordiging. Aan de oorspronkelijke argumentatie is niets gewijzigd, eerder integendeel (multidisciplinariteit, transversale zorg, geïntegreerde zorg, zorgtrajecten, ...). Indien een monodisciplinaire eentalige huisartsenvereniging als representatief erkend wordt dan is er geen enkel argument te bedenken om dit recht aan gelijk welke specialistenvereniging te ontfangen. Indien collega's van grote disciplines zoals radiologen, anesthesisten, internisten, elk hun eigen vertegenwoordiging mogen opeisen dan wensen we de toekomst van het overleg nog veel succes toe.

Daarom werden de criteria verduidelijkt en wel op een behoorlijk soepele manier: slechts 5% huisartsen/specialisten en slechts 10% anderstaligen waren vereist. Men kan dus bezwaarlijk beweren dat het de bedoeling was om een syndicaat te weren. Toen dit punt op 28/12/2017 besproken werd in de NCAZ had niemand daar commentaar op. Het PV was vrij bondig, net omdat er geen discussie over was: *“2° Medische verkiezingen 2018 en financiering van de beroepsorganisaties van artsen (Doc. NCAZ 2017/128). De h. CARETTE leidt de nota 2017/128 in. De Nationale commissie artsen-ziekenfondsen geeft een positief advies bij de ontwerpbesluiten in bijlage bij de nota 2017/128”*). Bij de aanwezigen noteren we o.a. Luc Van Gorp, Paul Callewaert, Maaïke Van Overloop, Roel Van Giel, Dieter Vercammen, Ri De Ridder.

De nieuwe regels werden gepubliceerd in het KB van 28/12/2018 om voor het eerst te worden toegepast in 2022. Collega's Van Giel en Vercammen maakten zich sterk dat ze wel aan deze voorwaarden zouden kunnen voldoen omdat ze ook voor specialisten een voldoende aantrekkelijk programma hadden. Dixit Dr. Van Giel in Medisfeer dd. 8/2/2018: *“Algemeen zijn we tevreden dat er voor de verkiezingen van 2018 niets verandert. De nieuwe financiële regeling komt wel dicht bij, maar dat hadden we zelf voorgesteld. We zijn er vast van overtuigd dat we tegen 2022 aan de nieuwe criteria kunnen voldoen. Vier jaar is naar politieke normen een eeuwigheid.”* Blijkbaar toch niet. Nog nergens, in geen enkele vergadering hebben wij een specialist of een Franstalige huisarts van AADM mogen ontmoeten. De deelname van AADM in 2014 en 2018 heeft er in tegenstelling tot hun verwachtingen evenmin voor gezorgd dat de deelname aan de verkiezingen aanzienlijk gestegen is.

Tot onze grote verbazing kregen we op 27/9/21 in de NCAZ een ontwerp-KB voorgeschoteld waarin droogweg, en zonder enig voorafgaand overleg werd gesteld dat de nieuwe regels zouden worden uitgesteld tot 2026 (NCAZ 2021-090). *“Eén van de huidige representatieve artsenverenigingen streefde naar het voldoen aan deze voorwaarden, maar zag haar werkzaamheden doorkruist door de gezondheids crisis, veroorzaakt door Covid-19. De noodzakelijke contacten konden niet worden gelegd”*.

Het argument dat de COVID-19 pandemie de oorzaak was dat AADM niet aan de criteria kon voldoen mist o.i. elke geloofwaardigheid. Men had al 7 jaar, en lang voor de pandemie, kans om orde op zaken te stellen.

Aan elke vergadering die de voorbije twee jaar aan de pandemie gewijd werd, hebben ook de huisartsen van BVAS/ABSYM en het Kartel deelgenomen. Er is dus geen enkele reden om te denken dat dit voor AADM een zwaardere belasting was dan voor de andere verenigingen. Integendeel, er waren voor ons nog vele andere vergaderingen zoals bv. in de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en de Hoge Raad met hun talrijke werkgroepen.

Het Kartel had al tienduizenden euro uitgegeven om zijn programma bij huisartsen én specialisten beter bekend te maken. Een eenvoudige mailing aan alle Belgische huisartsen en specialisten, bijvoorbeeld een lidgeldbrief, vergt een veel forsere financiële inspanning die een monodisciplinair eentalig syndicaat niet moet dragen. Onze juridische dienst moet zowel alle huisartsen- als specialistenmateries opvolgen en onze communicatie moet in twee landstalen gebeuren.

Maar vermoedelijk verwijst men naar de opdrachten van de wetenschappelijke vereniging Domus Medica. De zoveelste aanwijzing dat de opdrachten van deze wetenschappelijke vereniging continu vermengd worden met die van een syndicaat. Zelfs met de naam Alliantie Artsenbelang – Domus Medica tracht men bewust verwarring te zaaien. Ook de financiële middelen worden vermengd want er is één lidgeld voor de wetenschappelijke en de syndicale werking waardoor de wetenschappelijk geïnteresseerde collega's huisartsen van de andere syndicaten voor het blok gezet worden. Bovendien wordt het zo erg gemakkelijk om de GDPR-richtlijnen te omzeilen. AADM krijgt via DM vrije toegang tot adres- en e-maillijsten, terwijl de andere organisaties daar niet mogen over beschikken en hierbij geen enkele ondersteuning krijgen vanwege het RIZIV. Wij konden dus met dat initiële voorstel niet akkoord gaan.

Vervolgens heeft de minister op 23/3/2022 artikel 211 van GvU-wet gewijzigd en werden de verkiezingen met één jaar verdaagd (en verder om de 5 i.p.v. om de 4 jaar gepland) zodat AADM toch nog meer tijd kreeg om aan de criteria te voldoen.

Tijdens de vergadering van de NCAZ van 24/10/2022 werden enkele louter technische wijzigingen aan de stemprocedure voorgesteld (doc NCAZ 2022-102). Maar meteen werden de al jaren afgesproken criteria zowel door AADM als door de CM en Solidaris terug in vraag gesteld. Met wiens voeten speelt men eigenlijk?

Voor de volledigheid vermelden we nog dat we niet op AADM gewacht hebben om voor de huisartsgeneeskunde belangrijke dossiers te realiseren: GMD, praktijkerkenning, praktijktoelage, technische verstrekkingen (spirometrie, urine-onderzoek, taping, wondhechting), huisartsenwachtposten, Impulseo, soft echelonnering zorgtrajecten, ... alle daterend van voor 2014. De opwaardering van de raadplegingshonoraria tot minstens 30 euro (bovenop de index) is verworven in het lopende akkoord. De invoering van een praktijkassistente is nog werk in voorbereiding.

Na onze breuk met het SVH en het behoud van de representativiteitsregels heeft Domus Medica samen met het SVH al eens opgeroepen om verkiezingen te boycotten en om te deconventioneren. Ondanks alle stemmingmakerij aan Vlaamse kant verhoogde het aantal geconventioneerde huisartsen. Men wou een signaal, wel het signaal werd gegeven: net in Vlaanderen was het percentage weigeringen toen veruit het laagst. We beschouwen dat als het bewijs dat we daarmee tenminste een aantal verzuchtingen van het terrein beantwoord hebben. Het was duidelijk dat de oproep van het SVH en van Domus Medica geen enkel effect gehad heeft. Hun syndicale geloofwaardigheid was daarmee echter nog wat verder afgenomen.

De meerderheid van de huisartsen heeft duidelijk voldoende gezond verstand om de akkoorden op hun reële inhoud te beoordelen. Ze hebben blijkbaar geen al te grote boodschap aan het geroep over monodisciplinaire verenigingen, wél aan de resultaten die geboekt worden. Ook al gaat het soms trager dan zij en wij zouden willen.

Hoogachtend,
Dr. Thomas Gevaert
Voorzitter Kartel

<https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/ontwerp-kb-syndicale-verkiezingen-kan-aadm-aan-de-nieuwe-criteria-voldoen.html>