

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

18 juli 2018

**DE HERVORMING VAN DE
GECOÖRDINEERDE WET VAN
10 MEI 2015 BETREFFENDE
DE UITOEFENING VAN DE
GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN**

Hoorzittingen

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
DE HEREN **Damien THIÉRY** EN **Luc GUSTIN**
EN MEVROUW **Catherine FONCK**

INHOUD

Blz.

Procedure.....	3
Deel I. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de logopedisten.....	3
A. Inleidende uiteenzettingen	3
B. Vragen en opmerkingen van de leden.....	10
C. Antwoorden	14
D. Replieken.....	22
Deel II. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten.....	24
A. Inleidende uiteenzettingen	24
B. Vragen en opmerkingen van de leden.....	42
C. Antwoorden	53
Deel III. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de sector van de tandheelkunde.....	63
Deel IV. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de psychologen	102
Deel V. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de artsen	122
Deel VI. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de apothekers.....	151
Deel VII. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de verpleegkundigen en zorgkundigen.....	173

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

18 juillet 2018

**LA RÉFORME DE LA LOI
COORDONNÉE DU 10 MAI 2015
RELATIVE À L'EXERCICE
DES PROFESSIONS
DES SOINS DE SANTÉ**

Auditions

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET
DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MM. **Damien THIÉRY** ET **Luc GUSTIN** ET
MME **Catherine FONCK**

SOMMAIRE

Pages

Procédure.....	3
Partie I ^e Audition de représentants des logopèdes	3
A. Exposés introductifs.....	3
B. Questions et observations des membres ..	10
C. Réponses	14
D. Répliques	22
Partie II. Audition de représentants des kinésithérapistes.....	24
A. Exposés introductifs.....	24
B. Questions et observations des membres ..	42
C. Réponses	53
Partie III. Audition de représentants du secteur des soins dentaires	63
Partie IV. Audition de représentants des psychologues	102
Partie V. Audition de représentants des médecins.	122
Partie VI. Audition de représentants des pharmaciens	151
Partie VII. Audition de représentants des infirmiers et aides-soignants.....	173

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**
Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA	Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel, Jan Vercammen
PS	André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR	Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry
CD&V	Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld	Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a	Karin Jiroflée
Ecolo-Groen	Muriel Gerkens
cdH	Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Olivier Henry, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailoux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron
Franky Demom, Nahima Lanjri, Vincent Van Peteghem
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Frank Wilrycx
Monica De Coninck, Maya Detiège
Anne Dedry, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

C. — Niet-stemgerechtig lid / Membre sans voix délibérative:

DéFI	Véronique Caprasse
------	--------------------

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellations (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel.: 02/549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publications@lachambre.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

PROCEDURE

DEEL I — HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN DE LOGOPEDISTEN (20 MAART 2018)

A. Inleidende uiteenzettingen

1. Inleidende uiteenzetting door mevrouw Françoise Stegen, Union Professionnelle des Logopèdes Francophones en de heer Stefaan Lefevere, Vlaamse Vereniging voor Logopedisten

Mevrouw Françoise Stegen, voorzitter van de Union Professionnelle des Logopèdes Francophones (UPLF), geeft een uiteenzetting die ze samen met haar collega's van de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten (VVL), heeft uitgewerkt. Ze doet dit met een PowerPointpresentatie. Ze zal voorts uiting geven aan de bezorgdheid van wie in het beroep aan de slag is en ook enkele verzoeken formuleren.

Doordat de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen onbevattelijk is geworden, was een hervorming van die wet nodig. Een nieuw wettelijk kader dat de bevoegdheidsverdeling op het stuk van de gezondheidszorg hertekent is dus wenselijk. De nadruk zal moeten liggen op de bekwame en autonome zorgverleners enerzijds, en op de geïntegreerde multidisciplinaire gezondheidszorg anderzijds; ook aan de patiënt moet een centrale rol worden toebedeeld.

Het werkveld van de logopedie wordt vastgesteld door een koninklijk besluit van 20 oktober 1994. Het *Standing Liaison Committee of Speech and Language Therapists / Logopedists in the European Union* geeft een duidelijke definitie van de activiteit: “*The speech and language therapist is the professional responsible for the prevention, assessment, treatment and scientific study of human communication and related disorders. In this context human communication encompasses all those processes associated with the comprehension and production of oral and written language, as well as appropriate forms of non-verbal communication.*”¹. Het werkveld van de logopedie is uitgestrekt en heeft betrekking op vele pathologieën, waardoor het nodig kan zijn dat er veel multidisciplinair wordt samengewerkt.

PROCÉDURE

PARTIE I^e — AUDITION DE REPRÉSENTANTS DES LOGOPÈDES (20 MARS 2018)

A. Exposés introductifs

1. Exposé introductif de Mme Françoise Stegen, Union Professionnelle des Logopèdes Francophones et M. Stefaan Lefevere, Vlaamse Vereniging voor Logopedisten

Mme Françoise Stegen, présidente de l'Union Professionnelle des Logopèdes Francophones (UPLF), présente un exposé réalisé en collaboration avec ses collègues de l'association flamande des logopèdes (VVL), qu'elle illustre avec une projection PowerPoint. Elle fera part des inquiétudes exprimées par les acteurs de la profession et formulera également des demandes.

La loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (“LEPS”) étant devenue illisible, une réforme s'imposait. Il importe donc de concevoir un nouveau cadre légal qui redessine le partage des compétences dans le domaine des soins de santé. L'accent devra être mis sur les professionnels de soins compétents et autonomes, d'une part, et les soins de santé intégrés multidisciplinaires, d'autre part, tout en réservant une place centrale au patient.

Le champ de la logopédie est défini par un arrêté royal du 20 octobre 1994. Le Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union européenne offre une définition claire de l'activité: “Le logopède, par sa formation et la formation continue, est le prestataire de soins qui assume la responsabilité de la prévention, de l'évaluation, du traitement et de l'étude scientifique des troubles de la communication humaine et des troubles associés. Dans ce contexte, la communication englobe toutes les fonctions associées à la compréhension et à l'expression du langage oral et écrit (lecture, orthographe et calcul), ainsi qu'à toutes les formes appropriées de la communication non-verbale.”¹ Le champ de la logopédie est vaste et touche de nombreuses pathologies qui peuvent nécessiter une importante collaboration multidisciplinaire.

¹ <https://cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/146-professional-profile/file.html> (Franse tekst: <https://cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/147-profil-professionnel-europeen/file.html>).

¹ <https://cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/146-professional-profile/file.html> (Franse tekst: <https://cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/147-profil-professionnel-europeen/file.html>).

Bij een logopediebehandeling worden specifieke logopedische revalidatietechnieken toegepast. Dankzij het optreden van de logopedist bereikt de patiënt een optimaal functionerings- en communicatieniveau, zodat hij een autonoom leven kan leiden.

Op 31 december 2016 waren er in België 13 876 logopedisten; dat stemt overeen met 0,72 actieve, bij het RIZIV inschreven logopedisten per duizend inwoners. Het aantal logopedisten neemt aanzienlijk toe (+38 % tussen 2013 en 2016).

In oktober 2017 is een werkgroep opgericht met als doel binnen de Planningscommissie het beroep in kaart te brengen. Het rapport ter zake zal vóór de zomer van 2018 worden bezorgd.

Wat de basisopleiding logopedie betreft, is de situatie ingewikkeld en op termijn onhoudbaar. In België leiden namelijk twee verschillende opleidingstrajecten (een professionele bacheloropleiding van 3 jaar en een universitaire masteropleiding van 5 jaar) tot éénzelfde titel. De in de nomenclatuur opgenomen zorg die de logopedist mag verstrekken, zijn precies dezelfde, welk van beide diploma's hij ook heeft. De logopedisten met een universitair diploma genieten met andere woorden geen erkenning.

Vandaag wordt de logopedie niet meer beoefend zoals een twintigtal jaar geleden, want de onderzoeksactiviteiten in verband met logopedie winnen aan belang. De logopedie evolueert; het toekomstbeeld ervan moet worden bijgesteld.

De evolutie van het beroep strookt dan ook volkomen met de voornaamste uitdagingen en doelstellingen van de hervorming, in het bijzonder op het vlak van patiëntgerichte zorg, die een hoofdrol krijgt. Teneinde te beschikken over personeel dat een optimaal kwaliteitsniveau aanbiedt, wordt de nadruk op permanente opleiding gelegd (artikel 2, 2°, van het koninklijk besluit van 20 oktober 1994). Dat gaat gepaard met *evidence based practice*. De logopedie maakt deel uit van één van de zes erkende gezondheidszorgberoepen die een bijdrage hebben geleverd aan het project in verband met wijziging van de website "ebpnet.be". Er zal worden beoogd om het platform van specifiek beroepsgerelateerde aanbevelingen te voorzien. De spreekster meldt voorts de technologische en digitale evolutie (virtuele realiteit, logopedie op afstand), de sleutelrol van de gezondheidszorgverstrekkers – die een directe toegang tot de zorg bieden –, elektronische gezondheidszorg en het rekening houden met de Europese richtlijnen.

Le traitement logopédique consiste en "l'application de techniques de revalidation logopédiques spécifiques". L'intervention du logopède mènera le patient à un niveau optimal de fonctionnement et de communication, afin de lui permettre de jouir d'un niveau de vie autonome.

Au 31 décembre 2016, la Belgique comptait 13 876 logopèdes, ce qui correspond à 0,72 logopèdes "actifs" inscrits à l'INAMI pour mille habitants. La croissance des effectifs – de 38 % entre 2013 et 2016 – est significative.

En octobre 2017, un groupe de travail a été mis en place ayant pour objectif d'établir le cadastre de la profession au sein de la commission de planification. Son rapport sera remis avant l'été 2018.

En ce qui concerne la formation initiale, la logopédie se trouve dans une situation complexe, intenable à terme. En effet, il existe, en Belgique, un titre pour deux parcours de formation: un bachelier professionnalisant (3 ans) et un master universitaire (5 ans). Quel que soit le diplôme, le logopède a accès à des actes identiques en nomenclature. Autrement dit, il n'y a pas de reconnaissance des logopèdes universitaires.

La logopédie ne s'exerce plus aujourd'hui comme il y a une vingtaine d'années, les activités de recherche en logopédie gagnant de l'importance. La logopédie évolue et il convient de préciser son avenir.

Cela étant, l'évolution de la profession s'inscrit parfaitement dans le cadre des principaux enjeux et objectifs de la réforme, notamment par des soins orientés vers le patient, auquel une place centrale est accordée. L'accent est mis sur la formation continue (art. 2, 2° de l'A.R. du 20 octobre 1994), afin de disposer d'un personnel offrant un niveau de qualité optimale. Cela va de pair avec l'*evidence-based practice*. La logopédie fait partie des 6 professions reconnues dans les soins de santé ayant contribué au projet de modification du site "ebpnet.be". Le but sera d'alimenter la plateforme avec des recommandations propres à la profession. L'oratrice cite encore l'évolution technologique et digitale (réalité virtuelle, télé-logopédie), le rôle clé des prestataires de soins de santé, qui donnent un accès direct aux soins, l'E-santé et la prise en compte des directives européennes.

De maatschappelijke uitdagingen vormen een ander belangrijk aspect. Logopedie heeft ontegensprekelijk een meerwaarde omdat dankzij die discipline afhaken op school wordt voorkomen en beperkt, maar ook omdat sociaaleconomische integratie erdoor wordt bevorderd. Het optreden van de logopedist draagt ook bij tot de ontwikkeling en het behoud van de zelfredzaamheid en tot de levenskwaliteit van de patiënt.

Eén de elementen in de hervorming die de beroepskrachten zorgen baart, is het ontstaan van een nieuw gezondheidsberoep, namelijk "klinische orthopedagogiek". De logopedisten zijn vooral ongerust over twee punten, namelijk het bestaan van overlappingen en het onaanvaardbare risico dat de logopedie een "ondersteunend" beroep dreigt te worden.

Er bestaat immers geen duidelijke aflijning tussen het competentieprofiel van de klinisch orthopedagoog en dat van de logopedist.

Het zou onaanvaardbaar zijn een "ondersteunend" beroep te worden, vooral omdat alle Franstalige (UCL, ULg, UMONS en ULB) en Nederlandstalige (UGent, KU Leuven) rectoren duidelijk hebben gemaakt dat zij voorstander zijn van een evolutie naar een universitaire master. Ook op Europees niveau is er een duidelijke stellingname voor een harmonisering van de masteropleiding.

De opleiding in het Franstalige gedeelte van het land is enig in haar soort, aangezien de opleidingen in het buitenland zonder uitzondering masteropleidingen zijn (5 jaar), waarvoor bovendien in een contingent is voorzien (Frankrijk, Zwitserland, Québec). Tot slot heeft een deel van de logopedisten in België al een masterniveau; zij hebben immers 50 jaar ervaring en opgedane kennis. Het is niet geruststellend dat de klinische orthopedagogiek wordt omschreven als een autonoom beroep dat toezicht zal houden op ondersteunende beroepen.

Tot besluit wordt gesteld dat de logopedie een beroep is dat gespecialiseerd is in communicatie en taal dat ingebed is in een multidisciplinair en wetenschappelijk onderbouwd raamwerk, dat werd erkend bij de voormalde gecoördineerde wet van 10 mei 2015 en dat wordt geregeld bij een koninklijk besluit van 20 oktober 1994.

De betrokken beroepsbeoefenaars geven uiting aan hun ernstige bezorgdheid over de twee opleidingsmogelijkheden en over het risico dat hun beroep verwordt tot een "ondersteunend" beroep. Daarenboven dreigen hun bevoegdheidsgebieden deels te worden ingenomen door de klinische orthopedagogiek.

Les enjeux sociétaux constituent un autre point important. La logopédie apporte une incontestable valeur ajoutée par son action de prévention et de limitation du décrochage scolaire, mais aussi en tant qu'acteur favorisant l'insertion socio-professionnelle. L'intervention du logopède contribue au développement et au maintien de l'autonomie, et à la qualité de vie du patient également.

Une des préoccupations de la profession dans le cadre de la réforme s'explique par l'émergence d'une nouvelle profession de santé: l' "orthopédagogie clinique". Les logopèdes expriment deux points d'inquiétude majeurs: la présence de recoulements et le risque inacceptable de devenir une profession "support".

En effet, il n'existe pas de délimitation claire du profil de compétences de l'orthopédagogue clinicien par rapport au profil de compétences du logopède.

Devenir une profession "support" serait une situation inacceptable, d'autant plus qu'il existe une position claire en faveur d'une masterisation universitaire de tous les recteurs francophones (UCL, ULg, UMONS & ULB) et néerlandophones (UGent, KU Leuven). Il y a aussi une position européenne claire en faveur d'une harmonisation au niveau du master.

La formation belge francophone est unique en son genre, puisque toutes les formations, à l'étranger, sont universitaires (5 ans) et contingentées (France, Suisse, Québec). Enfin, une partie de la profession est déjà masterisée en Belgique – 50 ans d'expérience et de connaissances! Le fait que l'orthopédagogie clinique est définie comme une profession autonome qui superviserait des professions de support liées n'est pas rassurant.

En conclusion, la logopédie est une profession qui s'inscrit dans un cadre multidisciplinaire, ancrée scientifiquement, spécialiste de la communication et du langage, reconnue par la loi coordonnée du 10 mai 2015 précisée et régie par un arrêté royal du 20 octobre 1994.

Les acteurs de la profession font part de vives inquiétudes quant à la double formation et au risque de devenir une profession "support", mais aussi par rapport au champ de compétences menacé par l'orthopédagogie clinique.

De logopedisten leggen krachtige eisen op tafel. Zij willen autonome handelingen kunnen stellen – een eis waaraan gevolg kan worden gegeven door het beroep alleen nog via een masteropleiding toegankelijk te maken –, ze willen worden betrokken bij het uitwerken van een duidelijke afbakening van de respectieve bevoegdhedengebieden van de logopedisten en de orthopädologen, en bovendien dringen zij aan op een herziening van het koninklijk besluit van 20 oktober 1994.

De heer Stefaan Lefevere, gedelegeerd bestuurder van de VVL (“Vlaamse Vereniging voor Logopedisten”), is het volmondig eens met de uiteenzetting van de spreekster. Hij voegt eraan toe dat er ten noorden van de taalgrens veel logopedisten zijn. De Vlaamse Gemeenschap organiseert zes opleidingen (twee universitaire en vier aan hogescholen), terwijl er in de Franse Gemeenschap acht zijn. Alleen al in Gent hebben de studenten drie mogelijke opleidingen. Elk jaar komen er honderden pas afgestudeerde bij, terwijl het aantal vacatures zeer beperkt is. Daardoor nemen veel logopedisten hun toevlucht tot het zelfstandigenstatuut, wat gaandeweg afbreuk doet aan de kwaliteit van de dienstverlening. Uit de RIZIV-cijfers blijkt immers dat het aantal contacten per logopedist met diens patiënten afneemt. Het aan de logopedisten toegekende budget staat onder druk. De werkzaamheden van de Planningscommissie worden toegejuicht.

Met betrekking tot de twee opleidingsmogelijkheden pleit de VVL niet inzonderheid voor de masteropleiding. Volgens die vereniging is het vooral belangrijk dat de best mogelijke opleiding wordt aangeboden en dat die in de beste kwaliteit voorziet. Het komt het onderwijs toe de beste opleiding uit te werken.

2. Inleidende uiteenzetting van mevrouw Aurélie Somer, Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

Mevrouw Aurélie Sommer, FOD Volksgezondheid, streekt van wal met de mededeling dat zij in haar uiteenzetting zal ingaan op drie punten, met name de bestaande regelgeving inzake het beroep van logopedist, de richtsnoeren van de hervorming en de planning van het beroep. Ze maakt een overzicht van de aan de gang zijnde werkzaamheden en schetst een stand van zaken.

2.1. De huidige regelgevingssituatie betreffende het beroep van logopedist

Om te beginnen moet worden gewezen op het koninklijk besluit van 20 oktober 1994 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening

Les logopèdes formulent des demandes fortes. Ils souhaitent l'accès à des actes autonomes via une masterisation de l'ensemble de la profession, une implication dans l'établissement d'une délimitation claire des champs de compétences respectifs des logopèdes et des orthopédagogues, ainsi qu'une révision de l'arrêté royal du 20 octobre 1994.

M. Stefaan Lefevere, administrateur délégué de la VVL (“Vlaamse Vereniging voor Logopedisten”), marque son accord absolu avec l'exposé de l'oratrice. Il ajoute que dans le nord du pays, on est frappé par le nombre substantiel de logopèdes. La Communauté flamande assure 6 formations (2 universitaires, 4 au sein de hautes écoles), il en existe 8 pour la Communauté française. Rien que dans la ville de Gand, les étudiants peuvent choisir parmi trois filières. Tous les ans, le marché accueille des centaines de diplômés supplémentaires, alors que le nombre de fonctions à pourvoir est très restreint. Du coup, nombreux sont ceux qui cherchent une issue dans le statut d'indépendant, ce qui a pour conséquence de porter atteinte, progressivement, à la qualité du service. Les chiffres de l'INAMI démontrent, en effet, une diminution de nombre de contacts par logopède avec ses patients. Le budget accordé aux logopèdes est sous pression. Les travaux de la commission de planification sont vus d'un bon œil.

En ce qui concerne le double parcours de formation, l'association flamande des logopèdes ne plaide pas spécialement pour le master; ce qui importe, c'est la meilleure formation possible, offrant la meilleure qualité. Il appartient à l'enseignement de concevoir la meilleure formation.

2. Exposé introductif de Mme Aurélie Somer, Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Mme Aurélie Sommer, SPF Santé publique, annonce que son exposé s'articule sur trois axes. Elle envisage tout d'abord la situation réglementaire actuelle de la profession, analyse ensuite les lignes directrices de la réforme et termine par la planification de la profession, avec un aperçu des travaux en cours et un état des lieux.

2.1. La situation réglementaire actuelle de la profession de logopède

Pour commencer, il y a lieu de citer l'arrêté royal du 20 octobre 1994 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de

van het beroep van logopedist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de logopedist door een arts kan worden belast.

Dat besluit specificeert de toekenningsvooraarden van de beroepstitel en de minimale kwalificatievereisten en het bevat de lijst van handelingen waarmee logopeden kunnen worden belast.

Bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zijn ter zake verschillende adviesorganen bevoegd, met name de Federale Raad voor de paramedische beroepen (FRPB), de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen (TCPB) en de Planningscommissie Medisch aanbod.

De FRPB houdt zich bezig met alles wat de paramedische beroepen aangaat, en de adviezen worden uitgebracht op verzoek van de minister of op eigen initiatief. De spreekster overloopt de samenstelling van de FRPB.

De TCPB behandelt op verzoek van de minister of op eigen initiatief de vragen in verband met de paramedische behandelingen. Een en ander betreft de technische handelingen, de voorwaarden voor de praktijkvoering (is al dan niet een voorschrift vereist, is medisch toezicht noodzakelijk enzovoort). De spreekster beschrijft de samenstelling van de TCPB.

De uitdaging voor de FRPB en de TCPB bestaat erin voormeld koninklijk besluit van 20 oktober 1994 te herzien, teneinde de logopedisten meer autonomie te verlenen (bijvoorbeeld een logopedisch bilan opmaken zonder dat een artsenvoorschrijf vereist is).

Voor de FRPB rijst de vraag inzake het vergroten van de zichtbaarheid van de paramedische beroepen ten aanzien van de burgers, de andere zorgverstrekkers en de politieke klasse.

De procedure om een koninklijk besluit aan te passen, is complex en impliceert veel deelnemers. De spreekster geeft daarvan een overzicht.

2.2. De hervorming die momenteel wordt voorbereid

Het is noodzakelijk bondig te herinneren aan de beginnissen. De hervorming berust op drie pijlers met het oog op te uitbouw van kwaliteitsvolle zorg:

i. de zorgverstrekkers zijn vakbekwaam en geschikt en kunnen blijk geven van een functionele autonomie;

la profession de logopède et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le logopède peut être chargé par un médecin.

Celui-ci détaille les conditions d'octroi du titre professionnel, les qualifications minimales exigées et la liste des prestations techniques autorisées et des actes susceptibles d'être confiés aux logopèdes.

Au sein du SPF Santé publique, plusieurs organes consultatifs sont compétents en la matière: le Conseil fédéral pour les professions paramédicales (CFPP), la Commission technique pour les professions paramédicales (CTPP) et la Commission de planification de l'Offre médicale.

Le CFPP se charge de tout ce qui concerne les professions paramédicales, et les avis sont donnés à la demande du ministre ou sur initiative propre. L'oratrice parcourt la composition du CFPP.

La CTPP traite les questions en lien avec les traitements paramédicaux, à la demande du ministre ou sur initiative propre. Cela concerne les actes techniques, les conditions de la pratique (faut-il une prescription ou non, une supervision médicale est-elle nécessaire, ...). L'oratrice décrit la composition du CFPP.

Le défi posé au CFPP et à la CTPP est de revoir l'arrêté royal du 20 octobre 1994 précité, afin d'accorder plus d'autonomie aux logopèdes (comme, par exemple, établir un bilan logopédique sans que la prescription d'un médecin ne soit nécessaire).

Le CFPP se pose la question d'accroître la visibilité des professions paramédicales parmi les citoyens, les autres prestataires de soins de santé et la classe politique.

La procédure pour adapter un arrêté royal est complexe et implique de nombreux participants. L'oratrice en donne un aperçu.

2.2. La réforme en préparation

Un bref rappel des principes s'impose. La réforme s'appuie sur trois piliers en vue de la mise en place de soins de qualité:

i. les prestataires de soins sont compétents, aptes et peuvent faire preuve d'une autonomie fonctionnelle;

ii. de gezondheidszorgverstrekkingen worden verricht door een multidisciplinaire staf die niet alleen binnen een hiërarchisch, maar ook binnen een samenwerkingsmodel functioneert;

iii. de patiënt bekleedt een centrale plaats; hij stuurt een en ander aan, terwijl de logopedist de aansturing begeleidt.

Wat zijn de prioritaire krachtlijnen van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen?

- de omschrijving van het begrip “onwettige uitoefening”;
- een evaluatie van artikel 153 betreffende de verworven rechten;
- de hervorming van de comitologie, teneinde een lichtere en meer representatieve structuur te bieden;
- een in subdomeinen opgesplitst beleid inzake de gezondheidszorgberoepen.

Naast de voormelde wet van 10 mei 2015 wordt thans werk gemaakt van een wet op kwaliteitsvolle praktijkvoering, waarvan het principe is gebaseerd op de generieke kwaliteitsvoorwaarden inzake de uitoefening, die voor elke zorgverstrekker gelden. Het gaat om het dossier van de patiënt, de zorgcontinuïteit, de deelname aan wachten, de verruiming van het visum voorbij psychische en fysieke geschiktheid, het behoud van een elektronisch portfolio, talenkennis voor de houders van buitenlandse diploma's en tot slot de verhouding met de patiënt (waaronder diens elektronische toegang tot gegevens over hem).

2.3. Planning van de logopedisten

De wettelijke basis is vooral de voormelde wet van 10 mei 2015.

De Planningscommissie brengt adviezen uit. Zij onderzoekt de behoeften inzake medisch aanbod (het aanbod aan beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen) voor de artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, zorgkundigen, vroedvrouwen en logopedisten.

Drie gegevensbronnen worden verbonden: die van de Databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen (het “Kadaster”), de RIZIV-gegevens en die van Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (DWH AM&SB KSZ; de bestanden van RIZIV, RSVZ enzovoort). Wanneer het onderzoek naar de vraag is voltooid, zal een rapport worden

ii. les prestations de soins sont effectués par un staff multidisciplinaire qui fonctionne dans un modèle hiérarchique, mais également de collaboration;

iii. le patient occupe une place centrale; il pilote, le logopède est co-pilote.

Quels sont les axes prioritaires de la LEPS?

- la définition de l'exercice illégal;
- une évaluation de l'article 153 concernant les droits acquis;
- la révision de la comitologie, afin d'offrir une structure plus légère et représentative;
- une politique en sous-domaines des professions de santé.

À côté de la LEPS, la loi sur la qualité des pratiques est en préparation, dont le principe repose sur les conditions génériques de qualité pour pouvoir exercer, d'application pour chaque prestataire de soins. Cela concerne le dossier du patient, la continuité des soins, la participation aux permanences, l'élargissement du visa au-delà de l'aptitude psychique et physique, le maintien d'un portfolio électronique, une connaissances des langues pour les porteurs de diplômes étrangers, et, enfin, la relation avec le patient (dont l'accès par celui-ci à des données le concernant par voie électronique).

2.3. La planification des logopèdes

Les fondamentaux légaux sont, tout d'abord, la LEPS précitée.

La Commission de planification dispense des avis. Elle examine les besoins en matière d'offre médicale (offre de professionnels de la santé) pour les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmières, les sages-femmes et les logopèdes.

Trois sources de données sont reliées: celles de la Banque de données des professionnels de la santé en droit de prester (“Cadastre”), les données INAMI et celles du Data warehouse Marché du Travail et Protection sociale (DW MT&PS BCSS; les fichiers ONSS, INASTI, ...). Lorsque l'examen de la question aura abouti, un rapport sera publié – le “Plancad” –,

gepubliceerd (de “Plancad”), met een overzicht van de activiteit van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen. Hierna volgen de soorten gegevens die anoniem worden gekoppeld, na het gunstige advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Voor het Kadaster, de gegevens met betrekking tot:

- diploma's (soort en taal);
- taalrol;
- visum;
- leeftijd;
- gender;
- nationaliteit;
- ...

Wat het RIZIV betreft, hebben de gegevens betrekking op:

- de bekwaamingscode;
- aantal nomenclatuurverstrekkingen;
- bedrag van de verstrekkingen;
- detail van de verstrekkingen;
- ...

Tot slot heeft het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming betrekking op:

- beroepstoestand (actief/ inactief);
- werknemer of zelfstandige;
- bedrijfssector van de werkgever;
- gepresteerde vte's;
- arrondissement van de werkplek;
- ...

Er bestaan twee vormen van gegevenskoppeling. Enerzijds is er de “uitgebreide” koppeling, die betrekking heeft op alle variabelen en op verschillende jaren (van 2004 tot het meest recente beschikbare jaar). Anderzijds

qui présentera une vue sur l'activité des professionnels. Voici le types de données qui sont couplées, de manière anonyme, moyennant l'avis favorable de la Commission de la protection de la vie privée.

Pour le cadastre, les données relatives aux informations suivantes:

- les diplômes (type & langue);
- le régime linguistique;
- le visa;
- l'âge;
- le genre;
- la nationalité;
- ...

Quant à l'INAMI, les données portent sur:

- le code compétence;
- le nombre de prestations nomenclature;
- le montant des prestations;
- le détail des prestations;
- ...

Enfin, le Data warehouse Marché du Travail et Protection sociale concerne:

- le statut professionnel (actif/inactif);
- le statut d'employé ou d'indépendant;
- le secteur d'activité de l'employeur;
- les ETP prestés;
- l'arrondissement du lieu de travail;
- ...

Il existe deux types de couplages. D'une part, le couplage “approfondi”, qui porte sur toutes les variables et sur plusieurs années (de 2004 à la dernière année disponible). D'autre part, le couplage “réduit”, sur toutes

is er de “beperkte” koppeling, die ook betrekking heeft op alle variabelen, maar dan enkel voor het meest recente beschikbare jaar. De beperkte koppeling is een nieuwe methode. Er werd voor gekozen omdat de overheid over een beperkte capaciteit beschikt om voor elk beroep een uitgebreide koppeling uit te voeren. De beperkte gegevenskoppeling biedt evenwel niet de mogelijkheid prognoses te maken of te contingenteren. Het biedt een momentopname van de bestaande situatie.

Aangezien het niet de bedoeling was om ook de activiteiten van de logopedisten in aanmerking te nemen in het meerjarenplan 2015-2018 – die worden opgesteld op vraag van het RIZIV in het kader van de “logomutconventie” – werd gekozen voor een beperkte koppeling om het aantal beschikbare logopedisten in kaart te brengen. De verwachte resultaten van de beperkte koppeling hebben dus betrekking op de “verrijkte” jaarlijkse statistieken: men zal te weten kunnen komen hoeveel professionals in het recentste jaar *effectief* hun beroep hebben uitgeoefend. De beperkte koppeling biedt een synthetisch overzicht van de beroepsactiviteit (*inactief/gepensioneerd, actief als loontrekende, actief als zelfstandige, actief als loontrekende en als zelfstandige, actief bij het RIZIV, activiteitensectoren, werktijd enzovoort*). Ten slotte zal ook de spreiding op basis van leeftijd, geslacht en nationaliteit worden geanalyseerd, evenals de geografische spreiding van het aanbod in België per provincie.

Het *Plancad*-project voor logopedisten verloopt in verschillende fasen. Op 3 juli 2017 werd bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer een aanvraag met betrekking tot de gegevens ingediend. Op 7 november 2017 gaf het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid zijn goedkeuring. De gegevens werden op 14 februari 2018 aangeleverd, waarna de analyse kon worden aangevat. De validatie van de resultaten door de eerste werkgroep is gepland in de week van 19 tot 23 maart 2018. Het verslag wordt in mei afgewerkt en in juni gevalideerd door de Planningscommissie, waarna het online wordt gepubliceerd.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) is verbaasd dat de werkzaamheden op politiek niveau zo ver gevorderd zijn. Tegelijk vraagt de sector met aandrang om betrokken te worden bij de totstandkoming van de wetgeving ter zake. De spreekster acht het wenselijk om rekening te houden met die vraag.

Om de opleiding op masterniveau aan te bieden – een beslissing die tot de bevoegdheid van de

les variables et sur l’année le plus récente disponible. Il s’agit d’une nouvelle approche, vu les capacités restreintes des autorités publiques de réaliser le couplage approfondi pour chaque profession. Le couplage réduit ne permet pas de réaliser des projections pour l’avenir, ni de contingenter. Il offre un instantané de la situation existante.

Comme il n’était pas prévu de prendre en compte les travaux des logopèdes dans le plan pluriannuel 2015-2018 – ils sont réalisés à la demande de l’INAMI dans le cadre de la convention “logomut” –, il a été opté pour un couplage réduit afin d’établir la force de travail des logopèdes. Les résultats attendus du couplage réduit concernent ainsi les statistiques annuelles “enrichies”: il sera possible de connaître le nombre de professionnels qui ont *effectivement* exercé au cours de l’année la plus récente. Le couplage réduit offrira un aperçu synthétique de l’activité professionnelle (*inactif/pensionné, actif salarié, actif indépendant, actif salarié & indépendant, actif à l’INAMI, secteurs d’activités, temps de travail,...*). Enfin, il s’accompagnera d’une analyse de la répartition en fonction de l’âge, du sexe ou de la nationalité et analysera la répartition géographique de l’offre en Belgique par province.

Le projet Plancad des logopèdes parcourt une série d’étapes. Le 3 juillet 2017, une demande relative aux données a été déposée auprès de la Commission de la protection de la vie privée. L’approbation par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé a été obtenue le 7 novembre 2017. La réception des données a eu lieu le 14 février 2018 et a permis de commencer l’analyse. La validation des résultats par le premier groupe de travail est prévue au cours de la semaine du 19 au 23 mars 2018. La finalisation du rapport a lieu en mai et le rapport est validé par la commission de planification en juin, suivie de la publication du rapport *online*.

B. Questions et observations des membres

Mme Catherine Fonck (cdH) exprime son étonnement par rapport à l’état avancé des travaux au niveau politique. En même temps, le secteur demande avec insistance d’être impliqué dans l’élaboration du droit. L’oratrice estime qu’il est souhaitable de tenir compte de cette demande.

La mastérisation de la formation, qui est une compétence des communautés, exige néanmoins une

gemeenschappen behoort – moet evenwel het koninklijk besluit van 20 oktober 1994 worden gewijzigd. Welke wijzigingen – naast die welke betrekking hebben op de opleiding – zouden de logopedisten willen laten aanbrengen in deze tekst?

De vrees is immers groot dat de logopedie tot een “ondersteunende” discipline zal worden gereduceerd. Wat is de precieze visie van de logopedisten met betrekking tot de manier waarop de logopedie en de klinische orthopedagogiek zich tot elkaar zouden moeten verhouden? Hoe moeten beide domeinen worden afgebakend? De spreekster is van mening dat er geen logopedische zorg zou mogen worden verstrekt tijdens de lesuren op school; tegelijk is het moeilijk om de behandeling te organiseren om 18 of 19 uur, na de werkuren van de ouders. Dat zou immers te veel vergen van het kind. Het ware beter om die zorg te verstreken tijdens de binnenschoolse opvang. De spreekster is voorstander van een nauwe samenwerking tussen de leerkracht en de logopedist. Wat is daarover het standpunt van de logopedisten?

Doordat aangepast onderwijs of gespecialiseerde centra bestaan, geeft een intelligentiequotiënt van minder dan 86 niet langer recht op de terugbetaling van de verstrekkingen. Nochtans worden sommige kinderen met ernstige problemen opgenomen in het gewoon onderwijs – waar ze niet noodzakelijk hun hele schoolloopbaan afleggen – wat een rijkdom is. Als gevolg van het IQ-criterium vallen ze echter buiten de zorgterugbetalingsregeling. Met andere woorden: het kind heeft geen andere keuze dan langs te gaan bij het CAR. Moeten de kinderen die in hun nabije omgeving niet naar een CAR kunnen gaan, geen gebruik kunnen maken van logopedie, zoals de andere kinderen?

Het aantal actieve logopedisten is tussen 2013 en 2016 met 38 % gestegen. Een en ander kan worden verklaard door de komst van vele Fransen, enerzijds, en door het feit dat logopedie een jong beroep is, anderzijds; intussen is echter al een indrukwekkende therapeutische vooruitgang geboekt en worden méér mensen begeleid. Valt de stijging nog door andere factoren te verklaren? Moet worden voorzien in quota, gelet op de instroom van Europeanen in België, eveneens met betrekking tot de toegang tot de opleiding?

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) gaat opnieuw in op de angst die de ondersteunende rol inboezemt en waarnaar de vorige spreekster eerder al heeft verwezen. Niet alleen rijst de vraag naar de plaats die de logopisten aan hun beroep willen toekennen, maar ook naar de visie die de overheid er ter zake op nahoudt.

modification de l’arrêté royal du 20 octobre 1994. Quelles sont les modifications souhaitées par les logopèdes dans ce texte, outre ceux qui concernent la formation?

La crainte est vive de voir la logopédie se transformer en une discipline d’appoint. Quelle est la vision exacte des logopèdes à l’égard de la manière dont il conviendrait d’articuler la logopédie et l’orthopédagogie clinique? Comment délimiter les domaines respectifs? L’oratrice estime que le logopète ne doit pas intervenir pendant les heures de cours à l’école, mais en même temps, il est difficile d’organiser le traitement à 18 ou 19 heures, lorsque les parents rentrent du travail, car ce serait trop exiger de l’enfant. Il vaudrait mieux prévoir les soins pendant les heures de garde à l’école. L’oratrice se dit favorable au binôme enseignant-logopète. Qu’en pensent les logopèdes?

La quotient intellectuel inférieur à 86 ne permet plus le remboursement des prestations, puisqu’il existe un enseignement adapté ou des centres spécialisés. Pourtant, certains enfants avec des problèmes lourds sont intégrés dans l’enseignement ordinaire – ils n’y font pas nécessairement tout leur parcours – ce qui est une richesse. Néanmoins, le critère du QI les exclut du système de remboursement des soins. Autrement dit, l’enfant doit obligatoirement fréquenter le CRA. Ne faudrait-il pas permettre aux enfants n’ayant pas accès aux CRA à proximité de bénéficier de la logopédie comme les autres enfants?

Le nombre de logopèdes actifs a augmenté de 38 % durant la période de 2013 à 2016? Cela peut s’expliquer par l’arrivée de nombreux Français d’une part, et le fait que la logopédie est une profession jeune, d’autre part, avec des avancées thérapeutiques impressionnantes, toutefois, et une prise en charge plus importante. Y a-t-il d’autres raisons susceptibles d’expliquer l’augmentation? Faut-il mettre des balises, par rapport à l’afflux d’Européens en Belgique, y compris en ce qui concerne l’accès aux études?

Mme Karin Jiroflée (sp.a) revient sur l’angoisse causée par le rôle de support expliqué plus haut et d’ailleurs évoqué par l’oratrice précédente. Quelle est la place que les logopèdes souhaitent réservé à leur profession, mais aussi, quelle est la vision des autorités à ce sujet?

De logopedisten betreuren overigens de daling van het aantal contacten met hun patiënten. Dat doet afbreuk aan de ervaring van de beroepsbeoefenaars. Hoe kan dit probleem worden verholpen?

Mevrouw Véronique Caprasse (DéFI) is verbaasd dat de UPLF niet vertegenwoordigd is in de TCPB. Ze wil zich ervan vergewissen dat de diverse actoren al lemaal recht van spreken hebben, aangezien er op dit punt geen eenduidigheid lijkt te bestaan.

De spreekster, die zelf logopediste en schepen van onderwijs in de gemeente Kraainem is, vindt trouwens dat bepaalde problemen moeten kunnen worden behandeld tijdens de lesuren. Hoe staan de vertegenwoordigers van het beroep daartegenover?

Wat zal worden gedaan om tegemoet te komen aan de eis in verband met de talenkennis van de logopedisten die in het buitenland zijn opgeleid?

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) vraagt zich af wanneer het dynamisch kadaster van toepassing zal zijn.

Zijn de vertegenwoordigers van de logopedisten tevreden over de luisterbereidheid van de overheid?

Voor de fractie waartoe de spreekster behoort, moet de zorgverstrekker de taal beheersen van het gewest waar hij gevestigd is. Sommige fracties zijn van mening dat het volstaat één van de landstalen te kennen. Wat denken de logopedisten daarvan?

Wat is het standpunt van de vertegenwoordigers van de logopedisten over de toegang tot het beroep? Zijn er belemmeringen? Welke impact zouden die hebben op de zorgkwaliteit?

De versnippering van de bevoegdheden, ten slotte, draagt niet bij tot een samenhangend beleidsopreden. De bevoegdheden zouden derhalve beter integraal worden overgeheveld naar de deelstaten. Worden de kinderen in het gewoon onderwijs overigens toereikend ondersteund ?

Les logopèdes déplorent, par ailleurs, la baisse du nombre de contacts des logopèdes avec leurs patients, ce qui porte préjudice à l'expérience des praticiens. Comment remédier au problème?

Mme Véronique Caprasse (DéFI) se dit surprise de voir que l'UPLF n'est pas représentée au sein de la CTPP. Elle voudrait se rassurer que les différents acteurs puissent avoir droit à la parole, car il semble y avoir une certaine ambiguïté à ce sujet.

L'intervenante, elle-même logopède et échevine de l'enseignement dans la commune de Crainhem, estime par ailleurs que certains problèmes doivent pouvoir être traités durant les heures de cours. Qu'en pensent les représentants de la profession?

Que mettra-t-on en place pour répondre à l'exigence relative à la connaissance des langues des logopèdes formés à l'étranger?

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) se demande quand le cadastre dynamique sera d'application.

Les représentants des logopèdes sont-ils satisfaits de l'écoute dont ils bénéficient auprès des autorités?

Pour le groupe auquel appartient l'oratrice, la langue de la région où est établi le prestataire de soins s'impose. Certains groupent estiment que la connaissance d'une des langues du pays est suffisante. Qu'en pensent les logopèdes?

Quel est le point de vue des représentants des logopèdes sur l'accès à la profession? Y a-t-il des obstacles? Quel en serait l'impact sur la qualité des soins?

Enfin, l'éparpillement des compétences n'est pas de nature à contribuer à une action politique cohérente. C'est pourquoi il vaudrait mieux attribuer l'intégralité des compétences aux entités fédérées. Cela étant, le soutien aux enfants est-il suffisant dans l'enseignement ordinaire ?

De heer Damien Thiéry (MR) vernam dat men aan Franstalige kant voorstander zou zijn van een “vermastering” van de opleiding logopedie, terwijl de Nederlandstalige logopedisten dit niet wensen. Hoe kan dat verschil in aanpak worden verklaard? Kunnen de sprekers bovendien verklaren waarom er zes verschillende Nederlandstalige logopedie-opleidingen zijn en acht Franstalige? Als de logopedisten officieel erkend willen worden, is het dan niet beter om na te denken over het uniformiseren van de opleiding? Het overleg tussen de Franstalige beroepsvereniging en de Nederlandstalige is reeds goed, maar zouden de logopedisten niet nog sterker staan indien in beide landsdelen dezelfde opleidingen werden gegeven?

Er zouden niet genoeg jobs zijn voor alle afstuderende studenten logopedie. Zou dit probleem in het raam van het project PlanCAD kunnen worden opgelost? Zal men met de gegevens uit dat project een planning voor de toekomst kunnen maken en zulke problemen kunnen voorkomen?

Met betrekking tot de toegang tot de logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86, vernam de spreker dat, althans aan Franstalige zijde, de multidisciplinaire centra niet volstaan om die kinderen op te vangen. Is dat zo omdat er niet genoeg multidisciplinaire centra zijn of is het een organisatorisch probleem? Wie zorgt er bovendien voor de erkenning van die centra? Moet er op dat vlak een andere aanpak worden gevuld?

De heer Dirk Janssens (Open Vld) zou willen weten welke overlapping is er tussen de taken van de klinisch orthopedagoog en de logopedist.

Daarnaast vraagt de spreker zich af of men kan spreken van een overconsumptie van logopedische behandelingen in België. Hoe ervaren de genodigde sprekers dat? En welke eventuele oplossing voor die overconsumptie suggereren zij?

De heer André Frédéric (PS) vernam dat de Franstalige en Nederlandstalige beroepsverenigingen zeer nauw bij elkaar betrokken zijn en dat er enkel op het vlak van opleiding grote verschillen tussen de landsdelen zijn. De spreker zou graag zeer precies willen weten welke verschillen de sprekers met betrekking tot de opleiding, en met betrekking tot de praktijk van de logopedist, tussen noord en zuid identificeren.

De spreker heeft begrepen dat de logopedisten niet gehoord zijn in het sectoroverleg over de ondersteunende gezondheidszorgberoepen. Zijn de beroepsverenigingen van de logopedisten wel afzonderlijk gehoord, buiten de Federale Raad voor de paramedische beroepen en de Technische commissie voor de

M. Damien Thiéry (MR) a appris que les francophones seraient favorables à une “mastery” de la formation en logopédie, alors que les logopèdes néerlandophones n'en veulent pas. Comment cette différence d'approche peut-elle s'expliquer? Les orateurs peuvent-ils en outre expliquer pourquoi il existe six formations en logopédie différentes en néerlandais et huit, en français? Si les logopèdes tiennent à être agréés, ne serait-il pas préférable de songer à uniformiser la formation? La concertation entre les associations professionnelles francophone et néerlandophone est bonne, mais la position des logopèdes ne serait-elle pas renforcée si les mêmes formations étaient dispensées dans les deux régions du pays?

Il n'y aurait pas suffisamment d'emplois pour tous les étudiants diplômés en logopédie. Ce problème pourrait-il être résolu dans le cadre du projet PlanCAD? Les données provenant de ce projet permettront-elles d'établir un planning pour l'avenir et de prévenir l'apparition de tels problèmes?

En ce qui concerne l'accès à la logopédie des enfants dont le QI est inférieur à 86, l'intervenant a appris que, du côté francophone du moins, les centres multidisciplinaires ne suffisent pas pour accueillir ces enfants. Cela s'explique-t-il par un manque de centres multidisciplinaires ou par un problème d'ordre organisationnel? Qui s'occupe en outre de l'agrément de ces centres? Faut-il suivre une autre approche en la matière?

M. Dirk Janssens (Open Vld) s'enquiert des chevauchements entre les tâches de l'orthopédaogue clinicien et du logopète.

L'intervenant se demande par ailleurs s'il est question d'une surconsommation de traitements logopédiques en Belgique? Qu'en pensent les orateurs? Et quelle solution éventuelle proposent-ils pour résoudre cette surconsommation?

M. André Frédéric (PS) a appris que les associations professionnelles francophone et néerlandophone sont très étroitement associées et que seules les formations présentent d'importantes différences entre les deux régions du pays. L'intervenant s'informe des différences que les orateurs identifient en matière de formation et de pratique professionnelle entre le Nord et le Sud.

L'intervenant a compris que les logopèdes n'ont pas été entendus lors de la concertation sectorielle sur les professions de support en soins de santé. Les associations professionnelles des logopèdes ont-elles été entendues séparément, en dehors du Conseil fédéral des professions paramédicales et de la Commission

paramedische beroepen, in het kader van het overleg over de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen?

Hoewel onderwijs een gemeenschapsbevoegdheid is, gebeurt de financiering voor bepaalde problemen die te maken hebben met onderwijs nog op federaal niveau. Daarbij horen de zogenaamde disfuncties, zoals dyslexie en dysfonie, waarvoor er vandaag in het onderwijs veel meer aandacht is dan in het verleden. Die disfuncties zijn één van de belangrijkste redenen voor falen in het onderwijs, maar de financiering op verschillende niveaus maakt het moeilijk om efficiënt tussen te komen. Wat is hierover de mening van de genodigde sprekers?

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), voorzitster, stelt vast dat er in het kader van de hervorming van de wet van 10 mei 2015 wordt voorgesteld dat de verschillende interveniënten een keten zullen vormen, waarin ze complementair zullen zijn en de patiënt centraal zal staan. Kunnen de sprekers nu al zeggen welke positie de logopedisten zullen innemen ten opzichte van de andere beroepen, en in het bijzonder ten opzichte van de orthopedagogen? Welke competenties zullen de twee beroepen delen? Aangezien het beroep van klinisch orthopedagoog niet bestaat in Franstalig België, zal het beroep van logopedist ook verschillen in het noorden en het zuiden van het land. Is dat de reden waarom de twee landsdelen verschillende eisen hebben op het vlak van opleidingen en er aan Franstalige zijde meer vraag is naar de "vermastering" van de logopedie-opleiding?

Verder wil het lid graag weten of de genodigde sprekers er voorstander van zijn dat er enkel nog masters in de Logopedie worden aangeboden. Of is het volgens hen beter dat er in de toekomst verschillende types logopedisten, met een verschillend opleidingsniveau, zullen zijn?

Er werden verschillende vragen gesteld over de rol die de logopedisten spelen in de schoolomgeving. In het kader van de kwaliteitsvolle zorg zal het voortaan belangrijk zijn dat de logopedist zowel met de patiënt als met zijn omgeving werkt. Kan men dan stellen dat het werk met leerlingen in een schoolomgeving aan die omschrijving beantwoordt?

C. Antwoorden

De heer Stefaan Lefevere (VVL) wenst eerst de vragen die betrekking hebben op logopedie op school te beantwoorden. De beroepsverenigingen voor logopedisten stellen inderdaad vast dat de relatie tussen de scholen

technique des professions paramédicales, dans le cadre de la concertation consacrée à la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé?

Bien que l'enseignement soit une compétence communautarisée, le financement relatif à certains problèmes en lien avec l'enseignement se règle encore à l'échelle fédérale. Parmi ceux-ci figurent les dysfonctionnements, comme la dyslexie et la dysphonie auxquels les enseignants sont beaucoup plus attentifs aujourd'hui que par le passé. Ces dysfonctionnements constituent l'une des principales causes d'échec dans l'enseignement, mais il est difficile d'intervenir efficacement à cause du financement multiniveaux. Qu'en pensent les orateurs?

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), présidente, constate que dans le cadre de la réforme de la loi du 10 mai 2015, il est proposé de créer une chaîne composée des différents intervenants travaillant en complémentarité et où le patient occuperait une place centrale. Les orateurs peuvent-ils déjà dire quelle sera la position occupée par les logopèdes par rapport aux autres professionnels et en particulier, par rapport aux orthopédagogues? Quelles seront les compétences partagées par ces deux professions? La profession d'orthopédagogue clinicien n'existe pas en Belgique francophone, la profession de logopède différera également entre le nord et le sud du pays. Est-ce cela qui explique que les exigences posées par les deux régions en matière de compétence diffèrent et que les francophones plaident davantage pour une "mastérisation" de la formation de logopède?

L'intervenante demande en outre si les orateurs sont favorables au fait que la logopédie ne propose plus que des masters. Ou pensent-ils au contraire qu'il vaut mieux avoir différents types de logopèdes à l'avenir, avec un niveau de formation différent?

Différentes questions ont été posées concernant le rôle joué par les logopèdes dans l'environnement scolaire. Dans une optique de soins de qualité, il importera désormais que le logopède travaille tant avec le patient qu'avec son entourage. Peut-on dire que le travail mené avec des élèves dans un environnement scolaire répond à cette définition?

C. Réponses

M. Stefaan Lefevere (VVL) souhaiterait d'abord répondre aux questions relatives à la pratique de la logopédie à l'école. Les associations professionnelles de logopèdes constatent en effet que la relation entre

en zelfstandige logopedisten die onder het RIZIV werken en therapie komen verstrekken in een schoolomgeving, moeilijk kan zijn. De aard van die relatie verschilt van school tot school, want het hangt van de school af op welke manier logopedie wordt toegestaan. Sommige scholen laten het helemaal niet toe, andere scholen laten de verstrekking van logopedie volledig vrij en nog andere scholen proberen de verstrekking enigszins te reglementeren. Die verschillende relatie is volgens de spreker een bron van problemen.

Bovendien hechten de beroepsverenigingen zeer veel belang aan de kwaliteit van de logopedieverstrekking, die overal voldoende moet zijn, ook op school. Logopedisten moeten op school over de juiste voorwaarden beschikken om therapie te geven. Er moet onder andere worden gezocht naar het juiste tijdstip en de juiste locatie voor de therapie, wat niet altijd gebeurt. Ook dat is een probleem bij de logopedie op school.

Een ander aspect, dat soms wordt vergeten, is de belangrijke rol van de ouders in het logopedieproces. Het is belangrijk voor het welslagen van de logopedie dat de logopedist voldoende contact heeft met de ouders van het kind. In die context verwijst de spreker naar de recente aanpassing in de nomenclatuur, waarbij ouderbegeleiding wordt erkend als terugbetaalbare prestatie. Voor de beroepsverenigingen is dit een positieve evolutie, aangezien zij de ouderbegeleiding als een essentieel onderdeel van de logopedische therapie beschouwen. Het is essentieel dat er met ouders wordt gewerkt en dat zij opgeleid worden tot coaches, die in staat zijn om een kind met een stoornis op de juiste manier te stimuleren en te helpen.

Verder pleiten de beroepsverenigingen er al jaren voor om de logopedisten op te nemen in de CLB-teams. Ze krijgen steeds te horen dat die opname mogelijk is, maar helaas gebeurt het niet. In de praktijk wordt er steeds voorrang gegeven aan andere professionals. Nochtans zou het interessant zijn indien logopedisten een sturende rol konden spelen bij de begeleiding van logopedische problemen waarmee de CLB-teams worden geconfronteerd.

Een belangrijke evolutie voor de schoollogopedie was de invoering van het M-decreet. Een gevolg van die invoering is dat kinderen met een IQ lager dan 86 geen toegang meer hebben tot de nomenclatuur. Reeds vóór het M-decreet in werking trad, kaartte de

les écoles et les logopèdes indépendants qui travaillent pour l'INAMI et qui viennent consulter dans un environnement scolaire peut être difficile. La nature de cette relation diffère en fonction des écoles, car c'est l'école qui détermine la manière dont la pratique de la logopédie y est organisée. Certaines écoles ne l'autorisent pas du tout, d'autres laissent une liberté complète aux logopèdes et d'autres encore tentent de réglementer un tant soit peu la pratique de la logopédie. Aux yeux de l'orateur, la différence de traitement selon les écoles est source de problèmes.

En outre, les associations professionnelles attachent beaucoup d'importance à la qualité des prestations de logopédie, qui doivent être suffisantes partout, y compris à l'école. Les logopèdes doivent disposer de conditions adéquates dans les écoles pour assurer une bonne prise en charge logopédique. Il convient entre autres de trouver le moment et l'endroit idéaux pour la consultation, ce qui n'est pas toujours le cas. Il s'agit d'ailleurs d'un autre problème auquel les logopèdes sont confrontés dans les écoles.

Le rôle déterminant que les parents jouent dans le cadre d'une rééducation logopédique est un autre aspect qui est parfois oublié. Il est important, pour que la rééducation porte ses fruits, que le logopède soit suffisamment en contact avec les parents de l'enfant. L'orateur renvoie dans ce contexte à la récente modification apportée à la nomenclature: la guidance parentale est désormais reconnue comme une prestation remboursable, ce qui représente une évolution positive aux yeux des associations professionnelles. En effet, elles estiment que la guidance parentale est un élément indispensable à la rééducation logopédique. Il est essentiel de travailler davantage avec les parents et de leur permettre de se former pour devenir des coaches, qui savent comment stimuler et aider correctement un enfant souffrant d'un trouble.

En outre, les associations professionnelles plaident depuis des années déjà pour que les logopèdes soient inclus aux équipes des centres PMS. Il leur est sans cesse répété que c'est possible, mais malheureusement, rien ne change. En pratique, la priorité est toujours donnée à d'autres professionnels. Les y intégrer serait pourtant intéressant, les logopèdes pouvant jouer un rôle de pilotage dans l'accompagnement des problèmes logopédiques auxquels les équipes des centres PMS sont confrontées.

L'introduction du décret M fut une évolution majeure pour la logopédie en milieu scolaire. Une conséquence de cette introduction est que les enfants dont le QI est inférieur à 86 n'ont plus accès à la nomenclature. Avant même que le décret M n'entre en vigueur, la VVL avait

VVL de problematiek van die kinderen reeds aan op het kabinet van de Vlaamse minister van Onderwijs, mevrouw Crevits. Er zijn namelijk kinderen die vroeger, in het buitengewoon onderwijs, op logopedie konden rekenen. Nu zitten die kinderen in het gewoon onderwijs, waar ze waarschijnlijk niet dezelfde begeleiding krijgen als vroeger. Vroeger zaten de kinderen met een lager IQ samen op dezelfde school en konden de logopedisten op die school met hen werken. Nu zitten die kinderen verspreid in het gewoon onderwijs en moeten de logopedisten zich continu verplaatsen. Het is dus niet evident om de kinderen met een voldoende frequentie te zien.

Er is geen eenvoudige oplossing voor dit probleem, gezien het toelaten van deze groep kinderen tot de nomenclatuur een budgettair probleem zou veroorzaken. Bovendien nemen de beroepsverenigingen zelf de verantwoordelijkheid in het geval van een overschrijding. Een mogelijke piste die de beroepsvereniging daarom naar voren schuift, is om binnen het departement Onderwijs logopedisten te voorzien die in dienstverband in de scholen met kinderen met een lager IQ werken.

Een andere mogelijkheid is dat de Centra voor Ambulante Revalidatie de kinderen met een IQ lager dan 86 zouden opvangen. Deze Centra zijn echter zeer onevenwichtig gespreid. Bovendien kampen de Centra nu al met lange wachtrijen. De inschakeling van die Centra voor Ambulante Revalidatie is dus ook niet zo eenvoudig. In het voorstel van resolutie van 26 oktober 2017 over het toegankelijker maken van logopedie wordt voorgesteld om de logopedisten onder supervisie te laten werken met die kinderen, in afwachting van een plaats in de Centra. De beroepsverenigingen staan daar niet afkerig tegenover, op voorwaarde dat het niet "onder supervisie" gebeurt, maar in samenwerking met de Centra. Desalniettemin lijkt een samenwerking met de Centra voor Ambulante Revalidatie ook niet de beste oplossing voor het beschreven probleem.

Tot slot beantwoordt de spreker de vraag over de rol van de huisarts in het logopedieproces. Die rol is de voorbije jaren erg veranderd. Huisartsen kunnen tegenwoordig de verlenging van de logopedie voorschrijven. Daarnaast kunnen ze sinds kort ook het bilan voorschrijven. Men mag volgens de spreker echter niet uit het oog verliezen dat de specialisten-geneesheren ook nog zeer nodig zijn om bepaalde stoornissen vast te stellen.

déjà exposé la problématique de ces enfants au cabinet de Mme Crevits, ministre flamande de l'Enseignement. Autrefois, des enfants pouvaient en effet bénéficier de soins logopédiques dans l'enseignement spécialisé. À présent, ces derniers sont scolarisés dans l'enseignement ordinaire où ils ne bénéficient vraisemblablement pas du même accompagnement qu'auparavant. Autrefois, les enfants présentant un QI peu élevé étaient groupés dans la même école où les logopèdes pouvaient travailler avec eux. Actuellement, ces enfants sont dispersés dans l'enseignement ordinaire et les logopèdes doivent se déplacer continuellement. Il n'est donc pas simple pour eux de voir les enfants à une fréquence suffisante.

Il n'existe pas de solution simple à ce problème car autoriser l'accès de ce groupe d'enfants à la nomenclature serait problématique sur le plan budgétaire. En outre, les associations professionnelles assument elles-mêmes la responsabilité en cas de dépassement. Une possibilité de piste qui est dès lors avancée par l'association professionnelle est de prévoir des logopèdes au sein du département de l'Enseignement qui travailleraient en tant que salariés dans les écoles avec les enfants présentant un QI peu élevé.

Une autre possibilité serait que les Centres de réadaptation ambulatoire accueillent les enfants dont le QI est inférieur à 86. La répartition de ces centres est toutefois très déséquilibrée et, de surcroît, les listes d'attente y sont déjà longues actuellement. Le recours à ces Centres de réadaptation ambulatoire n'a donc rien d'évident non plus. Dans la proposition de résolution du 26 octobre 2017 visant à améliorer l'accessibilité de la logopédie, il est proposé de laisser travailler les logopèdes sous supervision avec ces enfants dans l'attente d'une place dans ces Centres. Les associations professionnelles n'y sont pas opposées, à condition que les logopèdes ne travaillent pas "sous supervision", mais bien en collaboration avec les Centres. Cependant, une collaboration avec les Centres de réadaptation ambulatoire ne semble pas non plus être la meilleure solution pour le problème décrit.

Enfin, l'orateur répond à la question concernant le rôle du médecin généraliste dans le processus logopédique. Ce rôle a considérablement changé ces dernières années. Les médecins généralistes peuvent à présent prescrire la prolongation de la logopédie. En outre, ces derniers peuvent également prescrire le bilan depuis peu. L'orateur considère qu'il ne faut toutefois pas oublier que les médecins spécialistes sont également particulièrement nécessaires pour le constat de certains troubles.

Mevrouw Françoise Stegen (UPLF) vult aan dat er, buiten de “vermastering”, zeker nog andere elementen van het koninklijk besluit betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van logopedist moeten worden herzien. Het koninklijk besluit dateert immers van 1994 en het beroep van logopedist is sindsdien enorm geëvolueerd. Het competentieprofiel en de lijst met handelingen van de logopedisten moeten dus worden herzien.

Over logopedie in de onderwijsomgeving vult de spreekster aan dat onderwijzers, zoals reeds werd gesteld in de inleiding, vandaag veel meer oog hebben voor allerlei stoornissen. Ze volgen korte opleidingen en kunnen stoornissen van kinderen sneller detecteren. Onderwijzers weten bovendien hoe ze kunnen vaststellen of een kind thuis goed wordt opgevolgd of niet. Indien ze vaststellen dat de opvolging niet goed is, nemen ze contact op met een specialist, die de oorzaak van het probleem precies zal kunnen bepalen.

Er werd ook gevraagd wat de specifieke aard van het beroep van logopedist is binnen de multidisciplinaire zorgverlening. Het is voor de spreekster vandaag onmogelijk om te zeggen wat er specifiek eigen is aan het beroep van logopedist ten opzichte van dat van orthopedagoog. Vandaag wordt er binnen de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen nagedacht over de lijst van handelingen die de klinische orthopedagogen zullen mogen uitvoeren. De logopedisten stellen vast dat er een grote overlapping is tussen de competentieprofielen van de twee beroepen. Dat verontrust hen, en dat is ook de reden dat de beroepsverenigingen door het parlement gehoord willen worden.

De spreekster kan wel de huidige definitie van het beroep van logopedist geven. Logopedisten doen aan re-educatie en zijn professionals van de verbale en non-verbale communicatie in al haar vormen. Ook de schriftelijke communicatie hoort daar bij. Het is echter helemaal niet duidelijk wat de klinische orthopedagogen op het terrein zullen doen, wat voor veel ongerustheid zorgt.

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), voorzitster, vraagt zich af hoe ervoor zal worden gezorgd dat de twee beroepen van orthopedagoog en logopedist niet dezelfde handelingen zullen uitvoeren. Zijn er bepalingen voorzien om dat te regelen?

Mevrouw Aurélie Somer (FOD Volksgezondheid) vraagt of het werkelijk een probleem is als dezelfde handelingen door twee beroepen worden uitgevoerd. Daarnaast voegt ze toe dat aan de gemeenschappelijke vergadering van de verschillende adviesorganen,

Mme Françoise Stegen (UPLF) ajoute qu'en dehors de la “mastérisation”, il convient sans aucun doute de revoir d'autres éléments de l'arrêté royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de logopède. Ce texte date en effet de 1994 et la profession de logopède a énormément évolué depuis lors. Le profil de compétences et la liste des actes du logopède doivent donc être réexaminés.

En ce qui concerne la logopédie dans l'environnement scolaire, l'oratrice précise qu'aujourd'hui, les enseignants sont beaucoup plus attentifs à divers troubles, comme cela a déjà été précisé dans l'introduction. Ils suivent de brèves formations et peuvent détecter plus rapidement les problèmes des enfants. Les enseignants savent en outre comment s'assurer qu'un enfant est bien suivi à la maison. S'ils constatent que le suivi est défaillant, ils prennent contact avec un spécialiste qui déterminera avec précision l'origine du problème.

Des membres ont également demandé quelle était la nature spécifique de la profession de logopède dans le cadre des soins pluridisciplinaires. Pour l'oratrice, il est aujourd'hui impossible de définir les spécificités de la profession de logopède par rapport à celle d'orthopédagogue. Le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale réfléchit actuellement à la liste d'actes que les orthopédagogues cliniciens seront autorisés à accomplir. Les logopèdes constatent d'importants chevauchements entre les profils de compétences des deux professions. Cela les inquiète, c'est pourquoi les associations professionnelles souhaitent être entendues par le Parlement.

L'oratrice peut cependant donner la définition actuelle de la profession de logopède. Les logopèdes ont une mission de rééducation et ils sont des professionnels de la communication verbale et non verbale, sous toutes ses formes. La communication écrite fait également partie de leurs attributions. On ne voit toutefois pas très clairement quelle sera l'action des orthopédagogues cliniciens sur le terrain, et cette question suscite de vives inquiétudes.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), présidente, se demande comment on veillera à ce que les orthopédagogues et les logopèdes n'accomplissent pas les mêmes actes. Des dispositions ont-elles été prévues à cet effet?

Mme Aurélie Somer (SPF Santé publique) demande si c'est véritablement un problème que les mêmes actes puissent être exécutés par deux professions. Elle ajoute qu'un avis consolidé sera demandé à la réunion commune des différents organes consultatifs, à savoir

namelijk de FRPB en de TCPB, een geconsolideerd advies wordt gevraagd. Indien zij dat wensen kunnen zij het thema van de gedeelde handelingen prioritair op de agenda plaatsen.

Mevrouw Françoise Stegen (UPLF) gaat verder en zegt dat het beroep van logopedist inderdaad een jong beroep is. Het is bovendien een aantrekkelijk beroep. Een iets minder aantrekkelijk aspect voor jonge logopedisten, is dat ze aan het eind van hun studies plots beseffen dat ze als zelfstandigen aan de slag zullen moeten, wat ze vaak niet hadden verwacht.

Om het beroep verder te beschrijven, geeft de spreekster aan dat logopedie vandaag niet meer beperkt is tot de klassieke behandelingen voor dyslexie, dyscalculie, enzovoort. Logopedisten verstrekken meer en meer therapie die betrekking heeft op neurodegeneratieve aandoeningen. Bovendien behandelen ze ook stemverlies, en in het bijzonder bij leerkrachten. De logopedisten komen, als specialisten van de communicatie, tussen op enorm veel domeinen.

De logopedie-opleidingen zijn bovendien opleidingen van hoge kwaliteit. Er werd gevraagd of het wenselijk zou zijn om alle opleidingen, die nu van het bachelor- of het masterniveau kunnen zijn, op één niveau te brengen. Volgens de spreekster is het voornamelijk van belang om de opleiding te laten evolueren, gezien het beroep ook is geëvalueerd. De opleiding moet leiden tot een autonoom beroep, waarbij men autonome handelingen kan uitvoeren. In de visie van de UPLF zal er één titel en één opleiding bestaan die tot het beroep leidt.

Op de vraag of het project PlanCAD het probleem van het grote aantal gediplomeerden kan oplossen, kan de spreekster voorlopig nog niet antwoorden. Kort voor de zomer hoopt de spreekster de resultaten van de planning te zien. De beroepsverenigingen hopen alleszins dat die resultaten naar een oplossing voor het probleem zullen leiden.

De spreekster bevestigt dat de Franstalige opleidingen logopedie veel Franse studenten ontvangen. Franse studenten die na hun studie terugkeren naar Frankrijk moeten wel een schakelprogramma volgen, aangezien men in Frankrijk een masterdiploma moet bezitten om erkend te worden als logopedist. Het is echter ook waar dat een steeds groter wordend aantal van die Franse studenten na hun studie in België blijven.

Vervolgens bespreekt mevrouw Stegen het risico dat de logopedie een ondersteunend beroep zou worden. Dat risico is inderdaad reëel, als de logopedisten geen

le CFPP et la CTPP. Si ces organes le souhaitent, ils pourront inscrire prioritairement la question des actes partagés à l'ordre du jour.

Mme Françoise Stegen (UPLF) poursuit en indiquant que le métier de logopède est effectivement une profession jeune. C'est en outre une profession attrayante. Un aspect un peu moins attrayant pour les jeunes logopèdes est qu'à la fin de leurs études, ils se rendent soudainement compte qu'ils vont devoir travailler comme indépendants, ce qu'ils n'avaient souvent pas anticipé.

Dans le souci de mieux décrire la profession, l'oratrice indique qu'aujourd'hui, la logopédie ne se limite plus aux traitements classiques de la dyslexie, de la dyscalculie, etc. Les logopèdes s'occupent de plus en plus de personnes atteintes d'affections neurodégénératives. Ils traitent également des extinctions de voix, particulièrement chez les enseignants. En tant que spécialistes de la communication, les logopèdes interviennent dans un très large éventail de domaines.

Par ailleurs, l'oratrice souligne que les formations en logopédie sont de haute qualité. La question a été posée de savoir s'il serait souhaitable que toutes les formations actuelles, de niveau baccalauréat ou master, soient regroupées à un seul niveau. Selon l'oratrice, il importe surtout de faire évoluer la formation, étant donné que le métier a, lui aussi, évolué. La formation doit mener à une profession autonome, dans le cadre de laquelle des actes autonomes peuvent être accomplis. La vision de l'UPLF est qu'à l'avenir, il existera un seul titre et une seule formation menant à la profession.

Pour l'heure, l'intervenante ne peut pas encore répondre à la question de savoir si le projet PlanCAD pourra résoudre le problème du grand nombre de diplômés. L'intervenante espère disposer des résultats du planning peu avant l'été. Les fédérations professionnelles espèrent en tout cas que ces résultats mèneront à une solution au problème.

L'oratrice confirme que les formations francophones en logopédie accueillent de nombreux étudiants français. Les étudiants français qui rentrent en France après leurs études doivent cependant encore suivre une passerelle, étant donné qu'un diplôme de master est requis pour être agréé comme logopède en France. Il est toutefois également exact que les étudiants français sont de plus en plus nombreux à rester en Belgique après leurs études.

Mme Stegen se penche ensuite sur le risque qu'en court la logopédie de devenir une profession de support. Ce risque est réel en effet, si les logopèdes n'obtiennent

toegang krijgen tot autonome handelingen en het beroep dus niet autonoom kan zijn. Zoals reeds gezegd is er de vrees dat er een grote overlapping zal zijn met het beroep van orthopedagoog, dat in Vlaanderen bestaat, maar niet in Wallonië. De spreekster denkt echter dat, indien in het kader van de hervorming van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, de specifieke aard van elk beroep duidelijk wordt afgabekend, de verschillende beroepen wel zullen kunnen samenwerken.

De heer Stefaan Lefevere (VVL) vult aan dat de VVL zich bewust is van het probleem van de hoge aantalen gediplomeerden en dat zij daar de overheid meermaals op heeft gewezen. Volgens de spreker zijn er diverse mogelijke oplossingen. Het probleem wordt echter als een "hete aardappel" doorgeschoven van de Vlaamse minister van Onderwijs naar de federale minister van Volksgezondheid en weer terug. De VVL beseft dat het probleem van de hoge aantalen gediplomeerde, een moeilijke kwestie is, maar vindt dat het niet de taak van de beroepsverenigingen is om een oplossing aan te reiken. Zij denkt dat het de verantwoordelijkheid van het politieke niveau is om een oplossing te vinden. De beroepsverenigingen willen wel dat een eventuele oplossing rekening houdt met studenten die hun studie logopedie reeds hebben aangevat.

Er werden ook vragen gesteld over een mogelijke overconsumptie van logopedische therapie. Het ging dan waarschijnlijk om de taalstoornissen en stoornissen zoals dyslexie en dyscalculie. Deze stoornissen gebruiken inderdaad een groot deel van het voorziene budget op. Dat volstaat echter niet om overconsumptie te spreken. Het gevaar bestaat wel altijd dat kinderen waarvoor logopedie niet bedoeld is, namelijk kinderen die geen stoornissen hebben, toch in het systeem terechtkomen.

De afgelopen jaren zijn er forse inspanningen geleverd om enkel kinderen met stoornissen te behandelen. Er werden bijvoorbeeld tests ingevoerd die met zeer grote waarschijnlijkheid kunnen aantonen dat een kind aan dyslexie of dyscalculie lijdt. Bovendien is er met Onderwijs en de CLB's afgesproken om een soort taakverdeling op te maken tussen scholen en logopeden. Sommige taken kunnen de scholen immers zelf opnemen. De beroepsverenigingen denken dus dat de eventuele overconsumptie op dit moment al in grote mate onder controle is. Het gevaar blijft wel steeds bestaan dat een groot aantal zelfstandige logopedisten zich op de "markt" van taalstoornissen, dyslexie of dyscalculie zou willen begeven.

pas l'accès aux actes autonomes et que la profession ne peut dès lors être autonome. Ainsi qu'il a déjà été indiqué, on craint un important chevauchement avec la profession d'orthopédagogue, qui existe en Flandre, mais pas en Wallonie. L'oratrice estime toutefois que si la nature spécifique de chaque profession est clairement définie dans le cadre de la réforme de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, les différentes professions pourront collaborer.

M. Stefaan Lefevere (VVL) ajoute que la VVL est consciente du problème du grand nombre de diplômés et qu'elle l'a signalé à plusieurs reprises aux autorités. L'orateur estime que diverses solutions sont possibles. Mais le problème est refilé comme une "patate chaude" de la ministre flamande de l'Enseignement à la ministre fédérale de la Santé publique et vice versa. La VVL a conscience de la difficulté posée par le problème des très nombreux diplômés, mais elle estime que ce n'est pas aux associations professionnelles qu'il appartient de proposer une solution. Elle considère que la recherche d'une solution relève de la responsabilité du niveau politique. Les associations professionnelles souhaitent toutefois qu'une éventuelle solution tienne compte des étudiants qui ont déjà entamé leurs études de logopédie.

Des questions ont également été posées au sujet d'une éventuelle surconsommation de thérapie logopédique. Il s'agissait probablement en l'occurrence des troubles du langage et des troubles tels que la dyslexie et la dyscalculie. Ces troubles accaparent en effet une grande partie du budget prévu. Cela ne suffit cependant pas pour évoquer une surconsommation. Le risque existe certes toujours que certains enfants auxquels la logopédie n'est pas destinée, c'est-à-dire des enfants qui ne présentent pas de troubles du langage, aboutissent quand même dans le système.

Ces dernières années, des efforts considérables ont été consentis pour ne traiter que les enfants souffrant de troubles. Ainsi, des tests ont été instaurés, qui permettent, avec un très haut degré de probabilité, de montrer qu'un enfant souffre de dyslexie ou de dyscalculie. En outre, enseignants et encadrants d'élèves (CEE) ont convenu de rédiger une sorte de répartition des tâches entre les écoles et les logopèdes. En effet, certaines de ces tâches peuvent être prises en charge par les écoles elles-mêmes. Les associations professionnelles estiment donc que l'éventuelle surconsommation est déjà largement sous contrôle actuellement. Mais le risque demeure que les logopèdes indépendants soient nombreux à vouloir investir le "marché" des troubles du langage, de la dyslexie ou de la dyscalculie.

Mevrouw Aurélie Somer (FOD Volksgezondheid) komt terug op de vraag over de mate van betrokkenheid van de sector bij het opstellen van de tekst van het te hervormen koninklijk besluit. De spreekster herinnert eraan dat de minister de grote lijnen van de hervorming in september 2016 heeft voorgesteld. Daarna werd er een website gelanceerd waar alle actoren op het terrein en alle organisaties een commentaar over de voorstellen konden achterlaten. De teksten werden vervolgens, met de hulp van een jurist, herzien en er werd getracht de verschillende opmerkingen van de betrokken actoren in de tekst op te nemen. Er vonden systematisch onderhandelingen met de verschillende beroepsverenigingen plaats.

In het proces dat tot de publicatie van een koninklijk besluit leidt, hebben de verschillende actoren een specifieke rol. De adviesorganen brengen een advies uit, dat een weergave is van de onderhandelingen met het werkveld. De administratie werkt verder met die tekst, stelt een nota op en plaatst die op de website. Verder stelt de administratie ook een strategische nota op voor de minister. Dan gaat de tekst naar het kabinet, waar de politieke onderhandeling begint en waarbij de administratie niet meer tussenkomt. Wanneer de politieke onderhandelingen voltooid zijn, krijgt de FOD Volksgezondheid het dossier terug en kan hij een ontwerp van koninklijk besluit opstellen.

Wat de inhoud van de besprekingen betreft, geeft de spreekster aan dat de Federale Raad voor de paramedische beroepen (FRPM) het onderwerp van de autonomie van de logopedisten niet heeft bestudeerd. De Raad moet immers alle paramedische beroepen bespreken, en tot nu toe zijn de logopedisten nog niet aan bod gekomen.

Het is inderdaad zo dat de twee logopedisten die lid zijn van de Technische Commissie voor de paramedische beroepen Nederlandstalig zijn. Er is een taalevenwicht voor het geheel van de leden van de raad die alle paramedische beroepen vertegenwoordigen en niet voor elk beroep apart. Er zetelen echter wel leden van de UPLF in de Federale Raad voor de paramedische beroepen.

De minister en de administratie organiseren nu gemeenschappelijke vergaderingen voor de twee adviesorganen samen. Gezien de UPLF wel vertegenwoordigd is in de Federale Raad voor de paramedische beroepen, wordt er in die gemeenschappelijke vergaderingen dus wel degelijk rekening gehouden met de mening van de Franstalige logopedisten.

Een volgend punt waarover er verduidelijking werd gevraagd, is het zogenaamde "kadaster". De spreekster

Mme Aurélie Somer (SPF Santé publique) revient sur la question de savoir dans quelle mesure le secteur a été associé à la rédaction du texte de l'arrêté royal à réformer. L'oratrice rappelle que la ministre a présenté les grandes lignes de la réforme en septembre 2016. Ensuite, un site web a été lancé sur lequel tous les acteurs de terrain et toutes les organisations ont pu poster un commentaire relatif aux propositions. Les textes ont ensuite été retravaillés avec l'aide d'un juriste, en essayant d'y intégrer les différentes observations des acteurs concernés. Des négociations ont été systématiquement organisées avec les différentes associations professionnelles.

Dans le processus de publication d'un arrêté royal, les différents acteurs ont un rôle spécifique à jouer. Les organes consultatifs rendent un avis, qui est le reflet des négociations avec le terrain. L'administration peaufine ensuite ce texte, rédige une note et la poste sur le site web. Après cela, l'administration rédige également une note stratégique destinée au ministre. Le texte est alors transmis au cabinet, où débutent les négociations politiques et où l'administration n'intervient plus. Lorsque les négociations politiques sont terminées, le SPF Santé publique récupère le dossier et peut entreprendre la rédaction d'un projet d'arrêté royal.

Concernant la teneur des discussions, l'oratrice indique que le Conseil fédéral des professions paramédicales (CFPP) n'a pas examiné le sujet de l'autonomie des logopèdes. Le Conseil doit en effet discuter l'ensemble des professions paramédicales et les logopèdes n'ont pas encore été interrogés.

Il est vrai que les deux membres logopèdes représentés au sein de la Commission technique des professions paramédicales sont néerlandophones. L'équilibre linguistique est réalisé au niveau de l'ensemble des membres du conseil représentant chaque profession paramédicale et non au niveau de chaque profession. Toutefois, des membres de l'UPLF siègent au Conseil fédéral des professions paramédicales.

La ministre et l'administration organisent désormais des réunions communes aux deux organes consultatifs. Étant donné que l'UPLF est bien représentée au Conseil fédéral des professions paramédicales, l'avis des logopèdes francophones est donc bel et bien pris en compte lors de ces réunions communes.

Des explications ont ensuite été demandées au sujet du "cadastre". L'oratrice explique que la Cellule de

legt uit dat de Planningscel voor de gezondheidszorgberoepen uit zes analisten bestaat, die de verschillende werken die in het meerjarenplan worden bepaald uitvoeren. In 2017 wijdden de analisten van de Planningscel al hun tijd aan de artsen en tandartsen. Dit jaar werkt de Planningscel aan een gegevenskoppeling voor het beroep van de vroedvrouwen. Er wordt niet alleen gewerkt aan een "kadaster" voor die beroeps groep, ze zullen ook over scenario's en projecties beschikken.

Omdat de paramedici niet opgenomen zijn in het meerjarenplan 2015-2018, heeft de administratie voorgesteld om voor die groep periodieke gegevenskopplings te maken, om op zijn minst regelmatig over gegevens te beschikken. Die gegevens zijn dan weliswaar niet even diepgaand als die voor de andere beroeps groepen. Dankzij de periodieke gegevenskoppeling produceert de administratie gegevens over personen die gerechtigd zijn om te presteren, hun activiteiten, de geografische spreiding van de beroeps groep en gegevens over buitenlanders die het beroep uitoefenen of in België een opleiding komen volgen. Aan de hand van die gegevens kunnen geen projecties voor de toekomst worden gemaakt, maar kan men wel al analyseren welke problemen er zich binnen de beroeps groep stellen.

Wat de eventuele contingentering van de logopedisten betreft, meldt de spreekster, gelet op haar ervaring bij de dokters en tandartsen, dat dit proces zeer zwaar en moeilijk beheersbaar is. De spreekster heeft reeds ervaring met de contingentering van artsen en tandartsen en is van mening dat het contingenteringsproces zeer zwaar en moeilijk is. Mevrouw Somer denkt wel dat het aan de opleidingen moet worden meegeleid wanneer er te grote aantallen logopedisten zijn. De gemeenschappen moeten in dat geval ook hun verantwoordelijkheid nemen en stoppen met logopedisten op te leiden.

Ten slotte werd er ook een vraag gesteld over de vereiste taalkennis van de logopedist. In de uitgebreide visa wordt die eis inderdaad opgenomen. Omdat het voor de administratie onmogelijk is om alle logopedisten op te roepen en hun taalkennis te testen, vraagt men een attest dat de kennis van één van de landstalen aantoonbaar. Aangezien in België ieder het recht heeft om één van de landstalen te gebruiken, moet dat volstaan. De patiënt heeft echter ook het recht om in zijn eigen taal te worden begrepen door de logopedist. Dat wil zeggen dat het

planification de l'offre des professions des soins de santé est composée de six analystes qui réalisent les différents travaux définis dans le plan pluriannuel. En 2017, les analystes de la Cellule de planification ont consacré l'intégralité de leur temps aux médecins et aux dentistes. Cette année, la Cellule œuvre à un couplage des données relatives à la profession de sage-femme, ce qui aboutira non seulement au développement d'un "cadastre" pour cette profession, mais également à l'élaboration de scénarios et de projections.

Étant donné que les professions paramédicales ne sont pas reprises dans le plan pluriannuel 2015-2018, l'administration a proposé d'effectuer des couplages de données périodiques pour cette catégorie professionnelle, afin d'obtenir au moins régulièrement des données la concernant. Ces données ne sont certes pas aussi approfondies que celles concernant les autres professions, mais grâce au couplage périodique de données, l'administration reçoit déjà des données sur les personnes habilitées à exercer, sur leurs activités, sur la répartition géographique des professions paramédicales et sur les étrangers qui exercent ces professions ou viennent suivre une formation y afférente en Belgique. À l'aide de ces données, il est impossible de faire des projections pour l'avenir, mais on peut tout de même déjà analyser quels problèmes se posent au sein de cette catégorie professionnelle.

S'agissant de l'éventuel contingentement des logopèdes, au vu de son expérience pour les médecins et dentistes, l'oratrice indique que ce processus est très lourd et difficile à gérer. L'oratrice a déjà vu ce que le contingentement des médecins et des dentistes avait donné et elle estime que ce processus de contingentement est très lourd et difficile. Mme Somer pense toutefois qu'il convient d'avertir les écoles lorsque le nombre de logopèdes est trop important. Les communautés doivent dans ce cas prendre, elles aussi, leurs responsabilités et arrêter de former des logopèdes.

Enfin, une question a également été posée au sujet des connaissances linguistiques exigées pour les logopèdes. Cette exigence est en effet reprise dans le visa élargi. Étant donné qu'il est impossible pour l'administration de convoquer tous les logopèdes pour tester leurs connaissances linguistiques, il leur est demandé de présenter un document attestant leur connaissance d'une des langues nationales. Étant donné qu'en Belgique, tout individu a le droit de s'exprimer dans une des langues nationales, cela doit suffire. Le patient

mogelijk is dat de taalkennis in de toekomst gekoppeld wordt aan de regio waarin men het beroep uitoefent.

D. Replieken

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) vernam dat het volgens de FOD Volksgezondheid volstaat dat de logopedisten één van de drie landstalen kennen. Ze wenst haar vraag over de taaltesten ook nog te richten aan de beroepsverenigingen, die meer met de taalproblematiek worden geconfronteerd, aangezien één op de vier van hun collega's instroomt uit het buitenland. Zijn de beroepsverenigingen het eens met de FOD? Kan het dat een zorgverlener die enkel Frans spreekt het beroep uitoefent in Vlaanderen?

Mevrouw Véronique Caprasse (DéFI) wenst nog te vernemen of de orthopedagogen ook vertegenwoordigd zijn in de Federale Raad en de Technische Commissie.

Verder vindt ze het jammer dat binnen de Technische Commissie de Franstalige logopedisten niet op dezelfde voet worden vertegenwoordigd als de Nederlandstalige logopedisten. Ze denkt dat een evenredige vertegenwoordiging de samenwerking binnen de adviesorganen zou bevorderen.

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) vindt het eigenaardig dat de beroepsverenigingen aan de politiek vragen om het probleem van de te grote instroom van logopedisten op te lossen. De beroepsverenigingen staan toch het dichtste bij het terrein. Hebben zij een visie over hoe een mogelijke oplossing er uit zou zien?

Mevrouw Stegen gaf aan dat zij wilde evolueren naar één opleiding en één titel voor de logopedisten. Zou zo een eengemaakte opleiding een oplossing voor het probleem van de aantallen kunnen zijn?

Met betrekking tot de taalkwestie, verduidelijkt *de heer Stefaan Lefevere (VVL)* dat het essentieel is dat de logopedist de taal spreekt van de patiënt die hij voor zich heeft. Het is onmogelijk om testen uit te voeren en een behandeling voor een kind te ontwerpen, zonder de taal van het kind te spreken.

Mevrouw Françoise Stegen (ULPF) wenst nog op te merken dat de opleiding van logopedist *an sich* inderdaad onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt. Omdat logopedist een paramedisch beroep is, wordt de opleiding echter geregeld door een koninklijk

a toutefois également le droit d'être compris dans sa propre langue par le logopède. Par conséquent, il est possible qu'à l'avenir, la connaissance linguistique exigée soit associée à la région dans laquelle le logopède exerce sa profession.

D. Répliques

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) a appris que, selon le SPF Santé publique, il suffit que les logopèdes maîtrisent une des trois langues nationales. Elle souhaite également adresser sa question relative aux tests linguistiques aux associations professionnelles, qui sont davantage confrontées à la problématique linguistique, étant donné que, parmi leurs collègues, un sur quatre vient de l'étranger. Les associations professionnelles sont-elles d'accord avec le SPF? Se peut-il qu'un patient de soins qui ne parle que le français exerce la profession en Flandre?

Mme Véronique Caprasse (DéFI) demande encore si les orthopédagogues sont également représentés au sein du Conseil fédéral et de la Commission technique.

Elle regrette par ailleurs qu'au sein de la Commission technique, les logopèdes francophones ne soient pas représentés sur un même pied que les logopèdes néerlandophones. Elle considère qu'une représentation équitable serait de nature à favoriser la collaboration au sein des organes consultatifs.

Mme Karin Jiroflée (sp.a) s'étonne que les associations professionnelles demandent au politique de résoudre le problème de l'afflux excessif de logopèdes. Les associations professionnelles sont tout de même les plus proches du terrain. Ont-elles une idée des solutions qui pourraient être mises en œuvre?

Mme Stegen a indiqué qu'elle souhaitait évoluer vers une formation et un titre uniques pour les logopèdes. L'uniformisation de la formation pourrait-elle apporter une solution au problème du surnombre?

En ce qui concerne la question de la langue, *M. Stefaan Lefevere (VVL)* répond qu'il est essentiel que le logopète maîtrise la langue du patient qui lui fait face. Il est impossible de réaliser des tests et de concevoir un traitement pour un enfant sans parler la langue de celui-ci.

Mme Françoise Stegen (ULPF) tient encore à préciser que la formation de logopète en tant que telle relève en effet de la compétence des Communautés. Comme la logopédie fait partie des professions paramédicales, la formation est toutefois réglée par un arrêté royal, et

besluit, en moeten de beroepsverenigingen eerst op federaal niveau handelen om dat koninklijk besluit te wijzigen. Vervolgens kunnen de instellingen hun opleidingen aanpassen. Dat lijkt de spreekster een logische chronologie.

les associations professionnelles doivent d'abord agir au niveau fédéral pour modifier cet arrêté royal. Les établissements pourront ensuite adapter leurs formations. Il s'agit, selon l'oratrice, de la chronologie logique.

**DEEL II – HOORZITTING MET
VERTEGENWOORDIGERS VAN DE
KINESITHERAPEUTEN (25 APRIL 2016)**

A. Inleidende uiteenzettingen

**1. Uiteenzetting van de heer Peter Bruynooghe,
Axxon**

De laatste 20 jaar heeft de kinesitherapie in België een sterke competentieverbreiding ondergaan. De maatschappelijke eisen waaraan de kinesitherapeutische zorg vandaag moet voldoen, dwingen de kinesitherapeut te functioneren in een beroepskader dat verder gaat dan wat het huidige werkader toelaat. Daarenboven krijgt de kinesitherapie budgettair geen ruimte om op een kwalitatieve manier tegemoet te komen aan de zorgvraag van de patiënt. De vraag naar kinesitherapie en het beweging bevorderend aspect ervan, en met een geneeskundig doel vanuit verschillende geneeskundige domeinen, nemen jaar na jaar toe. Bovendien blijkt uit recente cijfers dat het aantal kinesitherapiezittingen per patiënt afneemt ten gevolge van de kwaliteitsverhoging van de kinesitherapeut.

Behoud van het beroepsstatuut met hieruit voortvloeiend een apart verticaal adviesorgaan

Momenteel zijn meer dan 41 000 kinesitherapeuten (2016) actief in alle lijnen van de zorgsector en daarbuiten, waardoor ze een belangrijke plaats hebben ingenomen onder de gezondheidszorgberoepen.

Deze Kamer van volksvertegenwoordigers keurde die in 1995 de "Wet op de uitoefening van de kinesitherapie" (de wet-Diegenant-Mahoux) goed. Hierdoor verwierf de kinesitherapie een eigen beroepsstatuut met een eigen Adviesorgaan.

Sedertdien hebben de kinesitherapeuten in het KB nr.78 een apart medisch statuut *sui generis*. Deze elementen mogen bij het herschrijven van het KB nr.78 niet uit het oog verloren worden.

Binnen de eerstelijnszorg vormen de kinesitherapeuten samen met de verpleegkundigen en huisartsen de basis van de thuiszorg. Met nu reeds meer dan 11,2 miljoen huisbezoeken per jaar zal de inzet van kinesitherapeuten in de thuissituatie in de nabije toekomst toenemen omwille van de vergrijzende bevolking en de explosieve toename van chronische aandoeningen.

**PARTIE II – AUDITIONS DES REPRÉSENTANTS
DES KINÉSITHÉRAPEUTES
(25 AVRIL 2016)**

A. Exposés introductifs

1. Exposé de M. Peter Bruynooghe, Axxon

Le domaine de compétences des kinésithérapeutes s'est fortement élargi en Belgique au cours des 20 dernières années. Les exigences sociétales actuelles en matière de soins de kinésithérapie contraignent le kinésithérapeute à fonctionner dans un cadre professionnel plus large que ce que lui permet son cadre de travail actuel. De plus, les moyens budgétaires alloués à cette profession sont insuffisants pour apporter une réponse de qualité à la demande de soins du patient. La demande de kinésithérapie, une discipline qui vise à mobiliser le patient dans un cadre médical et qui touche différents domaines médicaux, augmente chaque année. Il ressort en outre de chiffres récents que le nombre de séances de kinésithérapie par patient diminue en raison de l'amélioration de la qualité des prestataires.

Maintien du statut professionnel, ainsi que d'un organe consultatif vertical distinct

On recense actuellement plus de 41 000 kinésithérapeutes (chiffres de 2016) actifs dans les différentes lignes du secteur des soins de santé et en dehors de ce secteur, ce qui montre que cette discipline occupe une place importante parmi les professions des soins de santé.

La loi relative à l'exercice de la kinésithérapie (loi Diegenant Mahoux) adoptée par la Chambre des représentants en 1995 a doté la kinésithérapie d'un statut professionnel propre. Un organe consultatif propre a également été créé à cette occasion.

Depuis, l'arrêté royal n° 78 a octroyé un statut médical *sui generis* aux kinésithérapeutes. Il conviendra de garder ces éléments à l'esprit lors de la réécriture de l'arrêté royal n° 78.

Dans le secteur des soins de première ligne, les kinésithérapeutes forment, ensemble avec les infirmiers et les médecins généralistes, la base des soins à domicile. Le fait qu'ils réalisent déjà plus de 11,2 millions de visites à domicile par an, conjugué au vieillissement de la population et à l'explosion des maladies chroniques, va accroître le recours aux kinésithérapeutes à domicile dans un futur proche.

Voor Axxon is het dan ook belangrijk dat kinesitherapeuten in het organigram van de gezondheidszorgberoepen rond de patiënt (zorgvrager) in een apart “bloemblaadje” ondergebracht worden en dus een apart verticaal adviesorgaan kunnen behouden, zoals de Federale Raad voor de kinesitherapie (FRK) nu. Kinesitherapeuten zijn binnen de gezondheidszorg immers actief in de volgende medische domeinen:

- het musculoskeletaal stelsel, inclusief de temporo-mandibulaire functies,
- het cardiovasculair stelsel,
- het vaatstelsel, inclusief het lymfatisch stelsel, bindweefsel en huid,
- het respiratoir stelsel,
- het metabool stelsel,
- het urogenitaal stelsel,
- het neurologisch stelsel, inclusief het psychisch functioneren (psychomotoriek, geestelijke gezondheidszorg),
- het palliatief domein.

De kinesitherapeuten hebben derhalve voeling met meer verschillende andere gezondheidszorgberoepen dan uitsluitend revalidatieberoepen. Kinesitherapeuten kunnen niet enkel onder de revalidatieberoepen ondergebracht worden.

Het lijkt dan ook opportuun voor kinesitherapeuten om een eigen bloemblaadje in te vullen. Hiermee stellen we dat gerust een overlap met andere bloemblaadjes kan bestaan, wat een belangrijke rol in een gemeenschappelijke groep van revalidatieberoepen niet uitsluit. Naar aanleiding van het wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg is Axxon dan ook voorstander om voor kinesitherapeuten een eigen Permanente kamer op te richten binnen de FRK voor kwaliteitsvolle praktijkvoering om over kwalitatieve aspecten specifieke kinesitherapeutische adviezen te kunnen verstrekken.

Een deontologisch orgaan

Axxon is al jaren vragende partij voor een deontologisch orgaan. In het wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg is er sprake van de oprichting van een Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering met een Nederlandstalige

C'est pourquoi Axxon estime qu'il est important que l'on tienne compte des kinésithérapeutes dans l'organisation des professionnels des soins de santé autour du patient (demandeur de soins) dans un pétalement séparé et de maintenir un organe consultatif vertical distinct pour ces derniers, comme l'actuel Conseil fédéral de la kinésithérapie (CFK). En effet, dans les soins de santé, les kinésithérapeutes sont actifs dans les domaines médicaux en rapport avec:

- le système musculo-squelettique, en ce compris les fonctions temporo-mandibulaires,
- le système cardiovasculaire,
- le système vasculaire, en ce compris le système lymphatique, le tissu conjonctif et la peau,
- le système respiratoire,
- le système métabolique,
- le système urogénital,
- le système neurologique, en ce compris le fonctionnement psychique (psychomotricité, soins de santé mentale),
- les soins palliatifs

Par conséquent, les kinésithérapeutes sont en contact avec plusieurs autres groupes de professions qu'exclusivement avec les professions de la réadaptation. Par conséquent, on ne peut les cantonner à la catégorie des professions de revalidation.

Il semble dès lors opportun qu'ils aient leur propre pétalement. À cet égard, nous reconnaissions qu'il peut avoir un chevauchement avec d'autres pétalements, sans exclure pour autant un rôle important dans le groupe commun des professions de la rééducation. Dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif aux pratiques de qualité dans le domaine des soins de santé, Axxon se dit dès lors favorable à la mise sur pied, au sein du CFK, d'une chambre permanente propre aux kinésithérapeutes à cette fin, une chambre qui pourrait émettre des avis kinésithérapeutiques spécifiques sur certains aspects qualitatifs.

Un organe déontologique

Axxon est demandeur d'un organe déontologique depuis des années déjà. Dans le projet de loi relatif à la pratique de qualité dans les soins de santé, il est question de la création d'un Commission fédérale de contrôle de la pratique comprenant une chambre

en een Franstalige kamer. Toch zal een gezamenlijke deontologische kamer slechts een gedeeltelijke invulling realiseren van een volwaardig deontologisch orgaan voor het beroep. Een volwaardig deontologisch orgaan met een viertrapstructuur¹ is onderdeel van kwaliteitsvolle gezondheidszorg, beantwoordend aan Europese verwachtingen.

Deze viertrapstructuur omvat:

1. een Algemene Deontologische Raad, wat min of meer overeenstemt met het voorstel van de Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering, en die ter beschikking staat van alle gezondheidszorgberoepen,
2. een Deontologisch Secretariaat, die alle klachten en vragen gaan registreren en ter beschikking staat van alle gezondheidszorgberoepen,
3. een Tuchtkamer die handelt per gezondheidszorgberoep en klachten onderzoekt en indien nodig sanctioneert,
4. een Kamer van Beroep die eveneens handelt per gezondheidszorgberoep en het verweer onderzoekt t.a.v. beslissingen genomen in de Tuchtkamers.

Volgens Axxon moeten de tucht- of sanctieprocedures per gezondheidszorgberoep worden georganiseerd.

Kwaliteit en veiligheid binnen de kinesitherapie

In het wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg staat kwaliteit en veiligheid prioriterend, waarbij de patiënt centraal gesteld wordt. Bij de herwerking van het Beroepscompetentieprofiel van de Kinesitherapeut in België anno 2020 (herwerkte versie mei 2016, als advies aan de minister) werd hiermee ruim rekening gehouden.

Men onderscheidt hierin de kinesitherapeut als zorgverlener, als zorgmanager binnen een praktijk of multidisciplinaire setting en als beroepsontwikkelaar en wetenschappelijke vorser. De markante vooruitgang inzake de competenties van de kinesitherapeut weerspiegelt zich in de ontwikkeling van de Bijzondere Beroepsbekwaamheden in de kinesitherapie.

De Bijzondere Beroepsbekwaamheden hebben essentieel tot doel om voor artsen, patiënten en collega kinesitherapeuten transparantie te scheppen aangaande welke kinesitherapeuten op een wetenschappelijk

¹ Advies van de FRK betreffende de oprichting van een Deontologisch Orgaan – 2015.

française et une chambre néerlandaise. Pourtant, une chambre de déontologie commune ne remplirait que partiellement le rôle d'un organe de déontologie à part entière pour la profession. Un organe de déontologie à part entière, doté d'une structure à 4 piliers¹, est une composante de soins de santé de qualité répondant aux attentes européennes.

Ces quatre piliers comprennent:

1. un Conseil général de déontologie, qui correspond plus ou moins à la Commission fédérale de contrôle de la pratique, dont la création est proposée et qui est à la disposition de toutes les professions des soins de santé;
2. un Secrétariat de déontologie qui enregistrera toutes les plaintes et les questions et qui est à la disposition de toutes les professions des soins de santé;
3. une Chambre disciplinaire qui agit par profession des soins de santé, instruit les plaintes et sanctionne si nécessaire;
4. une Chambre d'appel qui agit également par profession des soins de santé et instruit les recours des décisions prises en Chambre disciplinaire.

Axxon considère que les procédures disciplinaires ou de sanction doivent être organisées par profession des soins de santé.

Qualité et sécurité au sein de la kinésithérapie

Dans le projet de loi relatif aux pratiques de qualité dans les soins de santé, la qualité et la sécurité sont prioritaires. Le patient est l'élément central à cet égard. Il en a été largement tenu compte dans la révision du profil de compétences professionnelles du kinésithérapeute en Belgique en 2020 (la version retravaillée remonte à mai 2016 et a été transmise à titre d'avis à la ministre).

On y distingue le kinésithérapeute comme prestataire de soins, manager de soins au sein d'un cabinet ou d'un environnement multidisciplinaire, acteur du développement de sa profession et chercheur scientifique. Les progrès marquants en matière de compétences du kinésithérapeute se reflètent dans le développement des compétences spécifiques à la profession de kinésithérapeute.

Les qualifications professionnelles particulières ont essentiellement pour objectif d'assurer une certaine transparence à l'égard des médecins, des patients et des collègues kinésithérapeutes, car elles indiquent

¹ Avis du CFK concernant la création d'un organe déontologique – 2015.

onderbouwde basis over een verbijzondering in de kinesitherapie beschikken.

De criteria voor het verkrijgen van een bijzondere beroepsbekwaamheid zijn gebaseerd op een officieel erkend onderwijsprogramma en op nuttige ervaring in de praktijk van het betrokken deelgebied.

Door het koninklijk besluit van 25 april 2014 tot vaststelling van de lijst van bijzondere beroepsbekwaamheden voor kinesitherapeuten is in 2016 de opstart en erkenning begonnen van de eerste zes bijzondere beroepsbekwaamheden aan de respectievelijke erkenningscommissies van de gewesten.

1. Cardiovasculaire kinesitherapie
2. Manuele therapie
3. Neurologische kinesitherapie
4. Pediatriche kinesitherapie
5. Pelvische en perinatale kinesitherapie
6. Respiratoire kinesitherapie.

Voor de bijzondere beroepsbekwaamheden van kinesitherapie in de geriatrie, de psychomotorische kinesitherapie en de sportkinesitherapie werd reeds vanuit de FRK een advies geformuleerd aan de minister, maar is het nog wachten op de nodige MB's. Verder dienen er nog adviezen te worden geformuleerd voor een bijzondere beroepsbekwaamheid in de kinesitherapeutische palliatieve zorg.

Spijtig genoeg is de evolutie van de bijzondere beroepsbekwaamheid onderkend en heeft men ze nooit ten volle benut in de gezondheidszorg. Directe toegang tot de kinesitherapeut is hier zeker een voorbeeld van.

Directe toegang in de kinesitherapie

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie moet elke burger op elk niveau toegang krijgen tot gezondheidszorg. Voor de kinesitherapie is de patiënt nog steeds afhankelijk van een verwijzing op voorschrift.

In 2015 heeft de FRK een advies over directe toegang in de kinesitherapie ingediend. De Koning kan op basis van art.43 § 6 van de wet van 10 mei 2015, de redenen en omstandigheden bepalen waarin kan worden afgewezen van de vereiste van een medisch voorschrijft. In

quelks kinésithérapeutes disposent d'une spécialisation sur une base scientifiquement fondée.

Pour obtenir une qualification professionnelle particulière, les kinésithérapeutes doivent avoir suivi avec succès une formation officiellement reconnue et avoir acquis une expérience pratique suffisante dans le domaine concerné.

Grâce à l'arrêté royal du 25 avril 2014 établissant la liste des qualifications professionnelles particulières pour les kinésithérapeutes, les différentes commissions d'agrément des Régions ont commencé, en 2016, à attribuer des agréments pour les six premières qualifications professionnelles particulières:

1. kinésithérapie cardiovasculaire;
2. thérapie manuelle;
3. kinésithérapie neurologique;
4. kinésithérapie pédiatrique;
5. rééducation abdomino-pelvienne et kinésithérapie périnatale;
6. kinésithérapie respiratoire.

Pour les qualifications professionnelles particulières en kinésithérapie gériatrique, en kinésithérapie psychomotrice et en kinésithérapie du sport, le CFK a déjà formulé un avis à l'intention du ministre, mais on attend encore les arrêtés ministériels nécessaires. En outre, des avis doivent encore être formulés au sujet de la qualification professionnelle particulière en kinésithérapie en soins palliatifs.

Malheureusement, l'évolution des qualifications professionnelles particulières n'est pas suffisamment reconnue et elles ne sont jamais pleinement exploitées dans le domaine des soins de santé. L'accès direct au kinésithérapeute en est un très bon exemple.

Accès direct à la kinésithérapie

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, tous les citoyens devraient avoir accès aux soins de santé à tous les niveaux. S'agissant la kinésithérapie, le patient a toujours besoin d'une prescription médicale.

En 2015, le CFK a rendu un avis concernant l'accès direct à la kinésithérapie. Sur la base de l'article 43, § 6, de la loi du 10 mai 2015, le Roi fixe les motifs et les situations dans lesquels il peut être dérogé à l'exigence d'une prescription médicale. Il est demandé dans l'avis

het advies wordt directe toegang gevraagd voor niet-complexe situaties, met lichte en matige ICF-gradatie, waarbij de patiënt te allen tijde nog de mogelijkheid behoudt om vooraf een arts te raadplegen.

Dit advies wijst ook op het kostenbesparend effect van directe toegang in de kinesitherapie. Uit buitenlands onderzoek blijkt onder meer dat met directe toegang tot de kinesitherapie een budgettaire besparing bereikt wordt. In de praktijk wordt meermaals vastgesteld dat een voorschrift voor kinesitherapie pas wordt aangereikt nadat eerst diverse andere therapeutische mogelijkheden werden aangewend.

Directe toegang is niet nieuw². Veelal worden kinesitherapeuten rechtstreeks aangesproken om advies te geven of klachten te behandelen voor patiënten waarover zijzelf de ontstaansgeschiedenis en het direct oorzakelijk verband kunnen meedelen. De vraag naar retroactieve voorschriften zijn legio en bevestigen dikwijls de initiële keuze van de patiënt die zelf zijn zorg in handen neemt en rechtstreeks binnenstapt bij de kinesitherapeut. Een evolutie die, door de toenemende maatschappelijke bewegingstrend en mondigheid van de patiënt, dagdagelijkse praktijk wordt.

Patiënten nemen vaker het heft in eigen handen en bepalen zelf de toegang tot de gezondheidszorg op de meest efficiënte manier. Bij directe toegang kan de kinesitherapeut de zorgvraag van de patiënt vlugger beantwoorden en ook hier wijst onderzoek in het buitenland uit dat de patiënt sneller tot zijn therapeutisch einddoel komt³.

Preventie

Op het gebied van participatie van kinesitherapeuten in preventieve gezondheidszorg is het KB nr.78 t.a.v. de kinesitherapie duidelijk verouderd. Preventie is van oudsher een essentieel onderdeel van de kinesitherapie maar werd om onbegrijpelijke redenen niet specifiek vernoemd in het vroegere KB nr.78. Bij vele functionerings- en participatieproblemen omvat de kinesitherapeutische behandeling elementen van secundaire en soms ook tertiaire preventie. In de hedendaagse context van de gezondheidszorg en het bewust omgaan met financiële middelen voor de gezondheidszorg heeft preventie in het algemeen, en primaire preventie in het bijzonder nog aan belang gewonnen, zeker in een vergrijzende bevolking. Preventie is derhalve ook opgenomen in

d'autoriser un accès direct pour les situations non complexes, présentant un CFI léger et modéré, le patient conservant en tous temps la possibilité pour le patient de consulter un médecin au préalable.

Cet avis souligne également l'effet de réduction des coûts de l'accès direct à la kinésithérapie. Des recherches à l'étranger montrent, entre autres, que l'accès direct à la kinésithérapie permet de réaliser une économie budgétaire. Dans la pratique, il a été observé à plusieurs reprises qu'une prescription de kinésithérapie n'est délivrée qu'après avoir recouru à diverses autres options thérapeutiques.

L'accès direct n'est pas nouveau². Dans de nombreux cas, les kinésithérapeutes sont directement contactés pour donner un avis sur ou traiter des symptômes de patients pour lesquels ils peuvent eux-mêmes fournir des informations sur la genèse et la relation causale directe. Les demandes d'ordonnances rétroactives sont nombreuses et confirment souvent le choix initial du patient qui prend sa santé en charge et s'adresse directement à un kinésithérapeute. Une évolution qui, en raison de la tendance sociale croissante au mouvement et de l'autonomie du patient, devient une pratique quotidienne.

Les patients prennent plus souvent les choses en main et déterminent eux-mêmes l'accès aux soins de santé de la manière la plus efficace. Avec un accès direct, le kinésithérapeute peut répondre plus rapidement à la demande de soins du patient et ici aussi, les études à l'étranger montrent que le patient atteint plus rapidement son objectif thérapeutique final³.

Prévention

Dans le domaine de la participation des kinésithérapeutes aux soins de santé préventifs, l'arrêté royal n° 78 est clairement dépassé en ce qui concerne la kinésithérapie. La prévention est traditionnellement une composante essentielle de la kinésithérapie, mais pour des raisons incompréhensibles, elle n'était pas spécifiquement mentionnée dans l'ancien arrêté royal n° 78. Pour de nombreux problèmes fonctionnels et de participation, le traitement kinésithérapeutique comprend des éléments de prévention secondaire, voire tertiaire. Dans le contexte actuel des soins de santé et de l'utilisation consciente des ressources financières pour les soins de santé, la prévention en général et la prévention primaire en particulier est devenue encore plus importante,

² Stefaan Peeters Nieuw denkmodel voor de kinesitherapie (augustus 2017 ingediend in de Taskforce kinesitherapie RIZIV).

³ Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future. Physiotherapy. 2004;90(2):64-72.

² Stefaan Peeters Nieuw denkmodel voor de kinesitherapie (août 2017, soumis à la Taskforce kinésithérapie de l'INAMI).

³ Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to kinésitherapy in primary care: now? – and into the future. Kinésitherapy. 2004;90(2):64-72.

het beroepscompetentieprofiel van de kinesitherapeut, zowel in ons land als internationaal.

Kwaliteitsbevordering in de kinesitherapie

In de eerste plaats is het voor elke kinesitherapeut belangrijk om steeds zijn kwaliteit te versterken. Kwalitatief hoogstaande zorg geven aan patiënten is immers dé prioriteit van elke kinesitherapeut. Om deze kwaliteitsvolle zorg te behouden en te versterken werd in 2011 gestart met het kwaliteit bevorderend systeem in de kinesitherapie. Tot de kwaliteitscriteria behoren een baselinebevraging, intercollegiaal overleg binnen een Lokale Kwaliteitsgroep van Kinesitherapeuten (LOKK), online patiëntenbevraging en zelfevaluatie waarin acht kwaliteitsindicatoren zijn opgenomen, het invullen van twee checklists als leidraad bij een goede kwaliteitsvoering en het volgen van navormingsactiviteiten.

Elke kinesitherapeut registreert zijn kwaliteit bevorderende activiteiten in zijn persoonlijk online portfolio⁴. Wanneer hij aan de kwaliteitscriteria heeft voldaan wordt hij/zij opgenomen in het Nationaal Kwaliteitsregister van de kinesitherapeuten, online en publiekelijk te raadplegen.

De continuïteit van een financieel toegankelijke en kwaliteitsvolle kinesitherapeutische zorg

Op 26 juli 2017 heeft Axxon een aanvraag voor hoorzitting ingediend bij de Kamervoorzitter, die overgemaakt werd aan deze commissie in september 2017.

Wil men de continuïteit van financieel toegankelijke, kwaliteitsvolle kinesitherapeutische zorg blijven garanderen, dan moet deze Kamercommissie er dringend over nadenken of het nog zinvol is de compleet verouderde en patiëntvriendelijke wetgeving van 50 jaar geleden te handhaven. Wordt deze niet beter vervangen door een wetgeving waarbij de patiënt niet gediscrimineerd wordt bij de terugbetaling van gezondheidszorgverstrekkingen?

Axxon is van mening dat art.45, 49 en 51 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-wet), recentelijk aangepast, op korte termijn opnieuw zal moeten aangepast worden omdat de wijzigingen een schending van art.10 en 11 van de Grondwet inhouden. Axxon heeft daartoe ook een procedure gestart bij het Grondwettelijk Hof.

⁴ Meer informatie op www.pqk.be.

surtout pour une population vieillissante. La prévention figure donc également dans le profil de compétences professionnelles du kinésithérapeute, tant en Belgique qu'à l'étranger.

Promouvoir la qualité de la kinésithérapie

En premier lieu, il est important que chaque kinésithérapeute renforce constamment sa qualité. Après tout, fournir des soins de grande qualité aux patients est la priorité de tout kinésithérapeute. Afin de maintenir et de renforcer la qualité de ces soins, un système de promotion de la qualité en kinésithérapie a été mis en place en 2011. Les critères de qualité comprennent une enquête de base, une concertation intercollégiale au sein d'un groupe local d'échanges entre kinésithérapeutes (GLEK), des enquêtes en ligne auprès des patients et une auto-évaluation dans laquelle figurent huit indicateurs de qualité, l'établissement de deux listes de contrôle comme fil conducteur d'une bonne gestion de la qualité et le suivi des activités de formation continue.

Chaque kinésithérapeute enregistre ses activités d'amélioration de la qualité dans son portefeuille personnel en ligne⁴. Une fois les critères de qualité remplis, le kinésithérapeute est inscrit au Registre national de la qualité des kinésithérapeutes, qui peut être consulté en ligne et publiquement.

La continuité de soins kinésithérapeutiques de haute qualité et financièrement accessibles

Le 26 juillet 2017, Axxon a soumis au Président de la Chambre une demande d'audition, qui a été transmise à cette commission en septembre 2017.

Si l'on veut continuer à garantir la continuité de soins de kinésithérapie de haute qualité et financièrement accessibles, cette commission parlementaire doit examiner d'urgence s'il est toujours judicieux de maintenir une législation complètement dépassée et défavorable aux patients datant d'il y a 50 ans. Ne vaudrait-il pas mieux la remplacer par une législation qui n'est pas discriminatoire à l'égard des patients en ce qui concerne le remboursement des prestations de soins de santé?

Axxon estime que les articles 45, 49 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi SSI), récemment modifiés, devront l'être une nouvelle fois à court terme parce que les modifications apportées violent les articles 10 et 11 de la Constitution. À cette fin, Axxon a également engagé une procédure devant la Cour constitutionnelle.

⁴ Plus d'informations sur www.pqk.be/fr.

Een patiënt die een niet-toegetreden kinesitherapeut raadpleegt, wordt geconfronteerd met een verminderde terugbetaling van 25 %. De patiënt wordt met andere woorden gesanctioneerd terwijl die patiënt bij geen enkele onderhandeling betrokken of geraadpleegd is. De patiënt wordt op die manier totaal onwetend door de overheid financieel getroffen, en de kinesitherapeut wordt hierbij als verantwoordelijke aangewezen. Het is nochtans de overheid die de kosten omhoog jaagt voor de patiënt door de terugbetaling met 25 % te verminderen.

Vergeleken met artsen en tandartsen geldt de discriminatie in hoofde van kinesitherapeuten ook voor de onderstaande elementen:

- een gedeconventioneerde arts moet het tariefakkoord niet respecteren bij patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, wat voor een gedeconventioneerde kinesitherapeut wel van toepassing is;

- een arts kan zich gedeeltelijk convenueeren, waardoor hij het recht behoudt op zijn sociale RIZIV-voordelen. Een kinesitherapeut kan niet partieel convenueeren;

- wanneer meer dan 51 % van de artsen het tariefakkoord weigert, treedt het tariefakkoord niet in werking. Zelfs wanneer 100 % van de kinesitherapeuten de overeenkomst weigert, blijft deze van toepassing. De terugbetaling is dan voor alle patiënten gelijk, maar de minister kan bijkomend maximumtarieven opleggen voor de kinesitherapeuten.

Axxon beschouwt de hoger vermelde discriminaties als een pure aanfluiting van de art.10 en 11 van de Belgische Grondwet waarin respectievelijk het gelijkheidsbeginsel en het non-discriminatiebeginsel bepaald worden.

Overeenkomstig art.10 van de Grondwet zijn de Belgen gelijk voor de wet. Art.11 van de Grondwet bepaalt dat het genot van de aan de Belgen toegekende rechten en vrijheden zonder discriminatie moet worden verzekerd.

2. Ulteenzetting van de heer Didier Leva, Union des Kinésithérapeutes de Belgique (UKB)

Hervorming van de gezondheidszorgberoepen

Om bij de hervorming van de gezondheidszorg de zorgdoelstellingen te bereiken zal men aandacht moeten besteden aan wat er op het terrein gebeurt. Precies dat is wat de UKB de meeste zorgen baart. De spreker stelt voor om de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg in

Un patient qui consulte un kinésithérapeute non conventionné voit son remboursement réduit de 25 %. En d'autres termes, c'est le patient qui est sanctionné, alors qu'il n'est associé à aucune négociation et qu'il n'est nullement consulté. Le patient est ainsi lésé sur le plan financier par l'autorité, à son insu, et c'est le kinésithérapeute qui est désigné comme responsable. C'est pourtant l'autorité qui fait grimper les prix pour le patient en réduisant de 25 % le remboursement.

Par comparaison avec les généralistes et avec les dentistes, la discrimination dont font l'objet les kinésithérapeutes concerne également les éléments suivants:

- contrairement au kinésithérapeute déconventionné, un médecin déconventionné ne doit pas respecter l'accord tarifaire chez les patients bénéficiant d'une intervention majorée;

- un médecin peut se convenueer partiellement, et maintenir ainsi son droit aux avantages sociaux de l'INAMI. Un kinésithérapeute ne peut pas se convenueer partiellement;

- si plus de 51 % des médecins refusent l'accord tarifaire, celui-ci n'entre pas en vigueur. Même si 100 % des kinésithérapeutes refusent la convention, celle-ci reste applicable. Le remboursement est alors le même pour tous les patients, mais le ministre peut imposer en plus des tarifs maximums aux kinésithérapeutes.

Axxon considère que les discriminations susmentionnées bafouent purement et simplement les articles 10 et 11 de la Constitution belge, qui consacrent respectivement le principe d'égalité et le principe de non-discrimination.

Conformément à l'article 10 de la Constitution, les Belges sont égaux devant la loi. L'article 11 de la Constitution dispose que la jouissance des droits et libertés reconnus aux Belges doit être assurée sans discrimination.

2. Exposé de M. Didier Leva, Union des Kinésithérapeutes de Belgique (UKB)

La réforme des professions des soins de santé

Pour réaliser les objectifs de soins, dans la réforme des soins de santé, il faudra faire attention à ce qui se passe sur le terrain. Et c'est bien cela qui se trouve au cœur des inquiétudes de l'UKB. M. Leva propose de décrire *grossièrement* les première et deuxième lignes

grote lijnen te beschrijven. De eerstelijnszorg omvat de verzorging thuis en in de praktijkkamer van de kinesitherapeut. De tweedelijnszorg heeft plaats in het ziekenhuis.

De UKB wil uit het “*hospitalocentrisme*” stappen. Dat begrip staat voor de toestand dat in de huidige door de overheid geïnitieerde proefprojecten het ziekenhuis een overheersende rol heeft, omdat het zelf het budget beheert. De UKB is daar niet helemaal tegen gekant, omdat een budgetmanager nodig is. Elke plaats van verstreking, van de eerste en de tweede lijn, moet echter behouden blijven. Het ziekenhuis zou niet langer zorgverstrekkers naar huis mogen sturen, net zomin als het zou willen dat onafhankelijke zorgvertrekkers naar het ziekenhuis komen.

Het verheugt de spreker dat men de kinesitherapeuten in verband met de zorgtrajecten heeft gehoord. De kinesitherapeut kan immers deelnemen aan het zorgtraject voor de type 2-diabetici. De spreker is echter bevreesd omdat er maar twee kinesitherapeuten-opvoeders in de diabetologie voor 610 000 patiënten met diabetes type-2 zijn. Bovendien wordt bepaald dat er maar vijf sessies worden terugbetaald. Er is geen enkele verplichting om voor dat soort therapie te kiezen, wat te maken heeft met een tekort aan *incentives*, zowel voor de patiënt, de arts als de kinesitherapeut, die 150 uur opleiding moet volgen om een opvoeder in diabetologie te zijn, terwijl hij al een stevige basisopleiding heeft.

De spreker merkt op dat de kinesitherapeut heel vaak het vijfde wiel aan de wagen is. Daarom is hij verheugd dat men oren heeft gehad voor het oude verzoek van de UKB om de kinesitherapeut in het zorgtraject op te nemen. Hij vindt ook dat er aan de handelingen van de kinesitherapie vaak wordt geknabbeld door andere beroepen – verpleegkundigen die pre- en postnatale verstrekkingen verrichten of evalueren. De UKB wil erop wijzen dat iedereen zijn plaats heeft en dat de kinesitherapeut heel goed is opgeleid om een evaluatie te maken, meer bepaald van het bewegingsapparaat. Dat moet behouden blijven.

Het instellen van een Orde van kinesitherapeuten is één van de eisen van de UKB. De heer Leva herinnert eraan dat de Orde der artsen in eerste instantie werd ingesteld om de patiënten te beschermen. In de kinesitherapie heb je een waslijst technieken die van ver of nabij met kine verwant zijn. Alleen een Orde kan de patient beschermen. De UKB wenst bovendien dat die Orde zou worden geleid door mensen die in de praktijk staan, dus kinesitherapeuten die hun beroep ook uitoefenen. In Frankrijk, bijvoorbeeld, besteden kinesitherapeuten drie dagen aan hun praktijk in een kabinet of thuis, en twee

de soins. La première ligne de soins représente les soins à domicile et au cabinet des kinésithérapeutes. La deuxième ligne de soins est l'hôpital.

L'UKB désire sortir de l'hospitalocentrisme. Par cette notion, l'on vise le fait que dans les projets-pilotes actuels initiés par le gouvernement, l'hôpital a une place prépondérante car il gère lui-même le budget. L'UKB n'est pas tout à fait contre car il faut un gestionnaire du budget. Par contre, chaque lieu de prestation, de première et de deuxième ligne, doit rester à sa place. L'hôpital ne devrait plus diriger des prestataires vers le domicile, tout comme il n'aimerait pas que des prestataires indépendants viennent faire des soins en milieu hospitalier.

M. Leva se réjouit que les kinésithérapeutes ont été entendus en ce qui concerne les trajets de soins. En effet le kinésithérapeute peut participer au trajet de soins pour les diabètes de type 2. Cependant, l'orateur exprime ses craintes par rapport au fait qu'il n'y a que deux kinésithérapeutes éducateurs en diabétologie pour 610 000 patients diabétiques de type 2. En outre, il est prévu que cinq séances seulement soient remboursées. Il n'y a aucune obligation de recourir à ce type de thérapie, ce qui est couplé à un manque d'incitants, à la fois pour le patient, le médecin et le kinésithérapeute, qui doit suivre 150 heures de formation pour être éducateur en diabétologie tout en ayant déjà une formation de base soutenue.

M. Leva observe que le kinésithérapeute est bien souvent la cinquième roue du carrosse. Pour cette raison, il se réjouit que la vieille demande de l'UKB que le kinésithérapeute soit intégré dans les trajets de soin ait été entendue. Il estime également que les actes de la kinésithérapie sont souvent grignotés par d'autres professions – les infirmiers qui font de la pré- et postnatale ou des bilans. L'UKB tient à rappeler que chacun doit être à sa place et que le kinésithérapeute est très bien formé pour faire une évaluation, notamment locomotrice. Cela doit être maintenu.

L'Ordre de la Kinésithérapie est une des revendications de l'UKB. M. Leva tient à rappeler que l'Ordre des Médecins avait été créé d'abord pour protéger le patient. En kinésithérapie, il y a une foule de techniques qui s'apparentent de près ou de loin à de la kiné. Seul un Ordre peut protéger le patient. Par ailleurs, l'UKB souhaite que cet Ordre soit géré par les prestataires, des kinésithérapeutes qui soient également praticiens. En France, par exemple, des kinésithérapeutes réservent trois jours à la pratique en cabinet ou à domicile et deux jours à l'Ordre. Un Ordre géré par la profession

dagen aan de Orde. Een Orde die gerund wordt door mensen die in het beroep staan, kan ook besparingen opleveren voor de volksgezondheid. De Orde zou het aantal kinesitherapeuten kunnen berekenen en een zogeheten kadaster vaststellen. Een en ander zou door de sector worden gefinancierd, doordat de kinesitherapeuten een bijdrage zouden betalen.

Samenwerking tussen de zorgverleners, multidisciplinariteit en zorgcontinuïteit

In sommige medische voorzieningen, zoals de wijkgezondheidscentra met een forfaitair betalingssysteem, is multidisciplinariteit sterk verankerd. Jammer genoeg komt in de Franstalige wereld multidisciplinariteit te weinig voor, zowel bij de kinesitherapeuten als bij de huisartsen.

De regering biedt momenteel subsidies aan voor lessen voor artsen ter bevordering van het systeem e-Gezondheid. Bedoeling is toegang te hebben tot het gezondheidsnet en het door de arts bijgehouden medisch dossier, of het globaal dossier, of ten minste een samenvatting van dat medisch dossier. Het RIZIV heeft in dit dossier heel wat desiderata. Voor een breuk, bijvoorbeeld, kan een foto daarvan worden geüpload, naast het door de arts voorgeschreven nummer. Er wordt heel wat informatie gevraagd, die de kinesitherapeut in het medisch dossier zou moeten gaan raadplegen via e-Gezondheid. De artsen staan naar verluidt echter op de rem, omdat zij verantwoordelijkheid dragen. De meeste artsen doen niet mee, omdat zij verantwoordelijk zijn voor het dossier, dat ze moeten bewaren en afschermen. De vraag werd onlangs voorgelegd aan een forum van zorgverleners. Het zou de bedoeling zijn dat dossiers worden gedeeld. Het zijn de artsen die hierin verandering kunnen brengen. Dat is een belangrijk aspect. Zo is de evaluatie van het bewegingsapparaat een van de voorrechten van de kinesitherapeuten, die daarvoor het best opgeleid zijn. De heer Leva illustreert zijn argument met een ervaring uit zijn eigen praktijk: zo heeft hij meegemaakt dat een verpleegster die de adviserende arts bijstaat aan huis gaat bij een ernstig zieke patiënt om het bewegingsapparaat van de patiënt te evalueren. Zij is daarvoor echter niet opgeleid. De Orde van kinesitherapeuten zou schoon schip kunnen maken wat de praktijkvoering betreft.

Vereiste competenties en voorwaarden om het beroep te mogen uitoefenen

De basisopleiding kinesitherapie duurt thans vier jaar in de Franse Gemeenschap en vijf jaar in Vlaanderen. De UKB pleit voor een vijfjarige opleiding. Ze trekt echter ook aan de alarmbel: onder de vorige regeerperiode ontstond de trend om specialisten op te leiden die vastzitten

pourrait également générer des économies pour la santé publique. En effet, il pourrait calculer le nombre de kinésithérapeutes et définir ce que l'on appelle le cadastre. Ce serait financé par le secteur étant donné qu'il y aurait une cotisation payée par les kinésithérapeutes.

La collaboration entre les prestataires de soins, la multidisciplinarité et la continuité des soins

Dans certaines pratiques médicales, notamment dans les maisons médicales au forfait, la multidisciplinarité est bien implantée. En francophonie, la multidisciplinarité est malheureusement trop peu présente à la fois chez les kinésithérapeutes et chez les médecins généralistes.

Actuellement, le gouvernement offre des subsides aux médecins pour des cours favorisant l'e-Santé, à savoir pour avoir accès au réseau de santé et au dossier médical fait par le médecin, ou le dossier global, ou du moins un résumé de ce dossier médical. L'INAMI demande toute une série de prérogatives dans le dossier. Pour une fracture, par exemple, l'on pourrait y mettre une photo de la fracture en plus du numéro prescrit par le médecin. Toute une série d'éléments sont demandés et le kinésithérapeute devrait aller voir dans le dossier médical via l'e-Santé. Or, il s'avère que les médecins, aujourd'hui, font blocage, mettant en avant leur responsabilité. Comme ils sont responsables du dossier qu'ils doivent garder et protéger et que cette responsabilité n'est pas partagée, la majorité des médecins ne jouent pas le jeu. La question a été posée récemment à une plateforme de prestataires et le partage des dossiers semble être prévu. Ce sont les médecins qui ont la possibilité de changer cela. C'est un aspect important car, par exemple, l'évaluation locomotrice est l'une des prérogatives des kinés étant donné qu'ils sont le mieux formés pour cela. M. Leva illustre son argument avec une expérience issue de sa propre pratique: pour un patient en pathologie lourde, il a vu une infirmière aidant le médecin conseil débarquer à domicile et faire une évaluation locomotrice du patient. Cependant, elle n'a pas la formation pour établir une telle évaluation. Dans ce cadre, l'Ordre de la Kinésithérapie pourrait faire le tri dans les pratiques.

Les compétences et conditions requises pour exercer la profession

Actuellement, la formation de base en kinésithérapie dure quatre ans en Communauté française et cinq ans en Flandre. L'UKB prône une formation d'une durée de cinq ans. Mais elle tire également la sonnette d'alarme: sous la législature précédente, la tendance à former

in een subsegment van de kinesitherapie. Volgens de UKB strookt dit in geen geval met de reële situatie in het werkveld, maar komt het voort uit de wens van de universiteiten en van bepaalde wetenschappers om de kinesitherapie meer aanzien te geven.

Specialisaties en onderzoek kunnen het beroep beslist een boost geven, maar de internationale aanbevelingen, zoals die van de *World Federation for Physical Therapy* (WCPT), pleiten voor een opleiding van minstens vier jaar, toegespitst op diverse competenties. In Canada duurt de opleiding vier en een half jaar. Diverse competenties houdt in dat de kinesitherapeut alles moet aankunnen. Het is noodzakelijk de patiënt op omvattende wijze te benaderen en meerdere subdomeinen te beheersen, waartussen verbanden kunnen worden gelegd.

De heer Leva illustreert dit met een voorbeeld uit zijn eigen praktijk. Hij verzorgt een patiënt aan huis voor een gebroken heup met complicaties. Daar deze persoon zich niet kan verplaatsen, gaat ze met de ziekenwagen naar de chirurg om een radiografie te doen uitvoeren. De arts stelt vervolgens vast dat de patiënt een bronchitis heeft en hij schrijft ademhalingskinesitherapie voor. De UKB is tegen een systeem zoals dat bestaat voor de geneeskunde, waarbij een patiënt met een longontsteking zes weken of zelfs zes maanden moet wachten op een afspraak voor ademhalingskinesitherapie – en niet eens in het ziekenhuis – omdat er onvoldoende specialisten zouden zijn. In het buitenland zijn er 10 à 20 % specialisten. Dit systeem is zich binnen het beroep aan het structureren. De minister geeft aan hier geen voorstander van te zijn, maar stelt dat er op dit ogenblik niets aan kan worden gedaan, omdat dit een voortvloeisel is van de vorige regeerperiode.

3. Uiteenzetting van de heer Peter Van Roy, Federale Raad voor de kinesitherapie

Een gemeenschappelijk gedachtengoed achter de hervormingsplannen

De FRK deelt een aantal uitgangspunten en standpunten die door de overheid worden gehanteerd bij de hervormingsplannen van het oude KB nr.78. De Raad is van mening dat diverse bepalingen in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 deels zijn achterhaald en onvoldoende de kinesitherapie in zijn hedendaagse nationale en internationale context weerspiegelen.

Net zoals de overheid wil de FRK streven naar:

des spécialistes cloisonnés dans les sous-domaines de la kinésithérapie a vu le jour. Selon l'UKB, cela ne correspond absolument pas à la réalité de terrain mais à une volonté des universités et de certains scientifiques de valoriser davantage la kinésithérapie.

Les spécialisations et la recherche permettent certes de tirer la profession tout entière vers le haut, mais les recommandations internationales, dont celles de la *World Federation for Physical Therapy* (WCPT), prônent une formation minimale de quatre ans en pluri-compétences. Au Canada, elle dure quatre ans et demi. Pluri-compétent veut dire que le kiné doit pouvoir tout faire. Il est nécessaire d'avoir une approche globale du patient et de maîtriser plusieurs sous-domaines, ce qui permet de faire des liens entre ceux-ci.

M. Leva illustre cela avec un exemple de sa propre pratique. Il soigne un patient à domicile pour une fracture de hanche avec complications. Cette personne n'est pas capable de se déplacer donc elle va en ambulance chez le chirurgien pour faire une radiographie. La prescription du médecin indique ensuite que le patient a une bronchite et qu'il convient de faire de la kiné respiratoire. L'UKB ne veut pas d'un système comme celui de la médecine dans lequel le patient atteint de pneumonie doit attendre six semaines ou six mois pour avoir un rendez-vous en kinésithérapie respiratoire, à l'extérieur de surcroît, car il n'y aurait pas suffisamment de spécialistes. À l'étranger, il y a entre 10 et 20 % de spécialistes. Ce système est en train de se structurer au sein de la profession. La ministre prétend ne pas y être favorable mais dit qu'à l'heure actuelle, rien ne peut être fait étant donné que cela provient de la législature précédente.

3. Exposé de M. Peter Van Roy, Conseil fédéral de la kinésithérapie

Une idée commune derrière les plans de réforme

Le CFK partage une série de principes et de points de vue prônés par les pouvoirs publics dans le cadre des plans de réforme de l'ancien arrêté royal n° 78. Le Conseil considère que plusieurs dispositions de la loi coordonnée du 10 mai 2015 sont partiellement dépassées et qu'elles ne reflètent pas suffisamment la kinésithérapie dans son contexte national et international contemporain.

Comme les pouvoirs publics, le CFK poursuit les objectifs suivants:

- competente zorgverleners,
- een multidisciplinaire geïntegreerde gezondheidszorg,
- de patiënt centraal stellen,
- *Evidence Based Practice*,
- aandacht voor preventie,
- een kwaliteitsvolle gezondheidszorg met aandacht voor sociologische, professionele en technologische evoluties,
- de implementatie van *e-Health*,
- aandacht voor een goede beroepsdeontologie.

De heer Van Roy wenst op deze punten nader in te gaan en een aantal bezorgdheden te vermelden.

Competente zorgverleners

In ons land worden kinesitherapeuten gevormd in masteropleidingen, die zich op niveau 7 van het Europees kwalificatieraamwerk (EQF) bevinden en internationaal een zeer goede benchmarking vertonen. Elke afstuderende kinesitherapeut wordt opgeleid tot omnipracticus teneinde gestalte te kunnen geven aan de drie hoofdrollen van het beroepscompetentieprofiel:

1. de kinesitherapeut als zorgverlener,
2. de kinesitherapeut als manager en ondernemer,
3. de kinesitherapeut als beroepsontwikkelaar, beroepsinnovator en wetenschappelijk vorser.

Deze rollen kunnen een invulling krijgen in zeer uiteenlopende *settings*.

Het nieuwe beroepscompetentieprofiel⁵ (BCP) geeft ruime aandacht aan kwaliteitsbevordering, waarin *life long learning* een belangrijke rol vervult. Zodoende spoort het BCP met de plannen van *licence to practice* en portfolioverplichting.

⁵ Beroepscompetentieprofiel van de Kinesitherapeut in België anno 2020 (Federaal Raad voor de Kinesitherapie, april 2016; basistekst en bijlage, website FOD Volksgezondheid) http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/pcp_kine_2020_0.pdf. http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/bijlagen_bcp_van_de_kinesitherapeut_anno_2020.pdf.

- des prestataires de soins compétents;
- des soins de santé pluridisciplinaires intégrés;
- la priorité au patient;
- la pratique fondée sur des données probantes (*evidence based practice*);
- la promotion de la prévention;
- des soins de santé de qualité, prenant en compte les évolutions sociologiques, professionnelles et technologiques;
- la mise en œuvre de *e-Health*;
- la promotion de la déontologie.

M. Van Roy souhaite détailler ces aspects et évoquer une série de préoccupations.

Des prestataires de soins compétents

Dans notre pays, les kinésithérapeutes sont formés par le biais de masters, qui se situent au niveau 7 du cadre européen des certifications (CEC), et se classent très positivement au niveau international. Chaque kinésithérapeute diplômé est formé comme omnipraticien afin de pouvoir assumer les trois rôles principaux du profil de compétences professionnel:

1. le kinésithérapeute en tant que prestataire de soins;
2. le kinésithérapeute en tant que gestionnaire et entrepreneur;
3. le kinésithérapeute en tant que développeur de la profession, qu'innovateur et que chercheur.

Ces rôles peuvent prendre se concrétiser dans des situations très diverses.

Le nouveau profil de compétences professionnelles⁵ (PCP) accorde une grande attention à la promotion de la qualité, l'apprentissage continu jouant un rôle important en l'occurrence. Le PCP rejoint ainsi les projets de *licence to practice* et l'obligation de portefeuille.

⁵ Le profil de compétences professionnelles du kinésithérapeute en Belgique en 2020 (Conseil fédéral de la kinésithérapie, avril 2016; texte de base et annexe, site internet SPF Santé publique http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/annexes_au_pcp_du_kinesitherapeute_en_2020_0.pdf. http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/bijlagen_bcp_van_de_kinesitherapeut_anno_2020.pdf.

Een portfoliovereiste is thans reeds uitgetekend m.b.t. de bijzondere beroepsbekwaamheden in bepaalde deelgebieden van de kinesitherapie. Het is belangrijk om aan te geven dat de mensen die een bijzondere beroepsbekwaamheid uitoefenen ook steeds omnipracticus zijn en bereikbaar blijven voor zaken die tot het gebied van de omnipracticus behoren. Voor deze bijzondere beroepsbekwaamheden zijn bij MB algemene en bijzondere criteria vooropgesteld, teneinde vanop een verhoogd competentieplatform te functioneren. Deze criteria situeren zich op het vlak van onderwijs, praktische ervaring en navorming. Bijzondere beroepsbekwaamheden in de kinesitherapie zijn belangrijk om aan artsen, patiënten, collega's kinesitherapeuten en andere gezondheidszorgmedewerkers op transparante wijze aan te geven wie bijzonder bekwaam is in bepaalde deelgebieden van de kinesitherapie en, zoals reeds aangehaald is, wat serieuze en wat niet kwaliteitsvolle kinesitherapie is. Het behoud van dergelijke erkenning is gekoppeld aan bepaalde voorwaarden, eveneens vastgelegd bij MB. Enkele dossiers van bijzondere beroepsbekwaamheden zitten reeds geruime tijd in de *pipeline* en zouden bij de hervorming best hun beslag krijgen: sportkinesitherapie, kinesitherapie in de geriatrie en psychomotorische kinesitherapie.

Multidisciplinaire geïntegreerde gezondheidszorg

De FRK is voorstander van multidisciplinair werken waarbij de samenwerking meer oplevert dan de som van de individuele bijdragen, multidisciplinair samenwerken gestoeld op wederzijds respect tussen de gezondheidszorgberoepen, met een goede valorisatie en herkenbaarheid van de kinesitherapie als gezondheidszorgberoep – wat niet altijd en overal het geval is op dit ogenblik. Belangrijk is hierbij op te merken dat kinesitherapie niet uitsluitend een revalidatieberoep is. De kinesitherapeut is actief in verschillende medische domeinen. De FRK gaat derhalve akkoord met transversale samenwerking in adviesorganen, teneinde tegemoet te komen aan een behoefte vanuit de evolutie in de gezondheidszorg, tevens een vraag vanuit het beleid. Maar toch is de Raad ook sterk vragende partij voor het behoud van een eigen verticaal federaal adviesorgaan. Het gaat hierbij om een sterke behoefte vanuit de beroepsgroep om over dergelijk orgaan te kunnen blijven beschikken. Besparingsbehoeften mogen de beroepsdynamiek in relatie tot de overheid niet fnuiken.

Op het symposium van 28 september 2016 over de hervorming van het KB nr.78 werd gesteld “dat naar de toekomst toe de patiënt niet meer voor elke eenvoudige verstrekking bij de arts zou moeten langsgaan. De patiënt zou de mogelijkheid krijgen zich rechtstreeks tot een gezondheidszorgberoepsbeoefenaar te richten voor

Une condition de portefeuille est déjà prévue en ce qui concerne les qualifications professionnelles particulières dans certains sous-domaines de la kinésithérapie. Il est important de noter que les personnes qui exercent une qualification professionnelle particulière sont par ailleurs toujours des omnipraticiens et restent disponibles pour les cas qui relèvent du domaine de l'omnipraticien. Un AM a fixé des critères généraux et particuliers pour ces qualifications professionnelles particulières afin de fonctionner au départ d'une plateforme de compétences surélevée. Ces critères ont trait à l'enseignement, à l'expérience pratique et à la formation continue. Les qualifications professionnelles particulières en kinésithérapie sont importantes afin de permettre en toute transparence aux médecins, patients et confrères kinésithérapeutes de savoir quels kinésithérapeutes ont une qualification particulière dans un sous-domaine de la kinésithérapie et, ainsi qu'il a été indiqué, quelle est la kinésithérapie sérieuse ou non. Le maintien d'une telle reconnaissance est lié à certaines conditions fixées, elles aussi, par AM. Quelques dossiers de qualifications professionnelles particulières sont à l'examen depuis longtemps déjà et pourraient aboutir à la faveur de la réforme: la kinésithérapie sportive, la kinésithérapie gériatrique et la kinésithérapie psychomotrice.

Les soins de santé pluridisciplinaires intégrés

Le CFK est partisan d'une approche pluridisciplinaire, la collaboration étant plus fructueuse que la somme des contributions individuelles, la collaboration pluridisciplinaire fondée sur le respect mutuel entre professions des soins de santé, la kinésithérapie étant correctement valorisée et reconnaissable en tant que profession des soins de santé – ce qui n'est pas toujours ni partout le cas actuellement. À cet égard, il est important de noter que la kinésithérapie n'est pas uniquement une profession de revalidation. Le kinésithérapeute travaille dans différents domaines médicaux. Le CFK marque dès lors son accord sur une collaboration transversale au sein des organes consultatifs, afin de répondre à un besoin né de l'évolution observée dans les soins de santé ainsi qu'à une demande de la politique. Le Conseil n'en est pas moins largement demandeur du maintien d'un organe consultatif vertical propre au niveau fédéral. Il s'agit en l'occurrence d'un besoin important exprimé par le groupe professionnel désireux de pouvoir continuer à disposer d'un tel organe. Les nécessaires économies ne peuvent étouffer la dynamique professionnelle.

Lors du symposium du 28 septembre 2016 consacré à la réforme de l'arrêté royal n° 78, il a été indiqué qu'à l'avenir le patient ne devrait plus passer par le médecin pour chaque prestation simple. Le patient aurait la possibilité de s'adresser directement à un professionnel des soins de santé pour les actes relevant des qualifications

de handelingen die tot de basisbekwaamheden van die gezondheidszorgberoepsbeoefenaar behoren. Met andere woorden, een verwijzend voorschrift kan facultatief worden en niet meer verplicht. Dit is een element van *empowerment* van de patiënt.”

De FRK heeft reeds in 2015 een advies over directe toegang tot de kinesitherapie ingediend waarin de redenen en omstandigheden worden voorgesteld, waarin de Koning kan bepalen dat kan worden afgezien van de vereiste van het voorschrijf. In dit advies wordt genuanceerd omschreven wat als eenvoudige verstrekking kan worden beschouwd.

De patiënt centraal stellen

In dit verband stipuleert het nieuwe beroepscompetentieprofiel dat het gezondheidsprobleem van de patiënt als aangrijppingspunt wordt genomen, de patiënt in het zorgproces wordt betrokken met doel- en patiëntgerichte informatie, zorg wordt verleend die respectvol is voor en responsief is aan individuele mogelijkheden, voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt. Verder wordt de hulpvraag van de patiënt in diens specifieke context meegewogen bij probleemanalyse en het opstellen van het behandelplan. Interpretaties worden voorgelegd aan de patiënt met desgevallend waarschuwing voor risico's. Er wordt gewerkt met *Shared decision making*.

Evidence based practice (EBP)

De kinesitherapie kent de afgelopen decennia een sterke verbreding en verdieping van de *body of knowledge* van het beroep. Deze internationale evolutie wordt gekenmerkt door een sterke omslag van *authority based* kinesitherapie naar *scientific based* kinesitherapie. Dit geschiedt met een sterke participatie aan wetenschappelijk onderzoek van onze Belgische onderwijs- en onderzoeksinstellingen.

Aandachtspunt: kinesitherapie dient in de nieuwe kaderwet te behoren tot de gezondheidszorgberoepen die gerechtigd zijn om wetenschappelijk onderzoek te verrichten in het kader van diensten aan de patiënt, met of zonder diagnostisch of therapeutisch doel.

Aandacht voor preventie

Preventie is een inherent onderdeel van het beroep. Bij een ontwrichte schouder focust de behandeling meteen op het voorkomen van een nieuwe schouderluxatie. Preventie heeft nog aan belang gewonnen in de hedendaagse gezondheidszorg, getuige hiervan het belang van valpreventie bij bejaarden. Toch ontbreekt preventie in het hoofdstuk kinesitherapie van de wet van

de base de ce professionnel des soins de santé. En d'autres termes, une prescription peut devenir facultative et ne plus être obligatoire. Il s'agit d'un élément d'autonomisation du patient.

Le CFK a déjà rendu en 2015 un avis sur l'accès direct à la kinésithérapie précisant pour quels motifs et dans quelles circonstances le Roi peut déterminer qu'il peut être renoncé à la prescription obligatoire. Cet avis donne une définition nuancée de ce que peut être une prestation simple.

Accorder une place centrale au patient

À cet égard, le nouveau profil de compétences professionnelles stipule que le problème de santé du patient doit être pris comme point de départ, que le patient doit être associé au processus de soins à la faveur d'informations ciblées et personnalisées, que les soins doivent être respectueux et répondre aux possibilités, préférences, souhaits et attentes du patient. En outre, la demande d'aide du patient dans son contexte spécifique est prise en compte dans l'analyse du problème et l'établissement du plan de traitement. Les interprétations sont soumises au patient qui est, le cas échéant, mis en garde contre les risques. Il est procédé selon le modèle *shared decision making*.

Evidence based practice (EBP)

En matière de kinésithérapie, le corpus de connaissances de la profession s'est fortement étendu et approfondi au cours de la décennie écoulée. Cette évolution internationale a été caractérisée par un basculement de la kinésithérapie basée sur l'autorité vers une kinésithérapie basée sur la science. À cette fin, nos institutions d'enseignement et de recherche belges participent activement à la recherche scientifique.

Point d'attention: dans une nouvelle loi-cadre, la kinésithérapie doit relever des professions des soins de santé qui sont autorisées à effectuer de la recherche scientifique dans le cadre de services au patient, que ce soit ou non à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

Attention pour la prévention

La prévention fait partie intégrante de la profession. En cas de luxation de l'épaule, le traitement se concentre directement sur la prévention d'une nouvelle luxation. La prévention a encore gagné en importance dans les soins de santé contemporains, comme en témoigne l'importance de la prévention des chutes chez les personnes âgées. La prévention est toutefois

10 mei 2015. Het nieuwe beroepscompetentieprofiel benadrukt de rol van preventie.

Kwaliteitsvolle gezondheidszorg met aandacht voor sociologische, professionele en technologische evoluties

Kwaliteitsvolle gezondheidszorg staat in relatie tot diverse andere aandachtspunten: competentie zorgverleners, *life long learning*, *Evidence Based Practice*, aandacht voor deontologie, elektronisch patiëntendossier... Aandacht voor sociologische, professionele en technologische evoluties komen o.m. aan bod bij kritische reflecties in het kader van kwaliteitszorg, net als wetenschappelijke evolutie en wetenschappelijke onderbouwing van het kinesitherapeutisch handelen. ProQKine heeft de afgelopen jaren pionierswerk geleverd inzake kwaliteitsbevordering in de kinesitherapie, uitgebouwd rond diverse pijlers. Het lijkt ons logisch om de koppeling van het portfolio aan accreditering door het Riziv uit te breiden naar kinesitherapeuten.

Implementatie van e-Health

De implementatie van e-Health kan worden gezien als een onderdeel van efficiënte communicatie in multidisciplinaire context met een centraal geplaatste patiënt, kwaliteitsvolle praktijkbeoefening en autonome uitoefening van het beroep.

Aandacht voor een goede beroepsdeontologie

Bij de aandacht voor een goede beroepsdeontologie is het kunnen beschikken over een deontologisch orgaan als onderdeel van kwaliteitsvolle gezondheidszorg een belangrijk streefdoel voor de FRK. Bij voorkeur een deontologisch orgaan met een viertrapstructuur⁶, om te beantwoorden aan de Europese normen, met als doel een positieve deontologie te hanteren: informeren, adviseren en sanctioneren indien nodig. Dit doel kan deels worden gerealiseerd in samenwerking met andere gezondheidszorgberoepen, cfr. de plannen van een gemeenschappelijke deontologische kamer.

absente dans le chapitre relatif à la kinésithérapie de la loi du 10 mai 2015. Le nouveau profil de compétences souligne le rôle de la prévention.

Des soins de santé de qualité attentifs aux évolutions sociologiques, professionnelles et technologiques

La qualité des soins de santé est liée à divers autres points d'attention: des prestataires de soins compétents, l'apprentissage tout au long de la vie, la pratique fondée sur des données probantes, le souci de la déontologie, le dossier électronique du patient, La nécessité d'accorder une attention aux évolutions sociologiques, professionnelles et technologiques est notamment évoquée dans des réflexions critiques dans le cadre des soins de qualité, tout comme l'évolution scientifique et le fondement scientifique de l'acte kinésithérapeutique. Ces dernières années, ProQKine a fait œuvre de pionnier dans le domaine de la promotion de la qualité en kinésithérapie, en articulant son action autour de divers piliers. Il semble logique d'étendre aux kinésithérapeutes le portefeuille d'accréditation par l'INAMI.

Mise en œuvre d'e-Health

La mise en œuvre d'e-Health peut être considérée comme une composante d'une communication efficace, dans un contexte multidisciplinaire, avec un patient occupant une place centrale, d'une pratique de qualité et d'un exercice autonome de la profession.

Attention pour une déontologie professionnelle appropriée

Concernant l'attention accordée à une déontologie professionnelle appropriée, un objectif important pour le CFK est de pouvoir disposer d'un organe déontologique comme composante de soins de santé de qualité. Il s'agirait de préférence d'un organe doté d'une structure à quatre niveaux⁶, afin de répondre aux normes européennes, et qui aurait pour but d'appliquer une déontologie positive: informer, conseiller et sanctionner si nécessaire. Cet objectif peut être réalisé partiellement en collaboration avec d'autres professions des soins de santé, comme en témoignent les projets de création d'une chambre déontologique commune.

⁶ De Groot E., Onderzoek naar een doeltreffend tuchtrecht voor gezondheidsberoepen, Larcier, 2013.

⁶ De Groot E., *Onderzoek naar een doeltreffend tuchtrecht voor gezondheidszorgberoepen*, Larcier, 2013.

4. Uiteenzetting van mevrouw Aurélie Somer, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

4.1. Huidige regelgeving met betrekking tot het beroep van kinesitherapeut

De uitoefening van de kinesitherapie wordt gereeld bij hoofdstuk 3 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG). De § 1 tot 3 van artikel 43 leggen de erkenningsvoorraarden vast; § 4 bepaalt wat als onwettige uitoefening van de kinesitherapie wordt beschouwd en § 6 bepaalt dat een voorschrift vereist is. Paragraaf 1 van artikel 92 van dezelfde wet regelt de contingentering van het beroep van kinesitherapeut, maar is momenteel opgeschort.

Het koninklijk besluit van 15 april 2002 betreffende de erkenning als kinesitherapeut en de erkenning van de bijzondere beroepstitels en bijzondere bekwaamheden legde de erkenningsprocedure vast, maar werd opgeheven als gevolg van de Zesde Staatshervorming en de overdracht van die bevoegdheid naar de gemeenschappen. De opheffing gebeurde voor de Franse Gemeenschap bij een besluit van 2015 en voor de Vlaamse Gemeenschap bij een besluit van 2016.

Een in het kader van deze uiteenzetting belangrijk koninklijk besluit voor het beroep is dat van 25 april 2014 betreffende de lijst van de bijzondere beroepsbekwaamheden voor kinesitherapeuten. Voorts zijn er de ministeriële besluiten (MB) die de volgende aspecten regelen:

- de gemeenschappelijke erkenningscriteria (MB van 22 april 2014),
- de pediatrische kinesitherapie (MB van 22 april 2014),
- de bekkenbodemreëducatie en de perinatale kinesitherapie (MB van 22 april 2014),
- de neurologische kinesitherapie (MB van 22 april 2014),
- de manuele therapie (MB van 22 april 2014),
- de cardiovasculaire kinesitherapie (MB van 22 april 2014),
- de respiratoire kinesitherapie (MB van 22 april 2014),

De twee adviesorganen die krachtens de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 bevoegd zijn voor

4. Exposé de Mme Aurélie Somer, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

4.1. Situation réglementaire actuelle de la profession de kinésithérapeute

L'exercice de la kinésithérapie est légiéré par le chapitre 3 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (ou LEPS). Les §§ 1^{er} à 3 de l'art.43 réglementent les conditions d'agrément, le § 4 définit l'exercice illégal de la kinésithérapie et le § 6 conditionne son exercice à une prescription médicale. Le § 1^{er} de l'art.92 de cette même loi réglemente le contingentement de la profession de kinésithérapeute mais est actuellement suspendu.

L'AR du 15 avril 2002 relatif à l'agrément en qualité de kinésithérapeute et à l'agrément des titres particuliers et des qualifications particulières définissait la procédure d'agrément mais a, suite à la Sixième Réforme de l'État et au transfert de cette compétence aux communautés, été abrogé pour la Communauté française par un arrêté de 2015 et pour la communauté flamande par un arrêté de 2016.

Un dernier arrêté royal significatif pour la profession dans le cadre de cet exposé est l'arrêté du 25 avril 2014 établissant la liste des qualifications particulières pour les kinésithérapeutes. Suivent les arrêtés ministériels (AM) fixant:

- Les critères communs d'agrément (AM du 22 avril 2014),
- La kinésithérapie pédiatrique (AM du 22 avril 2014),
- La rééducation abdominopelvienne et la kinésithérapie périnatale (AM du 22 avril 2014),
- La kinésithérapie neurologique (AM du 22 avril 2014),
- La thérapie manuelle (AM du 22 avril 2014),
- La kinésithérapie cardiovasculaire (AM du 22 avril 2014),
- La kinésithérapie respiratoire (AM du 22 avril 2014).

Les deux organes consultatifs compétents pour les kinés définis par la loi coordonnée du 10 mai 2015 sont le

de kinesitherapeuten zijn de Federale raad voor de kinesitherapie, ingesteld bij artikel 44, en de Planningscommissie medisch aanbod, ingesteld bij artikel 91. De FRK mag zich op verzoek van de minister of op eigen initiatief toeleggen op alles wat verband houdt met het beroep.

De FRK kan de gemeenschapsregeringen op hun verzoek eveneens advies verstrekken over alle aangelegenheiten in verband met de studie en de opleiding van de kinesitherapeuten. De Raad bestaat uit veertien kinesitherapeuten uit de praktijk en het onderwijs. Aan elk lid wordt een plaatsvervanger toegevoegd. Voorts bestaat de FRK uit zes artsen en hun zes plaatsvervangers en twee secretarissen.

Het mandaat van de FRK, waarvan de leden in april 2012 werden benoemd, is recent, op 21 april jongstleden, afgelopen. De hernieuwing van de FRK is gepland voor de komende maanden.

De FRK heeft gewerkt met vijf permanente werkgroepen en heeft in totaal 23 adviezen verstrekkt, waarvan zeven betrekking hebben op de hervorming:

- de werkgroep “bijzondere beroepsbekwaamheden” heeft drie adviezen verstrekkt over bijkomende specialisaties: sportkinesitherapie, geriatrische kinesitherapie en psychomotorische kinesitherapie;
- de werkgroep “deontologie” heeft een advies verstrekkt over een interprofessionele orde;
- de werkgroep “algemeen (wetgevend) kader” heeft een advies verstrekkt over de hervorming van koninklijk besluit nr. 78, alsook een advies tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015;
- de werkgroep “directe toegang” heeft een advies verstrekkt over het behandelen zonder voorschrift;
- de werkgroep “wetenschappelijke commissie” heeft in 2017 zeven adviezen verstrekkt over diverse onderwerpen gaande van *dry needling* tot de rol van de kinesitherapeuten in slaaplaboratoria.

Naast de adviezen die werden voorbereid door deze werkgroepen, die nog steeds aan deze onderwerpen voortwerken, werden ook adviezen voorbereid door werkgroepen samengesteld met het oog op een specifiek thema of door het uitgebreid bureau van de FRK, samengesteld uit het bureau en de voorzitters van de permanente werkgroepen. Die adviezen hadden betrekking op de volgende onderwerpen:

Conseil Fédéral de la kinésithérapie, institué par l'art.44, et la Commission de planification de l'offre médicale, instituée par l'art.91. Le CFK peut traiter de tout ce qui concerne la profession à la demande de la ministre ou de sa propre initiative.

Le CFK peut également donner aux gouvernements de communauté, à leur demande, des avis en toute matière relative aux études et à la formation des kinés. Il est composé de 14 kinésithérapeutes issus de la pratique et de l'enseignement. Chaque membre a un suppléant. 6 médecins, ainsi que 6 suppléants, et 2 secrétaires complètent le CFK.

Le mandat du CFK, dont les membres ont été nommés en avril 2012, vient de s'achever le 21 avril dernier. Le renouvellement du CFK est prévu pour les mois qui viennent.

Le CFK a travaillé avec cinq groupes de travail permanents et remis 23 avis au total, dont 7 sont en lien avec la réforme:

- Le groupe de travail “qualification professionnelle particulière” a produit 3 avis sur des spécialisations supplémentaires: la kiné du sport, la kiné gériatrique et en psychomotricité.
- Le groupe de travail “déontologie” a remis un avis sur un ordre interprofessionnel.
- Le groupe de travail “cadre général (législatif)” a remis un avis sur la réforme de larrêté royal n°78 et un avis pour modifier la loi coordonnée du 10 mai 2015.
- Le groupe de travail “accès direct” a remis un avis pour travailler sans prescription.
- Le groupe de travail “commission scientifique” a donné 7 avis en 2017 sur des sujets divers allant du *dry needling* au rôle des kinés dans les laboratoires de sommeil.

Aux avis préparés par ces groupes de travail, dont les travaux sur ces sujets sont continuellement en cours, s'ajoutent des avis préparés par des groupes de travail composés autour d'un thème ou par le bureau élargi du CFK, composé du bureau et des présidents des groupes de travail permanents. Ces avis ont eu pour objet:

- osteopathie
- de methode Niromathé en de ayurvedische methode
- e-health (advies op verzoek van de minister)
- het profiel van de kinesitherapeut in 2020 (advies op verzoek van de minister)
- artikel 154, waarbij wordt verzocht de overgangsmaatregelen op te heffen
- de zorgtrajecten (twee adviezen), een bevoegdheid van het RIZIV

4.2. Krachtlijnen van de hervorming

De hervorming die wordt voorbereid, omvat twee grote wetsontwerpen: de WUG, waaraan momenteel wordt gewerkt, en de wet op de kwaliteit van de zorgverstrekking, die haar voltooiing nadert. Die laatste wet wil voor alle beoefenaars van een gezondheidszorgberoep algemene kwaliteitsvoorwaarden voor de uitoefening van het beroep vastleggen. Aangezien dit wetsontwerp momenteel door de regering wordt besproken, is mevrouw Somer van oordeel dat ze over dat onderwerp niet verder kan uitwiden.

De hervorming van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen gaat uit van het algemene principe dat een kwaliteitsvolle gezondheidszorg moet worden geboden.

Een en ander berust op drie pijlers:

1. competente, bekwame, autonoom werkende gezondheidsprofessionals;
2. een multidisciplinaire en geïntegreerde gezondheidszorg, met samenwerking binnen een gestructureerde hiërarchie;
3. het centraal stellen van de patiënt via zorg op maat, voor en door de patiënt. Er wordt verwezen naar het concept “piloot – copiloot”.

De hervorming van de gezondheidszorgberoepenwet kan worden voorgesteld als een bloem: de patiënt en de gezondheidszorgkwaliteit bevinden zich in het centrum; de blaadjes errond stellen de diverse vakgebieden met de verschillende beroepen voor, die gezamenlijk worden beschouwd. De kinesitherapie zou zo samen met de logopedie en de ergotherapie deel uitmaken van het vakgebied “revalidatie”.

- l'osthéopathie,
- le Niromathé-ayurvédá,
- E-health (avis demandé par la ministre),
- le profil du kinésithérapeute en 2020 (avis demandé par la ministre),
- l'art.154, demandant la suppression des mesures transitoires,
- les trajets de soins (2 avis), une matière gérée par l'INAMI.

4.2. Lignes directrices de la réforme

La réforme en préparation comporte deux grands projets de loi: la LEPS qui est en cours d'élaboration et la loi sur la qualité des pratiques qui est en cours de finalisation. Cette dernière a pour principe de fixer à tous les professionnels de la santé des conditions génériques de qualité pour pouvoir exercer. Comme ce projet de loi est en discussion au niveau du gouvernement, Mme Somer estime ne pas pouvoir s'étendre sur le sujet.

La réforme de la LEPS se base sur un grand principe de soins de santé de qualité, qui s'appuie sur trois piliers:

1. Des professionnels de soins compétents, soit compétents et capables, et fonctionnant de façon autonome;
2. Des soins de santé multidisciplinaires et intégrés qui collaborent au sein d'une hiérarchie structurée;
3. Le rôle central du patient, où les soins sont conçus sur mesure pour le patient et par le patient. Il est fait référence au concept du pilote-copilote.

La réforme de la LEPS se visualise comme une fleur: le patient et la qualité des soins de santé sont au cœur de celle-ci, entourés de pétales, constitués de différents domaines reprenant les différentes professions qui seront appréhendées conjointement. La kiné ferait ainsi partie du domaine revalidation avec la logopédie et l'ergothérapie.

Voortaan zullen de adviezen zo veel mogelijk gezamenlijk, dat wil zeggen door gemengde werkgroepen met verschillende verwante beroepen, worden verstrekt.

4.3. Planning met betrekking tot het beroep: overzicht van de lopende werkzaamheden en situatieschets

Ook de Planningscommissie oefent haar werkzaamheden uit in het kader van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015. Haar huidige opdracht bestaat erin na te gaan hoe groot het aanbod van medische diensten moet zijn op het vlak van de artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegsters, vroedvrouwen en logopedisten. Binnenkort zullen daar andere beroepen bijkomen.

De werkzaamheden van de Planningscommissie zijn gebaseerd op het project PLANCAD, dat gegevens uit de volgende bronnen onderling koppelt:

- de databank van de gezondheidszorgberoepsbeoefenaars met het recht prestaties te verrichten (het "kadaster" van de FOD);
- het RIZIV;
- het Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming, namelijk RSZ, RSVZ enzovoort.

Op die manier krijgt men zicht op de activiteit binnen het onderzochte beroep en beschikt men over een kadastrer van de actieve gezondheidsprofessionals.

Bij de werkzaamheden van de Planningscommissie worden voor elk beroep systematisch dezelfde stappen gevuld, namelijk:

1. het "kadaster", dus de federale databank de gezondheidszorgberoepsbeoefenaars met het recht prestaties te verrichten (die bijgevolg bij de FOD zijn geregistreerd), wordt geraadpleegd;
2. met behulp van een koppeling wordt het PLANCAD-overzicht opgesteld. Aangezien alle huidige gezondheidszorgprofessionals daarin zijn opgenomen, krijgt men zicht op de activiteit van die beroepsbeoefenaars;
3. er wordt bekeken hoe die populatie er in de toekomst zal uitzien. Dat gebeurt met een wiskundig model waarmee op basis van historische trends en rekening houdend met de veroudering van de populatie basis-scenario's kunnen worden verkregen;
4. vervolgens wordt een tweede oefening gemaakt, die dit keer niet berust op de historische trends en de populatieveroudering; alle huidige gegevens blijven

Les avis seront donnés dès à présent conjointement dans la mesure du possible par des groupes de travail mixtes reprenant les différentes professions apparentées.

4.3. Planification de la profession: aperçu des travaux en cours et état des lieux

La Commission de planification œuvre également dans le cadre de la loi coordonnée du 10 mai 2015. Elle a pour mission actuellement d'examiner les besoins en matière d'offre médicale pour les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmières, les sages-femmes et les logopèdes. Elle sera prochainement élargie aux nouvelles professions.

Les travaux de la Commission de planification se basent sur le projet PLANCAD, qui consiste en un couplage de données entre:

- la Banque de données des professionnels de la santé en droit de prêter ("Cadastre" SPF),
- des données de l'INAMI,
- des données du Datawarehouse Marché du Travail et Protection sociale, à savoir ONSS, INASTI...

Cela permet d'avoir une vue sur l'activité de la profession traitée et représente le cadastre des professionnels de santé actives.

Le travail de la Commission de planification par profession suit systématiquement les mêmes étapes:

1. Le cadastre, qui est la base donnée fédérale des professionnels de santé en droit de prêter, donc enregistrés au niveau du SPF.
2. Grâce à un couplage, le PLANCAD est élaboré. On y retrouve la population actuelle des professionnels de santé, ce qui permet d'avoir une vue sur l'activité des professionnels.
3. Cette population est projetée grâce à un modèle mathématique selon des trends historiques et en tenant compte du vieillissement de la population permettant d'obtenir des scénarios de base.
4. Une autre projection est faite, non plus sur la base des trends historiques et le vieillissement de la population, donc toute valeur actuelle maintenue, mais sur la

dus ongewijzigd, maar er wordt uitgegaan van nieuwe hypothesen betreffende de toekomst van het beroep (verlenging van de carrière, overdracht van sommige activiteiten naar andere beroepen enzovoort);

5. op basis van die diverse scenario's, worden aan de minister adviezen verstrekt om eventueel quota vast te leggen (momenteel is er geen contingentering voor de kinesitherapeuten). Dat advies wordt opgesteld door de werkgroep en bekraftigd tijdens de plenaire vergadering.

De planning van het binnen de planningscel lopende project is als volgt:

— op 7 juli 2017 werd een verzoek om gegevens aan het sectoraal comité van de sociale zekerheid en de gezondheid gericht;

— op 7 november 2017 heeft het het sectoraal comité van de sociale zekerheid en de gezondheid gericht zijn goedkeuring gegeven;

— op 14 februari 2018 heeft de planningscel de gegevens uit het Datawarehouse ontvangen en konden de controle-, opmaak- en analyseactiviteiten worden aangevat. Helaas betreffen de ontvangen gegevens alleen het meest recente jaar, namelijk 2016. Er wordt dus gewacht op de gegevens van 2004 tot 2015, want om daadwerkelijk scenario's op te stellen, zijn de gegevens van meerdere jaren nodig;

— op 28 maart 2018 heeft de werkgroep "kinesitherapeuten" van de Planningscommissie vergaderd. Er werden verschillende methodologische keuzen gemaakt;

— Met betrekking tot de twee laatste stappen – die zullen afhangen van de ontvangst van de gegevens van 2004 tot 2015 – werd niets vastgelegd. Het is te hopen dat de analyse van die gegevens vóór het einde van het jaar kan worden voortgezet, zodat het verslag na afwerking en bekraftiging door de plenaire vergadering op de website kan worden gepubliceerd.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) wenst haar vragen vooral te richten tot mevrouw Somers van de FOD Volksgezondheid. Na het horen van de vragen van de beroepsverenigingen zelf, stelt ze een aantal opvallende verschillen vast ten opzichte van andere beroepsgroepen, zoals wat betreft de verplaatsingsvergoeding, of het verschil in remgeld bij de conventiestatus. Daarom vraagt ze zich af hoe deze verschillen ontstaan zijn en deze ongelijkheid ook verder blijft

base de nouvelles hypothèses identifiées pour l'avenir de la profession (allongement de la profession, transfert de certaines activités vers d'autres professions...).

5. Sur la base de ces scénarios alternatifs, des avis sont donnés à la ministre pour fixer des quotas, éventuellement – actuellement, il n'y a pas de contingentement pour les kinés. Cet avis est rédigé par le groupe de travail et validé en plénière.

Le planning du projet en cours au sein de la cellule de planification est le suivant:

— Le 7 juillet 2017, une demande de données a été soumise au comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

— Le 7 novembre 2017, le comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé a donné son approbation.

— Le 14 février 2018, la cellule de planification a reçu les données du Datawarehouse, ce qui a permis d'entamer les activités de contrôle, de formatage et d'analyse. Malheureusement, les données reçues ne concernent que la dernière année, à savoir 2016. Sont attendues donc les données de 2004 à 2015. Pour effectivement élaborer des scénarios, il faut un historique sur plusieurs années.

— Le 28 mars 2018, le groupe de travail kinésithérapeutes de la commission de planification s'est réuni. Différents choix de méthodologie ont été faits.

— Les deux dernières étapes ne sont pas fixées. Elles dépendront de la réception des données de 2004 à 2015. Il est à espérer que l'analyse des données puisse se poursuivre avant la fin de l'année, pour ensuite finaliser le rapport, le valider en plénière et publier sur le site web.

B. Questions et observations des membres

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) adresse principalement ses questions à Mme Somers, du SPF Santé publique. Après avoir entendu les demandes des associations professionnelles elles-mêmes, elle constate un certain nombre de différences frappantes par rapport à d'autres groupes professionnels, telles que la différence concernant l'indemnité de déplacement ou la différence de ticket modérateur dans le cadre du statut conventionnel. Elle se demande dès lors comment ces différences

bestaan. Beroepsverenigingen hebben daaromtrent procedures lopen. Is er vanuit de overheid de wil om daar een mauw aan te passen en op welke termijn? Haar fractie is van mening dat dit punt herbekeken mag worden zowel naar de patiënt toe, die hiervan de dupe is, als de beroepsgroep, die zich niet partieel kan conventioneren en daardoor gestraft wordt. Hieromtrent wenst de spreekster ook te weten of er al uitspraken zijn in de procedures die de beroepsgroep heeft aangespannen

De belangrijkste vraag betreft echter de taaltest. Haar partij vindt het van cruciaal belang dat mensen in de zorgverlening verder geholpen kunnen worden in de taal die ze machtig zijn, en dat is het Nederlands. Zorgverleners zouden aldus een attest moeten voorleggen dat aantoon dat ze de taal van de regio waar ze zorgverlening uitoefenen, machtig zijn. Dus, wat Vlaanderen betreft het Nederlands, en wat Wallonië betreft het Frans. Wat is de mening van de beroepsgroepen in dit verband?

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) wenst even terug te komen op het hoge aantal kinesitherapeuten en logopedisten. Het kwam nog niet aan bod in de voorgaande uiteenzettingen. België staat aan de top van Europa wat betreft het aantal kinesitherapeuten en logopedisten in verhouding met het aantal inwoners.

Mevrouw Muylle geeft ook aan dat o.a. de Christelijke Mutualiteit ook reeds gepleit heeft voor een instroombeperking, een oriëntatieproef en dergelijke. In het verleden bestond dit reeds. Dat was geen succes en creëerde een oneerlijke situatie, waarbij RIZIV-nummers enkel toegekend werden op basis van een examen. Moet er in de toekomst niet gedacht worden aan een instroombeperking of oriëntatieproef? De spreekster herinnert zich nog de heroriënteringspremie of -programma van minister Vandebroecke. Mevrouw Muylle maakt deze bedenking niet alleen in het kader van een mogelijke kostenbesparing maar ook met betrekking tot het grote aantal jonge mensen die deze zware universiteitsstudies aanvatten, maar het daarna moeilijk hebben op de arbeidsmarkt. Het organiseren van een proef is wel een gemeenschapsbevoegdheid maar dit hangt uiteraard ook vast aan een goede contingentering, planning en medisch kadaster. Deze vraag moet ook gesteld worden in verband met het deconventioneren. Er zijn geen accurate gegevens – de cijfers bevatten ook beroepsbeoefenaars die op pensioen zijn of niet actief zijn. Daarom is de spreekster verwonderd dat het zolang duurt vooraleer er werk gemaakt wordt van het medische kadaster. Ze wenst in dat verband ook te

sont apparues et comment il se fait également que cette inégalité subsiste. Les associations professionnelles ont entamé des procédures à ce sujet. Les autorités sont-elles disposées à remédier au problème et dans quel délai? Son groupe estime que ce point peut être réexaminé, tant à l'égard du patient, qui est victime de la situation, qu'à l'égard du groupe professionnel, qui ne peut pas se conventionner partiellement et est de ce fait sanctionné. À cet égard, l'intervenante demande également si les procédures que le groupe professionnel a intentées ont déjà abouti à des décisions.

La question principale que Mme Van Camp souhaite poser concerne toutefois le test linguistique. Son parti juge crucial que les personnes auxquelles des soins sont dispensés puissent être prises en charge dans la langue qu'elles maîtrisent, à savoir le néerlandais. Les prestataires de soins devraient donc présenter une attestation prouvant qu'ils maîtrisent la langue de la région dans laquelle ils exercent leur pratique, à savoir, le néerlandais en ce qui concerne la Flandre et le français en ce qui concerne la Wallonie. Quel est l'avis des groupes professionnels à ce sujet?

Mme Nathalie Muylle (CD&V) souhaite également revenir sur le nombre élevé de kinésithérapeutes et de logopèdes. Cette question n'a pas encore été abordée au cours des exposés précédents. La Belgique est le pays d'Europe qui compte le plus de kinésithérapeutes et de logopèdes par habitant.

Mme Muylle note également que les Mutualités chrétiennes ont notamment plaidé en faveur d'une limitation des entrées, d'une épreuve d'orientation et d'autres mesures semblables. Ce système a déjà existé dans le passé. Il n'a pas été fructueux et a créé une situation inéquitable, dans laquelle les numéros INAMI n'étaient attribués que sur la base d'un examen. Faut-il penser à l'avenir à instaurer une limitation des entrées ou une épreuve d'orientation? L'intervenante se rappelle encore la prime ou le programme de réorientation du ministre Vandebroecke. Mme Muylle formule cette observation non seulement en pensant aux possibles économies, mais aussi au nombre important de jeunes qui entament ces études universitaires ardues, mais qui éprouveront ensuite des difficultés sur le marché du travail. L'organisation d'une épreuve d'orientation est toutefois une matière communautaire, mais elle est évidemment également liée à la mise en place d'un contingentement approprié, d'une planification et d'un cadastre médical. Cette question doit également être abordée en lien avec le déconventionnement. On ne dispose pas de chiffres précis – les chiffres englobent également des praticiens qui sont à la retraite ou qui n'exercent pas. C'est la raison pour laquelle l'intervenante s'étonne que

weten hoe het komt dat de gegevens van 2004 tot 2015 nog steeds ontbreken.

In verband met de instroom in het beroep, en wel als zelfstandige, is het zo dat jonge mensen vandaag heel grote tussenkomsten of afdrachten moeten doen op basis van hun RIZIV-nomenclatuur. Dit omdat ze werken in één praktijk of wanneer ze materiaal of een gebouw van iemand gaan gebruiken. Het is gangbaar dat ze 20 tot 30 % van de RIZIV-nomenclatuur – waarvan al terecht gezegd wordt dat die niet hoog is – moeten afstaan aan de hoofdkinesitherapeut of de organisator die de investering heeft gedaan. Mevrouw Muylle observeert dat veel jonge mensen het moeilijk hebben en onwerkelijke uren moeten kloppen om op het einde van de maand weinig over te houden, na aftrekking van de afdracht en de lasten (belastingen, sociale zekerheid, gewaarborgd inkomen...). Velen vinden een hospitaal- of andere setting dan ook meer gepast om als jonge zelfstandige te starten. Wetende dat de beroepsverenigingen hiervoor suggesties doen naar de leden maar dat die niet altijd opgevolgd worden, zou de overheid hiervoor misschien wel een wettelijk kader moeten vastleggen.

Er zijn vandaag veel nieuwe technieken, zoals de *dry needling* die al werd aangehaald. Dat is een lucratieve business en de cursussen *dry needling* kosten ook een pak geld, een paar duizenden euro. Moet er hier ook niet een ruim wetgevend kader vastgelegd worden? Er zijn voorstanders en tegenstanders, er wordt vaak gewezen op kwaliteit en bepaalde gevaren. Nu we toch bezig zijn met een hervorming zou het nuttig kunnen zijn om ook een wetgevend kader te bieden op vlak van invasieve technieken. Hoe staan de beroepsorganisaties hiertegenover?

De rechtstreekse toegang is een discussie die hier allang op tafel ligt. Mevrouw Muylle is van mening dat dit mogelijk moet zijn, zoals dat het geval is voor de psychologen. Kinesitherapie is de laatste master die nog werken op voorschrift. De FRK verwees naar de nieuwe voorstellen voor hervorming van het KB nr.78 die een opening laat en waarin de Koning bepaalde faciliteiten zou kunnen krijgen, hoewel dit gevoelig ligt bij de minister. Zijn er vandaag voldoende kwaliteitsgaranties om dit toe te laten? Indien zo, werd er geopperd om dit te organiseren voor minder complexe aandoeningen. Gaat het hier dan om een volledige toegang of beperkte raadplegingen, in het kader van bepaalde zorgpaden, zoals bijvoorbeeld voor mensen die te maken hebben met fibromyalgie, reuma, chronische rugpijn, waarbij een

l'on attende aussi longtemps pour mettre en place le cadastre médical. À cet égard, elle demande également comment il se fait que les données de 2004 à 2015 ne soient toujours pas connues.

En ce qui concerne l'accès à la profession de kinésithérapeute indépendant, on constate que les jeunes doivent actuellement s'acquitter sur la base de leur nomenclature INAMI de montants considérables à titre d'intervention ou de contribution, en raison du fait qu'ils pratiquent en groupe ou utilisent du matériel ou un immeuble appartenant à autrui. Il est courant qu'ils doivent céder au kinésithérapeute en chef ou à l'organisateur qui a réalisé les investissements 20 à 30 % de la nomenclature INAMI – qui, ainsi qu'il a été dit, est déjà peu élevée. Mme Muylle constate que beaucoup de jeunes sont en difficulté et qu'ils doivent préster un nombre d'heures incalculable pour ne garder à la fin du mois qu'une somme dérisoire, après déduction de leur contribution et des charges (impôts, sécurité sociale, revenu garanti...). Beaucoup considèrent qu'il est dès lors préférable d'entamer sa carrière d'indépendant à l'hôpital ou dans un autre établissement. Les suggestions faites à cet égard par les organisations professionnelles à leurs membres n'étant pas toujours suivies, il s'indiquerait peut-être que les pouvoirs publics fixent un cadre légal en la matière.

Il existe aujourd'hui beaucoup de nouvelles techniques, comme le *dry needling* évoqué ci-dessus, qui est un *business* lucratif. Les cours de *dry needling* sont très chers (plusieurs milliers d'euros). Ne conviendrait-il pas de fixer également un cadre législatif large en la matière? Cette technique a ses adeptes et ses détracteurs. On évoque souvent ses qualités, mais aussi les risques qu'elle comporte. Il pourrait être utile de profiter de la réforme en cours pour créer également un cadre législatif dans le domaine des techniques invasives. Qu'en pensent les organisations professionnelles?

La question de l'accès direct fait débat depuis longtemps. Mme Muylle estime qu'un tel accès doit être possible, comme c'est le cas pour les psychologues. La kinésithérapie est le dernier *master* pour lequel une prescription médicale est requise. Le CFK a évoqué les nouvelles propositions de réforme de l'arrêté royal n° 78, qui laissent une ouverture et dans le cadre desquelles le Roi pourrait obtenir certaines facilités, bien qu'il s'agisse d'un sujet sensible pour la ministre. Dispose-t-on à l'heure actuelle de garanties suffisantes pour permettre cette réforme? Dans l'affirmative, il a été suggéré de l'organiser pour des affections moins complexes. S'agirait-il alors d'un accès complet ou de consultations limitées, dans le cadre de certaines trajectoires de soins, comme par exemple pour les

soort overeenkomst met de arts kan gemaakt worden voor een vrije toegang?

Tot slot wil mevrouw Muylle nog het jarenoude dossier van de osteopathie aankaarten. Ze observeert dat er een *evidence based* verhaal komt rond nekpijn, lage rugpijn, wat dicht aanleunt bij de manuele therapie. Het is geweten dat 80 % van de osteopaten een vooropleiding kinesitherapie heeft. Ook zij vragen rechtstreekse toegang en willen een erkenning voor wat in het musculoskeletale verhaal zit. De kinesitherapeuten worden in de wandelgangen vaak genoemd als de beroeps groep die de osteopathie tegenhoudt. Zijn hierover gesprekken tussen de kinesitherapeuten en de osteopaten? Er zijn 7 à 800 000 Belgen die jaarlijks naar de osteopaat gaan en met een vrij grote patiëntvredenheid. Moeten we hier niet naar een gemeenschappelijk verhaal gaan?

De heer Dirk Janssens (Open Vld) wenst te beginnen met de vaststelling dat KB nr.78 duidelijk verouderd is en dat iedereen de nood ervaart het te hervormen.

Verder heeft hij enkele concrete vragen. Zijn er nieuwe gezondheidszorgberoepen die een meerwaarde kunnen hebben voor de patiënt? Hij denkt hierbij aan de tandartsen en mondhygiënisten, praktijkassistenten-huisartsen, en zo ja, onder welke voorwaarde?

In het kader van het onwettig uitoefenen van de gezondheidszorg werd voor mantelzorgers het begrip bekwame helper ontwikkeld. Wat is de appreciatie van de kinesitherapeuten hiervan en hoe zou dat toegepast kunnen worden bij hun vragen?

De patiënt krijgt een centrale rol en wordt in feite de copiloot van zijn zorg. Hoe ervaren de kinesitherapeuten dit uitgangspunt en welke maatregelen zijn bijkomend nodig om met de patiënt als regisseur van zijn zorg te kunnen handelen. Meer concreet, welke nodige maatregelen zijn er nog niet opgenomen in de hervormingen?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) wenst eerst verduidelijking omtrent multidisciplinaire geïntegreerde gezondheidszorg, waarbij de samenwerking meer oplevert dan de som van de individuele bijdrage. Kan dat concreter geduid worden? Wat bedenkt dit voor de eerstelijnszorg? Moet ze zich daarbij voorstellen dat

personnes souffrant de fibromyalgie, de rhumatismes, de dorsalgies chroniques, pour lesquelles une espèce de convention pourrait être conclue avec le généraliste pour autoriser un accès libre?

Enfin, Mme Muylle souhaitait encore évoquer le dossier de l'ostéopathie, qui traîne depuis des années. Elle observe qu'une approche *evidence-based* voit le jour concernant les douleurs cervicales et lombaires, ce qui est fortement similaire à la thérapie manuelle. On sait que 80 % des ostéopathes ont suivi une formation préalable en kinésithérapie. Eux aussi revendentiquent un accès direct et souhaitent être reconnus pour la sphère musculo-squelettique. En coulisse, on entend souvent dire que les kinésithérapeutes sont le groupe professionnel qui s'oppose à l'ostéopathie. Des contacts ont-ils été pris à cet égard entre les kinésithérapeutes et les ostéopathes? Chaque année, 7 à 800 000 Belges se rendent chez un ostéopathe, et la satisfaction des patients est relativement grande. Convient-il de rechercher des convergences en la matière?

Dirk Janssens (Open Vld) souhaite tout d'abord faire observer que l'arrêté royal n°78 est clairement désuet et que chacun souhaite le réviser. Il pose ensuite plusieurs questions concrètes.

Existe-t-il de nouvelles professions des soins de santé pouvant constituer une plus-value pour le patient? Il pense à cet égard aux dentistes et aux hygiénistes bucco-dentaires, aux assistants de cabinet et aux médecins généralistes. Dans l'affirmative, quelles sont les conditions y afférentes?

Dans le cadre de la lutte contre l'exercice illégal de professions des soins de santé, le statut d'"auxiliaire qualifié" a été créé pour les aidants proches. Quel est l'avis des kinésithérapeutes à ce propos et comment ce statut pourrait-il être appliqué dans le cadre de leurs demandes?

Le patient se voit conférer un rôle central et devient en réalité le copilote de ses propres soins. Que pensent les kinésithérapeutes de ce principe fondamental et quelles sont les mesures additionnelles nécessaires pouvoir traiter les patients comme les régisseurs de leurs soins? Plus concrètement, quelles sont les mesures nécessaires qui ne sont pas encore inscrites dans les réformes?

Anne Dedry (Ecolo-Groen) souhaite avant toute chose des précisions au sujet des soins de santé multidisciplinaires intégrés, dans le cadre desquels la coopération est plus bénéfique que la somme des contributions individuelles. Serait-il possible d'expliquer ce point? Qu'est-ce que cela signifie pour les soins de

dit ingebet wordt in de huisartspraktijk zoals het al in een aantal wijkgezondheidscentra gedaan wordt? Zijn er al goede praktijkvoorbeelden die dat kunnen verduidelijken?

In verband met het pleidooi voor het behoud van een eigen verticaal federaal adviesorgaan, wenst de spreekster te weten welke voordelen hierin gezien worden en waarom dit behouden moet worden in het kader van een kwaliteitsvolle uitoefening van het beroep.

Een meer algemeen probleem betreft de patiënt die gestraft wordt wanneer een kinesitherapeut niet geconventioneerd is. Iedereen lijkt het ermee eens te zijn dat het voor de portemonnee van de patiënt het beste is een beroep te kunnen doen op een geconventioneerd kinesitherapeut. Zijn er mogelijkheden om dat te bevorderen en tot een 100 % te komen? Er waren acties op de sociale media met oproepen om te deconventioneren door een groep die absoluut niet tevreden is. Wat is het standpunt daarover? Een tendens naar deconventionering zal zeker niet ten voordele van de patiënt zijn.

Wat is het standpunt betreffende contingenteren? Wat zijn de voor- en nadelen? En waarom?

In verband met rechtstreekse toegang wenst mevrouw Dedry meer duiding over de uitspraak dat het zeer genuanceerd is wat een eenvoudige verstrekking is. Zijn daar voorbeelden van? Er werd gezegd dat in andere landen aangetoond werd dat dit een besparing kan opleveren. De spreekster wijst erop dat een aantal studies van gezondheidseconomie, ook in België, het tegenovergestelde beweren in het algemeen – niet specifiek wat betreft kinesitherapeuten. Daaruit blijkt dat de ervaring leert dat wanneer men rechtstreeks toegang verleent tot pediaters, gynaecologen... er eerder overconsumptie ontstaat dan meer efficiënte omgang met middelen. Mevrouw Dedry wenst dan ook het standpunt te kennen over de zoektocht naar een beter evenwicht en de juiste verhouding.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) stelt vast dat bij de aanpassing van het KB 78 (dat de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 is geworden) de kinesitherapeut sterk wordt neergezet als een revalidatieactor. Zij is allesbehalve opgezet met die voorstelling, die volledig voorbijgaat aan de werkelijkheid in het veld en aan het bijzonder brede werkterrein van de kinesitherapeut. Uiteraard hebben bepaalde taken te maken met revalidatie, maar evengoed zijn er een hele reeks interventies die daar volledig los van staan. Hoe is men tot zo een

première ligne? Doit-elle comprendre que cette pratique s'implante dans les cabinets des médecins généralistes comme elle l'a déjà fait dans plusieurs maisons médicales? Existe-t-il déjà des exemples de bonnes pratiques pouvant expliciter ce point?

S'agissant du plaidoyer pour le maintien d'un organe consultatif vertical propre au niveau fédéral, l'intervenant demande quels sont les avantages de ce maintien et pourquoi cet organe doit être maintenu dans le cadre d'un exercice correct de la profession.

Un problème plus général concerne les patients qui sont pénalisés lorsqu'un kinésithérapeute n'est pas conventionné. Tout le monde semble s'accorder sur le fait que le mieux pour le portefeuille du patient est de pouvoir faire appel à un kinésithérapeute conventionné. Est-il possible de favoriser le conventionnement et de parvenir à un taux de conventionnement de 100 %? Des actions ont été organisées sur les réseaux sociaux par un groupe de mécontents afin d'appeler au déconventionnement. Quel est le point de vue des kinésithérapeutes à cet égard? Une tendance au déconventionnement ne profitera certainement pas aux patients.

Quelle est la position des kinésithérapeutes au sujet du contingentement? Quels en sont les avantages et les inconvénients? Et pourquoi?

S'agissant de l'accès direct, Mme Dedry souhaite davantage de précisions à propos de déclarations selon lesquelles la définition d'une prestation simple est très nuancée. En existe-t-il des exemples? Comme il a été dit précédemment, il a été prouvé dans d'autres pays que cela permettrait de réaliser des économies. L'intervenant indique que plusieurs études menées par des économistes de la santé, y compris en Belgique, soutiennent généralement le contraire – pas spécifiquement en ce qui concerne les kinésithérapeutes. Selon ces études, l'expérience montre que l'octroi d'un accès direct au pédiatre, au gynécologue, etc. entraîne plutôt une surconsommation qu'une meilleure utilisation des moyens. Mme Dedry souhaite par conséquent connaître le point de vue des kinésithérapeutes à propos de la recherche d'un meilleur équilibre et de la bonne proportion.

Mme Catherine Fonck (cdH) constate que dans la réforme de l'AR. n° 78 (devenu la loi coordonnée du 10 mai 2015) le kinésithérapeute est fortement représenté comme un acteur de revalidation. Elle est choquée par cette représentation qui méconnaît totalement la réalité de terrain et le champ d'intervention extrêmement large du kinésithérapeute. Certes, il y a des parties en revalidation mais il y a toute une série d'interventions qui n'ont rien à voir avec la revalidation. Comment est-on arrivé à une approche aussi réductrice? Est-ce qu'il y

beperkende benadering gekomen? Zijn er tussen de FRK, de diensten en de minister van Volksgezondheid contacten geweest om dat punt uit te klaren? Mevrouw Fonck is van mening dat de kinesitherapeut als transversale actor in de gezondheidszorg een absolute voorwaarde is om de hervorming te doen slagen.

In het debat over de rechtstreekse toegang tot de kinesitherapie, zonder voorschrift, heeft de spreekster begrip voor het standpunt van de kinesitherapeuten. Het gebeurt immers geregeld dat iemand eerst naar de kinesitherapeut gaat en pas daarna bij zijn arts om een voorschrift gaat. Hoe kan een raamwerk worden uitgetekend dat zowel de meerwaarde van die rechtstreekse toegang biedt, maar tegelijkertijd de risico's van een verkeerde diagnose uitsluit? De rechtstreekse toegang tot de kinesitherapie zou slechts voor een beperkt aantal aandoeningen mogelijk zijn, maar waarbij niet uit het oog mag worden verloren dat het opstellen van lijsten nogal ingewikkeld is. Of zou de rechtstreekse toegang worden beperkt tot de chronische aandoeningen, waarbij er dan op moet worden gelet dat een symptoom op het eerste gezicht wel verbonden kan zijn aan een chronische aandoening, maar even goed te wijten kan zijn aan een andere ziekte? Mevrouw Fonck is van mening dat het werken in een multidisciplinair of een dual verband dé aanpak van de toekomst is. Hoe kan een regelgevend raamwerk voor die rechtstreekse toegang worden uitgetekend? Hebben de vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten voorstellen die verder gaan dat het advies van de FRK?

Mevrouw Fonck wenst eveneens opnieuw in te gaan op het wegwerken van het verschil in behandeling inzake terugbetaling naargelang men al dan niet geconventioneerd is; dit punt belangt overigens ook de logopedisten, de verpleegkundigen en de vroedvrouwen aan omdat zij, in tegenstelling tot de artsen en tandartsen, in hetzelfde kader werken. De heer Bruynooghe heeft de artikelen 10 en 11 van de Grondwet ter sprake gebracht. Mevrouw Fonck is evenwel van mening dat in de eerste plaats de vrije keuze van de patiënt niet wordt gerespecteerd, aangezien er voor de patiënt een financiële sanctie aan vasthangt. De jongste cijfers inzake conventionering bedragen daarentegen 85 % voor heel België, maar met grote verschillen naargelang van de gewesten. In Wallonië is nog geen 5 % van de kinesitherapeuten niet geconventioneerd. In Brussel is ongeveer 19 % van de kinesitherapeuten niet geconventioneerd. In Vlaanderen gaat het om meer dan 20 %. Zou het wegwerken van het verschil in terugbetaling in de praktijk leiden tot méér deconventioneringen? Voor Wallonië zou dat wellicht weinig of geen verschil maken. *Quid* het echter in Brussel en in Vlaanderen, waar de deconventioneringsgraad beduidend hoger is? Is het verschil in terugbetaling nog een belemmering voor een sterkere deconventionering? Of verandert dat er niets aan?

a eu un contact entre le CFK, les administrations et la ministre de la Santé pour éclaircir ce point? Mme Fonck est d'avis que le kiné comme acteur transversal dans les soins de santé est un préalable pour mener à bien la réforme.

Dans le débat sur l'accès direct à la kinésithérapie, sans prescription, l'intervenante dit comprendre la position des kinés. Il arrive en effet souvent que la personne passe d'abord chez le kiné et s'adresse ensuite au médecin pour la prescription. Comment peut-on définir un cadre permettant d'avoir la plus-value de cet accès direct tout en évitant les risques d'erreur de diagnostic? L'accès direct à la kinésithérapie se réduirait à certaines pathologies seulement – tout en sachant que l'établissement de listes est assez compliqué ou serait limité aux maladies chroniques – tout en étant attentif au fait qu'un symptôme qui semble être généré par une maladie chronique peut être causé par une autre pathologie? Mme Fonck est d'avis que le travail multidisciplinaire, voire en binôme, est l'approche du futur. Or, comment définir un cadre réglementaire à cet accès direct? Est-ce que les représentants des kinésithérapeutes ont des propositions qui vont plus loin que l'avis donné par le CFK?

Mme Fonck souhaite également revenir sur la suppression de la discrimination au niveau du remboursement en fonction du statut conventionné ou non conventionné, un point qui concerne d'ailleurs également les logopèdes, les infirmiers et les sages-femmes qui se situent dans le même cadre, contrairement aux médecins et dentistes. M. Bruynooghe a parlé des articles 10 et 11 de la Constitution. Or, Mme Fonck estime que c'est d'abord le libre choix du patient qui n'est pas respecté, car il y a à la clef une sanction financière pour le patient. Par contre, les derniers chiffres de conventionnement s'élèvent à 85 % pour l'ensemble de la Belgique mais avec des différences régionales importantes. En Wallonie, moins de 5 % des kinésithérapeutes ne sont pas conventionnés. À Bruxelles, il y a environ 19 % des kinésithérapeutes non conventionnés. Et en Flandre il s'agit de plus de 20 %. Est-ce que sur le terrain, la suppression de la différence de remboursement serait de nature à accentuer les déconventionnements? Du côté de la Wallonie, cela n'aurait sans doute peu ou pas d'impact. Mais qu'en est-il de Bruxelles et de la Flandre, où le déconventionnement est nettement plus élevé? Est-ce que la différence de remboursement est encore un frein à un déconventionnement plus important? Ou est-ce que cela ne changera rien?

De bestaande situatie aangaande de uitwisseling van de gezondheidsgegevens van de patiënt tussen zorgverleners is absurd. De patiënt heeft toegang tot zijn gezondheidsgegevens en kan bijvoorbeeld op zijn smartphone zijn radiografieën laten zien aan zijn kinesitherapeut, terwijl die laatste niet noodzakelijkerwijze toegang heeft tot die gegevens. Dit systeem is dus absurd uit het oogpunt van de patiënt, van de kwaliteit, van de multidisciplinaire uitwisselingen en van de samenwerking tussen zorgverstrekkers. Mevrouw Fonck is zich ervan bewust dat zulks deels werd tegengehouden door de artsen. Omgekeerd weet zij dat er een evolutie aan de gang is en dat heel wat artsen ervoor gewonnen zijn. Toch is e-gezondheid ook een politieke beslissing. Wat is dus de evolutie op politiek vlak?

De samenstelling van de Planningscommissie is gekend. Zou het echter niet interessant zijn dat de kinesitherapeuten nauwer zouden worden betrokken bij de werkzaamheden van die commissie, niet alleen als het om overzichten, maar ook als het om debatten en aanbevelingen gaat?

Tot slot wil mevrouw Fonck de vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten attenderen op de plaats van de osteopathie in het dagelijkse werk van de kinesitherapeuten. Zij is van mening dat de osteopathie een therapeutische benadering is die eveneens complementair is met de uitoefening van de "conventionele" kinesitherapie. Een erkenning van de osteopathie is voor haar zeker denkbaar. Het is immers moeilijk aanvaardbaar dat het volgens sommigen morgen voor de kinesitherapeut verboden zou moeten zijn om als kinesitherapeut te werken en tegelijkertijd, wanneer dat noodzakelijk is, osteopathische handelingen te stellen als aanvulling op hun kine-oefeningen. Het is niet zaak titels te verlenen naargelang van het soort behandeling, maar integendeel een continuüm te creëren rond de patiënt: het ene moment is osteopathie raadzaam, het andere kinesitherapie, en voor sommige patiënten de beide. Wat is het standpunt van de vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten daarover?

De heer Daniel Senesael (PS) staat erop eerst terug te komen op de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015. Men heeft het altijd over die bloem, de centrale aanblik en de bloemblaadjes die deze bloem verfraaien – waarbij de kinesitherapeuten hun eigen bloemblaadje willen krijgen. Uiteraard moet uit het revalidatieraamwerk worden gestapt. Maar wat betekent nu transversaliteit? En waarom moet een bloemblad worden voorbehouden voor de kinesitherapeuten? Welke vorm van overleg heeft tussen de verenigingen en het kabinet van de minister plaatsgevonden om tot die regeling te komen?

La situation actuelle concernant l'échange de données de santé du patient entre prestataires est absurde. Le patient a accès à ses données de santé et peut montrer à son kiné par exemple ses radiographies, s'il a un smartphone, alors que le kiné n'a pas nécessairement accès à ces données. Ce système est donc absurde du point de vue du patient, de la qualité, des échanges multidisciplinaires, du partenariat entre prestataires de soin. Mme Fonck est consciente que cela a été bloqué en partie par les médecins. A l'inverse, elle sait qu'il y a une évolution et que pas mal de médecins y sont favorables. Mais l'e-Santé est également une décision politique. Quel est donc l'évolution sur le plan politique?

On connaît la composition de la Commission de planification. Or ne serait-il pas intéressant que les kinés soient plus étroitement associés lorsque cette commission travaille, non seulement au niveau des relevés, mais aussi au niveau des discussions et recommandations?

Enfin, Mme Fonck tient à interroger les représentants des kinésithérapeutes sur la place de l'ostéopathie dans le travail au quotidien des kinésithérapeutes. Elle est d'avis que l'ostéopathie est une approche thérapeutique qui est aussi complémentaire à l'exercice de la kinésithérapie "conventionnelle". Elle pourrait très bien imaginer une reconnaissance de l'ostéopathie. Or, il est difficilement acceptable que certains estiment que demain, il serait interdit au kiné d'exercer comme kiné tout en ayant recours, quand c'est nécessaire, aux gestes de l'ostéopathie qui peuvent compléter leur exercice de kiné. Ce qui est important, ce n'est pas de donner des titres en fonction du type de traitement, mais au contraire, d'avoir un continuum autour du patient: à certains moments, il faut faire de l'ostéopathie, à d'autres moments, c'est de la kiné, et pour certains patients, les deux sont nécessaires. Quel est l'avis des représentants des kinésithérapeutes à ce sujet?

Daniel Senesael (PS) tient d'abord revenir sur la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015. On parle toujours de cette fleur, l'aspect central et les pétales qui viennent l'enjoliver – les kinés désirant obtenir leur propre pétale. Évidemment, il faut sortir du cadre de la revalidation. Or, que signifie la transversalité? Et pourquoi un pétale doit être réservé aux kinésithérapeutes? Quel type de concertation a été mené entre les associations et le cabinet de la ministre pour en arriver à ce schéma?

Er is ingegaan op de vanzelfsprekend fundamentele rol van de multidisciplinaire teams bij de behandeling van chronische aandoeningen. Het lijkt voor de hand te liggen dat kinesitherapie daar volledig moet bij worden betrokken. Afgezien van die evidentie speelt de kinesitherapie een belangrijke rol in het zorgaanbod, en zou de positie van de kinesitherapie kunnen worden versterkt bij het behandelen en voorkomen van bepaalde aandoeningen, zoals diabetes of hartfalen. Dat is vandaag de dag des te meer een feit, nu er een totaalbenadering van de patiënt alsook een centrale en actieve rol van de betrokken worden voorgestaan, en nu er wordt ingezet op doeltreffende preventie- en opvoedingsstrategieën. In deze commissie is vaak gesproken over die talrijke chronische aandoeningen, de uiteenlopende ontwikkelingen ervan en de specifieke behoeften van de patiënt. Met name wegens de vergrijzing vormen die chronische ziekten een echte uitdaging voor de samenleving en specifiek voor de gezondheidszorg. Tevens komt de heer Senesael terug op type II-diabetes en op chronisch nierfalen, waarvoor specifieke zorgtrajecten gelden. Hoewel die trajecten erop gericht zijn om (zoals gezegd, met een multidisciplinaire aanpak) de voor die aandoeningen bestemde zorg beter te coördineren en te integreren, zouden ze kunnen worden uitgebreid tot andere chronische ziekten. Hoe zien de kinesitherapeuten in dat verband de evolutie van zorgtrajecten? De kinesitherapeuten worden niet bij de zaak betrokken of voelen zich buitengesloten of onvoldoende in die zorgtrajecten geïntegreerd; waarom is daar dan niet meer aandacht voor? De minister is daarover al ondervraagd.

Er was een "opening" zichtbaar, zij het dan een die niet groot genoeg was. De functionele evaluatie van de patiënten, met name via preventie en programma's voor fysieke activiteit, lijkt vandaag een belangrijk element dat bij de behandeling van die chronische aandoeningen in aanmerking dient te worden genomen.

De overeenkomst over de honoraria tussen de kinesitherapeuten en het RIZIV werd moeizaam en na lange maanden van besprekingen ondertekend. De heer Senesael kan voor de eisen van de kinesitherapeuten makkelijk begrip opbrengen, en merkt op dat de minister daar onvoldoende achtig voor heeft. Hij hoopt dat een overeenkomst kan worden gesloten, en wel in het belang van patiënten.

De spreker schaart zich achter een zeer recente opinie die op maandag 19 maart is verschenen in *De Standaard*. Philip Roosen en Dirk Cambier, twee kinesitherapeuten en specialisten van de Universiteit van Gent, hebben hun collega's opgeroepen om zich te deconventioneren en zich niet langer te houden aan de tarieven waarover met het RIZIV was onderhandeld. Die oproep is uiteindelijk niet gevuld omdat heel wat

On a parlé du rôle évidemment fondamental des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la prise en charge des affections chroniques. Il semble évident que la kinésithérapie doit y être associée pleinement. Au-delà de cette évidence, la kinésithérapie joue un rôle majeur dans l'offre de soins et la place de la kinésithérapie pourrait être renforcée dans la prise en charge et la prévention de certaines affections, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque. Cela est d'autant plus vrai à l'heure actuelle où l'on prône une approche globale du patient, un rôle central et actif de celui-ci et où l'on mise sur des stratégies efficaces en matière de prévention et d'éducation. Dans cette commission, on a souvent parlé de ces affections chroniques nombreuses, leurs évolutions diverses et les besoins spécifiques du patient. En raison notamment du vieillissement de la population, ces maladies chroniques constituent un réel défi pour la société, et spécifiquement pour les soins de santé. M. Senesael revient aussi sur le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale chronique, qui font l'objet de trajets de soin spécifiques. Même si ces trajets visent à mieux coordonner et intégrer les soins destinés à ces affections – on l'a dit, l'approche multidisciplinaire – ils pourraient être étendus à d'autres pathologies chroniques. Comment les kinés voient-ils l'évolution de ce cadre de trajets de soin? Si les kinés ne sont pas présents ou se sentent exclus, ou pas suffisamment intégrés dans ces trajets de soins, pourquoi n'accorde-t-on pas plus d'attention à cela? La ministre a déjà été interrogée à ce sujet.

On a vu une ouverture mais pas suffisamment grande. Car l'évaluation fonctionnelle des patients, et notamment à travers la prévention, des programmes d'activités physiques, semble aujourd'hui un élément important à prendre en considération dans le cadre de la prise en charge de ces affections chroniques.

Pour ce qui est des honoraires, la convention entre les kinés et l'INAMI a été signée dans la douleur et après de longs mois de discussions. M. Senesael comprend aisément les revendications des kinésithérapeutes et observe le manque de considération de la ministre. Il espère qu'un accord puisse être conclu, et cela dans l'intérêt des patients.

L'intervenant reprend une opinion toute récente parue le lundi 19 mars dans *De Standaard*. Philip Roosen et Dirk Cambier, deux kinésithérapeutes et spécialistes de l'Université de Gand appelaient leurs collègues à se déconventionner et à ne plus s'en tenir aux tarifs négociés avec l'INAMI. Cet appel n'a finalement pas été suivi puisqu'un nombre important de kinés ont adhéré au conventionnement. À travers cet appel, ils souhaitent

kinesitherapeuten zich hebben geconventioneerd. Via die oproep wensen de twee betrokkenen een einde te maken aan het geldende verschil van 25 % bij het op de patiënt toegepaste remgeld. Naargelang de kinesitherapeut al dan niet is geconventioneerd, kunnen de overwegingen uiteenlopen. Er is immers dit onderscheid dat bijvoorbeeld niet van toepassing is op de artsen. Dat komt neer op een discriminatievorm, die een rechtstreekse weerslag heeft op de patiënt. Wat vinden de kinesitherapeuten daarvan? En welke vooruitgang hopen zij in het kader van de toekomstige conventioneringen te bereiken?

Het kabinet van de minister verricht momenteel raadplegingen in het kader van de wet-Colla en de niet-conventionele praktijken, de osteopaten, de chiropractici, de acupuncturisten enzovoort. De heer Senesael wenst ter zake het standpunt van de kinesitherapeuten te kennen. Is het belangrijk om wetgevend op te treden? Zo ja, hoe, en werden zij in dat verband geraadpleegd?

Wat de deontologie aangaat, bepleiten sommige kinesitherapeuten de oprichting van een Orde van kinesitherapeuten. Zijn er in dit verband besprekingen aangevat? Welke elementen zouden kunnen pleiten voor de oprichting van een dergelijke Orde? Daarbij zou het dan wel moeten gaan om een instantie die volstrekt onafhankelijk is van het beroep. Wie zou dienaangaande niet alleen werk kunnen maken van de redactie van een gedragscode voor alle zorgberoepen, maar ook de klachten kunnen behandelen?

mettre fin à la différence de 25 % du ticket modérateur appliqué au patient. Selon que le kiné soit conventionné ou non, les considérations peuvent diverger. En effet, il y a cette différenciation qui ne s'applique pas par exemple aux médecins, ce qui constitue une discrimination, qui se répercute directement sur le patient. Quelle est l'opinion des kinésithérapeutes à ce sujet? Et quelles avancées espèrent-ils obtenir dans le cadre des futures conventions?

Le cabinet de la ministre mène actuellement des consultations dans le cadre de la loi Colla et des pratiques non conventionnelles, les ostéopathes, chiropracteur, acupuncteur... M. Senesael aimerait connaître le point de vue des kinésithérapeutes à ce sujet. Est-ce important de légiférer? Si oui, de quelle manière? Et ont-ils été consultés dans ce cadre?

En matière de déontologie, certains parmi les kinésithérapeutes prônent la création d'un Ordre des kinésithérapeutes. Des discussions ont-elles été entamées dans ce cadre? Quels éléments pourraient prôner pour la mise en place d'un tel Ordre? Et ce, par rapport à une instance complètement indépendante de la profession, qui pourrait s'atteler à la mise en place d'un code de déontologie pour l'ensemble des professions de soins mais également traiter des plaintes?

Mevrouw Karin Jiroflée (*sp.a*) gaat in op het vraagstuk van de deconventionering van sommige beroepsbeoefenaars als reactie op de budgettaire beperkingen die de sector worden opgelegd. Zij maakt zich zorgen over de gevolgen van die situatie voor de patiënten.

Sommigen werpen op dat 84 % van de kinesitherapeuten niet gedeconventioneerd is, maar omdat de meesten van hen in een ziekenhuis werken, is dat percentage echter relatief. Per saldo werkt 26 % van de kinesitherapeuten als zelfstandige of in een groepspraktijk, wat betekent dat de patiënt zijn therapeut niet meer echt vrij kan kiezen. Hoe kan deze situatie worden opgelost? Misschien kan een gedeeltelijke deconventionering worden overwogen?

Vervolgens herinnert mevrouw Jiroflée eraan dat de jongste jaren al maar meer kinesitherapeuten zijn afgestudeerd. Aangezien de kinesitherapeuten die momenteel actief zijn op de markt, over hun inkomsten klagen, is het misschien raadzaam het aantal studenten in de kinesitherapie te begrenzen. Wat is het standpunt van de deskundigen in dit verband?

De deskundigen hebben gepleit voor een directe toegang van de patiënten tot hun kinesitherapeuten althans voor de eenvoudige prestaties. Om welke prestaties gaat het? Wat is het standpunt van de beroepsorganisaties in dit verband?

Ten slotte is mevrouw Jiroflée verbaasd dat geen enkele spreker is ingegaan op de situatie van de osteopaten. Zij verzoeken om een erkenning van hun beroep. Men mag niet vergeten dat heel wat patiënten een osteopaat raadplegen in eerste lijn. Wat is het standpunt van de aanwezige deskundigen?

Mevrouw Véronique Caprasse (*DéFI*) wil weten of de UKB en Axxon op het kabinet van de minister vertegenwoordigd zijn om het dossier van de kinesitherapie in België te bespreken.

Volgens haar zou een Orde van kinesitherapeuten een belangrijk instrument zijn om het beroep te verdedigen. Heeft de minister daarover al nagedacht?

Hoe wordt de preventie georganiseerd op het niveau van de kinesitherapeuten?

Gelet op de vergrijzing en op de stijging van het aantal chronische ziekten zijn de kinesitherapeuten bevoordeerde actoren. Wordt met die gegevens rekening gehouden bij de planning van het aantal kinesitherapeuten op de markt?

Mme Karin Jiroflée (*sp.a*) aborde la problématique du déconventionnement de certains praticiens en réaction aux restrictions budgétaires imposées au secteur. Elle s'inquiète des effets de cette situation pour les patients.

D'aucuns avancent que 84 % des kinésithérapeutes ne sont pas déconventionnés; toutefois, étant donné que la plupart d'entre eux travaillent dans les hôpitaux, ce pourcentage est relatif. Il reste donc 26 % de kinésithérapeutes qui travaillent comment indépendants ou dans des pratiques de groupe de sorte que les patients n'ont plus beaucoup le choix de leur thérapeute.

De quelle manière peut-on résoudre cette situation? On pourrait peut-être envisager de permettre un déconventionnement partiel? Mme Jiroflée rappelle ensuite que ces dernières années un nombre croissant de kinésithérapeutes ont été diplômés. Etant donné que les kinésithérapeutes actifs sur le marché actuellement se plaignent de leurs revenus, il conviendrait peut-être de limiter le nombre d'étudiants en kinésithérapie. Quel est l'avis des experts à cet égard?

Les experts ont plaidé pour un accès direct des patients chez leur kinésithérapeute, du moins pour les prestations simples. De quelles prestations s'agit-il? Quelle la position des organisations professionnelles à cet égard?

Enfin, Mme Jiroflée s'étonne qu'aucun intervenant n'ait abordé le sujet des ostéopathes. Ces derniers sont demandeurs d'une reconnaissance de leur profession. Il ne faut pas oublier que de nombreux patients consultent un ostéopathe en première ligne. Qu'en pensent les experts présents?

Mme Véronique Caprasse (*DéFI*) voudrait savoir si l'UKB et Axxon sont représentés au sein du cabinet de la ministre pour traiter le dossier de la kinésithérapie en Belgique.

Elle estime qu'un Ordre des kinésithérapeutes serait un instrument important dans la défense de la profession. La ministre y a-t-elle déjà réfléchi?

De quelle manière la prévention s'organise-t-elle au niveau des kinésithérapeutes?

Face à l'augmentation du nombre de personnes âgées et à la recrudescence des maladies chroniques, les kinésithérapeutes sont des acteurs privilégiés. Ces données sont-elles prises en compte dans le plan de la planification du nombre de kinésithérapeutes sur le marché?

Tot slot vraagt mevrouw Caprasse dat de plaats van de osteopathie ten opzichte van de kinesitherapie opnieuw wordt bepaald.

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) is niet opgetogen met de structuur van de hervorming ("bloemblaadjesmodel"), waarbij de kinesitherapeuten louter worden ondergebracht in het "revalidatie"-bloemblaadje, terwijl sommige sprekers duidelijk hebben aangegeven dat zij ook in andere zorgdomeinen actief zijn. Hoe ver staat het met de besprekingen binnen de sector om het werkgebied van de kinesitherapeuten uit te breiden? Hoe kijken zij tegen de erkennings van de chiropractoren en de osteopaten aan? Hoe kan de complementariteit met de andere beroepen worden geregeld? Welke competenties zijn vereist? Hoe zullen de verschillende praktijken evolueren volgens de kinesitherapeuten? Hoe kan beter rekening worden gehouden met de multidisciplinariteit tussen de kinesitherapeuten en de verpleegkundigen? Is die multidisciplinariteit niet de oplossing voor de uitbreiding van het werkgebied van de kinesitherapeuten?

Mevrouw Gerkens laakt het feit dat het ziekenhuis centraal in het zorglandschap wordt geplaatst ("hospitalocentrisme"), omdat de multidisciplinariteit aldus wordt afgeremd. Doordat de zorg in het ziekenhuis wordt verstrekt, verliest de patiënt zijn keuzevrijheid. Vervolgens wordt hij doorverwezen naar revalidatiecentra waar kinesitherapeuten werken, zonder dat rekening wordt gehouden met het multidisciplinaire aspect.

Tot slot merkt de spreekster op dat het aantal kinesitherapeuten in absolute cijfers dan wel hoog mag liggen, maar dat in sommige landelijke gebieden een tekort heert. Sommige jonge kinesitherapeuten zouden zich er kunnen komen vestigen, maar doen dat niet. Wat denken de deskundigen van die situatie?

Sommige kinesitherapeuten die met zwaarlijvige jongeren werken, hebben methodes uitgewerkt waarbij zij samenwerken met huisartsen, psychologen en diëtisten, maar worden geconfronteerd met beroepsisen die niet zijn afgestemd op multidisciplinair teamwork (zij moeten bijvoorbeeld werken met sessies van een kwartier in plaats van een uur).

Moet over die situatie niet worden nagedacht, en moeten de erkende prestaties en de terugbetaalingsvoorraarden niet worden gewijzigd?

Enfin, Mme Caprasse demande que l'on redéfinisse la place de l'ostéopathie par rapport à la kinésithérapie.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) se dit perturbée par la structure de la réforme (la marguerite) qui situe les kinésithérapeutes uniquement dans le pétalement "revalidation" alors que certains intervenants ont bien indiqué qu'ils se situaient également dans d'autres domaines de soins. Où en sont les discussions au sein de la profession afin d'élargir le champ d'action des kinésithérapeutes? Que pensent-ils de la reconnaissance des chiropracteurs et des ostéopathes? Comment organiser la complémentarité avec les autres professions? Quelles sont les compétences exigées? Comment les kinésithérapeutes envisagent-ils l'évolution des différentes pratiques? Comment mieux prendre en compte la multidisciplinarité entre les kinésithérapeutes et les infirmiers? Cette multidisciplinarité n'est-elle pas la solution à l'élargissement du champ des prestations des kinésithérapeutes?

Mme Gerkens s'insurge contre l'hospitalo-centrisme qui freine la multidisciplinarité. Etant donné que les soins sont prodigues à l'hôpital, les patients perdent leur liberté de choix. Ils sont ensuite orientés vers des centres de revalidation où travaillent des kinésithérapeutes sans tenir compte de la dimension multidisciplinaire.

Enfin, l'intervenante fait remarquer que malgré le nombre absolu de kinésithérapeutes sur le territoire, certaines régions rurales manquent de praticiens. Certains jeunes kinésithérapeutes pourraient pourtant venir s'y installer mais ne le font pas. Que pensent les experts de cette situation?

Certains kinésithérapeutes qui travaillent avec des jeunes en surpoids ont mis en place des techniques en collaboration avec des médecins généralistes, des psychologues, des diététiciens mais sont confrontés à des impératifs professionnels non adaptés au travail en équipe multidisciplinaire (par exemple ils doivent travailler sur base de séances de 15 minutes au lieu d'une heure).

Ne devrait-on pas réfléchir à cette situation et modifier les prestations reconnues ainsi que les modalités de remboursement?

C. Antwoorden

De heer Bruynooghe (Axxon) herinnert eraan dat Axxon in 2017 heeft opgeroepen tot deconventionering omdat over de conventie niet werd onderhandeld, maar ze door het Verzekeringscomité werd opgelegd. In juli 2017 is Axxon naar zowel de arbeidsrechtbank van Brussel als de Raad van State gestapt. Een beslissing wordt de komende maanden verwacht. Naar aanleiding van de wijziging van artikel 49 van de wet in de zomer van 2017 heeft Axxon in februari 2018 een vordering bij het Grondwettelijk Hof ingesteld om die wijziging aan te vechten.

Axxon zet die stappen om de verschillen in behandeling weg te doen werken.

In december 2017 werd een tweearjaarlijkse overeenkomst ondertekend, zij het met gemengde gevoelens. Twee hoogleraren hebben dan tot een deconventionering (9 001 op 23 000 kinesitherapeuten) opgeroepen in het belang van de patiënt, opdat hij 25 % van de bij een gedeconventioneerde kinesitherapeut betaalde honoraria zou kunnen terugkrijgen. Er bestaan verschillen naargelang van het gewest. In Vlaanderen is één op vier kinesitherapeuten gedeconventioneerd omdat de honoraria te laag zijn. Behoorlijke honoraria waarmee de kosten (infrastructuur, verwarming enzovoort) kunnen worden gedekt, moeten ten minste 30 euro bedragen (momenteel is dat 22,26 euro). Sinds 4 jaar heeft er geen indexatie meer plaatsgehad. Voor 2018 is een indexering van 1,68 % gepland, wat een budget van 13 miljoen euro vertegenwoordigt.

Wat het hoge aantal beroepsbeoefenaars betreft, herinnert de heer Bruynooghe eraan dat de administratie al jarenlang moeite heeft om correcte gegevens te verstrekken over het aantal kinesitherapeuten, hun statuut en hun werkplek. Van de 23 000 kinesitherapeuten met een profiel slaagt het RIZIV er niet in te onderscheiden wie als zelfstandige werkt, wie als loontrekkende werkt of wie een gemengd statuut heeft. Er is eveneens geen zicht op wie waar werkt, m.a.w. wie werkt in een eerstelijnspraktijk, een ziekenhuis, woonzorgcentrum, enz. ... Er zijn zelfs nog lijsten waarop overledenen vermeld staan. Als er eind 2018 geen dynamisch kadaster beschikbaar is, staat het de beroepsorganisatie vrij een einde te maken aan de Overeenkomst M18.

De universiteiten, en onder meer UGent, klagen over het toenemende aantal studenten. De kinesitherapeuten zijn gekant tegen het huidige stelsel dat erin bestaat de studenten te laten afstuderen en hen een allerlaatste examen te doen afleggen om hun RIZIV-nummer te

C. Réponses

M. Bruynooghe (Axxon) rappelle que Axxon a appelé au déconventionnement en 2017 étant donné que la convention n'avait pas été négociée mais leur avait été imposée par le Comité de l'assurance. En juillet 2017, Axxon a saisi le tribunal du travail de Bruxelles ainsi que le Conseil d'État. Une décision est attendue dans les mois à venir. À la suite de la modification de l'article 49 de la loi à l'été 2017, Axxon s'est adressé à la Cour constitutionnelle en février 2018 pour contester cette modification.

Axxon entreprend ces actions dans le but de supprimer les discriminations.

Une convention de deux ans a été signée en décembre 2017 mais avec toutefois des sentiments mitigés. Deux professeurs ont alors appelé au déconventionnement (9001 kinésithérapeutes sur 23 000) dans l'intérêt du patient afin qu'il puisse récupérer 25 % des honoraires payés chez un kinésithérapeute déconventionné. Des différences existent au niveau régional. En Flandre, un kinésithérapeute sur 4 est déconventionné en raison du fait que les honoraires sont trop bas. Des honoraires corrects qui permettent de couvrir les frais (infrastructure, chauffage, ...) doivent se situer au moins à 30 euros (actuellement 22,26 euros). Depuis 4 ans, il n'y a plus eu d'indexation. Pour 2018, une indexation de 1,68 % est prévue, ce qui représente un budget de 13 millions d'euros.

En ce qui concerne la pléthore de praticiens, M. Bruynooghe rappelle que l'administration peine depuis des années à fournir des données correctes sur le nombre de kinésithérapeutes, sur leur statut et sur leur lieu de travail. Sur les 23 000 kinésithérapeutes avec un profil, l'INAMI ne parvient pas à distinguer qui travaille comme indépendant, qui travaille comme salarié et qui a un statut mixte. Il ne sait pas non plus qui travaille où, autrement dit, qui travaille dans une pratique de première ligne, dans un hôpital, dans une maison de repos et de soins, etc. Il y a même encore des listes sur lesquelles figurent des personnes décédées. Si à la fin de l'année 2018 aucun cadastre dynamique n'est disponible, les organisations professionnelles ont la liberté de mettre un terme à la Convention M18.

Les universités, et notamment l'UGent, se plaignent du nombre croissant d'étudiants. Les kinésithérapeutes s'opposent au système actuel qui consiste à laisser sortir les étudiants diplômés et à leur faire passer un ultime examen pour obtenir leur numéro INAMI. Il serait

verkrijgen. Misschien ware het verkeerslijker een toelatingsexamen in te stellen zoals dat het geval is voor de artsen en de tandartsen.

De heer Luk Dieleman licht toe dat tussen 2013 en 2017 in België 7 335 nieuwe kinesitherapeuten werden erkend. Dit vertegenwoordigt sinds 2014 jaarlijks 1 500 à 1 600 nieuwkomers op de markt.

Hij herinnert eraan dat de exploitatiekosten van een praktijk in 5 jaar aanzienlijk zijn gestegen.

Er zou een deontologisch orgaan moeten worden opgericht om klachten in verband met de naleving van de deontologische regels te behandelen, onder meer klachten i.v.m. onwettige uitoefening van de kinesitherapie en alle vormen van ongeoorloofde reclamevoering of deloyale concurrentie. De Federale Raad heeft jaren geleden een zeer degelijke deontologische code voor kinesitherapeuten opgesteld. Klachten worden dan ook regelmatig bij de Federale Raad ingediend, maar die kan ze enkel verticaal klasseren wegens niet bevoegd als deontologisch orgaan. Voor klachten inzake ongeoorloofde reclamevoering kan men enkel hopen dat een klacht bij de Provinciale Geneeskundige Commissies zijn effect sorteert.

In tegenstelling tot wat het geval is met de artsen en de tandartsen, wier RIZIV-budget jaarlijks wordt vastgesteld op basis van een globale begrotingsdoelstelling, vermeerderd met een reële groei van 1,5 %, wordt voor de vaststelling van het kinesitherapiebudget een technische raming opgemaakt door de bevoegde RIZIV-diensten in functie van de trend van de uitgaven van het voorgaande jaar, waarna er eventueel nog een indexatie kan worden toegekend ter compensatie van de gestegen levensduurte van het voorgaande jaar. De kinesitherapeuten volgen dus de markttendens, waarop zij geen vat hebben daar zij op voorschrijf werken. Van 2014 tot 2017 heeft de bevoegde minister geweigerd de honoraria te indexeren zodat er geen budgetmarge voorhanden is om ze te verhogen. Die situatie heeft het de afgelopen jaren moeilijk gemaakt om overeenkomsten te sluiten. Desalniettemin werd voor 2018 een overeenkomst gesloten ondanks het feit dat een bijkomende besparing van 600 000 euro werd opgelegd aan de sector door de Algemene Raad. De beroepsorganisatie heeft de clausules daarvan aan haar leden uitgelegd; het komt de betrokkenen toe daar al dan niet bij aan te sluiten. Treden zij niet toe, dan zullen zij hun honoraria naar believen kunnen vastleggen, maar wel sommige voordelen verliezen (geen sociale RIZIV-voordelen, geen telematicatoelage).

peut-être préférable d'instaurer un examen d'entrée comme pour les médecins ou les dentistes.

M. Luk Dieleman précise qu'entre 2013 et 2017, 7335 nouveaux kinésithérapeutes ont été reconnus en Belgique. Cela représente depuis 2014 annuellement entre 1500 et 1600 nouveaux arrivants sur le marché.

Il rappelle que les frais d'exploitation d'un cabinet ont fortement augmenté en 5 ans.

Il conviendrait de créer un organe déontologique pour traiter les plaintes liées au respect des règles de déontologie, notamment les plaintes relatives à l'exercice illégal de la kinésithérapie et à toutes les formes de publicité illicite ou de concurrence déloyale. Il y a plusieurs années, le Conseil fédéral a rédigé un très bon code de déontologie pour les kinésithérapeutes. Les plaintes sont dès lors souvent adressées au Conseil fédéral, mais ce dernier n'a d'autre choix que de les classer sans suite, car il n'est pas compétent en tant qu'organe de déontologie. Pour les plaintes en matière de publicité illicite, on ne peut qu'espérer qu'une plainte auprès des Commissions médicales provinciales sera suivie d'effets.

Contrairement aux médecins et aux dentistes dont le budget INAMI est fixé annuellement – sur la base d'un objectif budgétaire global, majoré d'une norme de croissance réelle de 1,5 %, le budget des kinésithérapeutes est fixé sur la base d'une estimation technique effectuée par les services compétents de l'INAMI en fonction de la tendance des dépenses de l'année précédente, après quoi une indexation peut éventuellement être octroyée pour compenser l'augmentation du coût de la vie au cours de l'année précédente. Les kinésithérapeutes suivent donc la tendance du marché sur laquelle ils n'ont pas de prise étant donné qu'ils travaillent sur prescription. De 2014 à 2017, le ministre compétent a refusé d'indexer les honoraires de sorte que la marge budgétaire pour les augmenter est inexistante. Cette situation a rendu difficile la conclusion de conventions les dernières années. Une convention a toutefois été conclue pour 2018 malgré le fait qu'une économie supplémentaire de 600 000 euros a été imposée au secteur par le conseil général. L'organisation professionnelle en a expliqué les clauses à ses affiliés; ils leur appartient d'y adhérer ou non. S'ils n'y adhèrent pas, ils pourront fixer leurs honoraires comme ils le souhaitent mais perdront certains avantages (pas d'avantages sociaux INAMI, pas d'allocation pour la télématique).

De heer Dieleman onderstreept dat de Planningscommissie goed werk levert en dat zij het beroep zou moeten helpen om het zorgaanbod beter te plannen.

Gezien de kosten om een praktijk op te zetten, associëren sommige kinesitherapeuten zich met een logopedist, een diëtist of een eerstelijnspsycholoog. Dat soort associatie kan de toekomst worden als voor begeleidingsmaatregelen wordt gezorgd.

De kinesitherapeuten kunnen een primordiale preventierol spelen. Momenteel voorziet de nomenclatuur echter in geen enkele preventieve prestatie die wordt teruggbetaald door de sociale zekerheid. Dat is een groot pijnpunt. Deze week werd een overeenkomst bereikt voor de *diabetes educators*.

In Vlaanderen heeft de beroepsvereniging Axxon al een 150-tal mensen opgeleid tot kine-coach; het betreft een interuniversitaire opleiding in vier modules die voornamelijk is toegespitst op type II-diabetes en op obesitas. Die beroepsbeoefenaars zijn operationeel maar kunnen niet werken omdat er geen nomenclatuur vorhanden is.

De heer Dieleman is het met mevrouw Gerkens eens dat het voor dat soort prestaties mogelijk zou moeten zijn gedurende één uur met meerdere patiënten te werken in plaats van slechts met één patiënt gedurende 15 minuten. Controles zijn mogelijk om te voorkomen dat de budgetten worden overschreden.

Uit de RIZIV-cijfers blijkt dat sinds 2014 het gemiddelde aantal prestaties per patiënt daalt en dat het aantal patiënten toeneemt. Dat betekent dat het werk doeltreffender verloopt. In 2017 heeft de sector een budgetbesparing van 18,8 miljoen euro verwezenlijkt.

De heer Didier Leva (UKB) verwijst naar een oude studie van Ernst & Young waaruit blijkt dat sinds 30 jaar de honoraria van de kinesitherapeuten duidelijk ontoereikend zijn.

Hij hekelt het feit dat de kinesitherapeuten voor belachelijk lage honoraria talrijke verplichtingen in acht moeten nemen, terwijl de osteopaten geen verplichtingen worden opgelegd en een ereloon van 60 euro mogen vragen dat via de aanvullende verzekering wordt terugbetaald. Er wordt vastgesteld dat de administratieve complexiteit van het beroep sommige kinesitherapeuten ertoe doet besluiten te kiezen voor de osteopathie. De erkenning van de osteopathie zou de spreekwoordelijke druppel zijn.

M. Dieleman souligne que la Commission de la planification fait du bon travail et qu'elle devrait aider la profession à mieux planifier l'offre de soins.

Compte tenu des frais d'installation d'un cabinet, on constate que certains kinésithérapeutes s'associent avec un logopède, un diététicien ou un psychologue de première ligne. Ce type d'association a peut-être de l'avenir si des mesures d'accompagnement sont prévues.

Les kinésithérapeutes peuvent jouer un rôle primordial en ce qui concerne la prévention. Or, actuellement, la nomenclature ne prévoit aucune prestation de prévention qui soit remboursée par le sécurité sociale. C'est un problème majeur. Cette semaine, un accord a été conclu en faveur des éducateurs pour diabétiques.

En Flandre, l'association professionnelle Axxon a déjà formé quelque 150 personnes comme coach kiné; il s'agit d'une formation interuniversitaire en 4 modules axée principalement sur le diabète de type II et sur l'obésité. Ces praticiens sont opérationnels mais ne peuvent pas travailler car la nomenclature fait défaut.

M. Dieleman partage l'avis de Mme Gerkens qu'il devrait être possible, pour ce type de prestations, de travailler avec plusieurs patients pendant une heure plutôt qu'avec un seul patient pendant 15 minutes. Des contrôles sont possibles pour éviter le dépassement des budgets.

Il ressort des chiffres de l'INAMI que depuis 2014, le nombre moyen de prestations par patient diminue et que le nombre de patients augmente. Cela signifie que le travail est plus efficace. En 2017, le secteur a réalisé une économie budgétaire de 18,8 millions d'euros.

M. Didier Leva (UKB) fait référence à une ancienne étude d'Ernst & Young qui démontre que les honoraires des kinésithérapeutes sont nettement insuffisants depuis 30 ans.

Il dénonce le fait que les kinésithérapeutes doivent respecter de nombreuses contraintes pour des honoraires dérisoires alors que les ostéopathes n'ont pas de contraintes et peuvent réclamer 60 euros d'honoraires, remboursés par l'assurance complémentaire. Force est de constater que certains kinésithérapeutes, confrontés à la complexité administrative de leur profession, se tournent vers l'ostéopathie. Une reconnaissance de l'ostéopathie serait la goutte d'eau qui ferait déborder le vase.

De kinesitherapeuten die lid van UKB zijn, zijn vertegenwoordigd binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu, maar sinds enkele jaren niet langer binnen het RIZIV, omdat er te weinig bijdrageplichtigen zijn omwille van een door de minister ingevoerde wetswijziging. De volgende verkiezingen vinden plaats in 2019.

Een kinesitherapeut kan gemakkelijk aan preventie doen wanneer hij de patiënt in eerste lijn kan behandelen. De UKB is van oordeel dat een studieduur van vier jaar niet volstaat om eerstelijnszorg (5 jaar in Vlaanderen) zonder medisch voorschrift te kunnen verstrekken. Er lopen enkele proefprojecten waarbij de directe toegang tot de kinesitherapie wel mogelijk zou zijn, omdat de artsen overbevraagd zijn. Het is de arts die zijn verantwoordelijkheid moet nemen en delegeren. De mentaliteit moet veranderen en de overheid moet stimulerende maatregelen nemen.

Groepspraktijken komen niet vaak voor in het franstalige landsgebied, vooral niet in de landelijke gebieden. Ook wat dat betreft, moet de overheid voorzien in stimulansen. De UKB hoopt dat de proefprojecten rond chronische ziekten veranderingen zullen teweegbrengen.

Er zouden subsidies moeten komen om kinesitherapeutenkringen en wachtposten op te richten, zoals het geval is bij de artsen.

De heer Leva betreurt dat het voor de kinesitherapeuten, althans in Wallonië, zo moeilijk is om gewoon toegang te krijgen tot de artsenkringen om uitleg te geven bij de nomenclatuur van de kinesitherapie.

De heer Peter Van Roy, Federale raad voor de kinesitherapie, wijst erop dat kinesitherapie over meer dan alleen maar revalidatie gaat; de Federale raad heeft dat ook aangestipt in zijn advies van 2016 aan de minister.

Voor het eerst sinds de hervorming van het koninklijk besluit nr. 78 in 1995, beschikken de kinesitherapeuten over een forum waarvan gedachten kan worden gewisseld met de mensen in het veld, de academische wereld en de beroepsorganisaties in zowel het noorden als het zuiden van het land. Binnen de Federale raad werd een wetenschappelijke commissie opgericht. Die commissie bestaat niet alleen uit vertegenwoordigers van de academische wereld, maar ook uit mensen uit de praktijk die thuis zijn in de verschillende takken van de kinesitherapie.

De heer Van Roy is er niet voor te vinden dat de kinesitherapeuten zouden moeten overleggen met

Les kinésithérapeutes membres de l'UKB sont représentés au sein du SPF Santé publique mais ils ne sont plus représentés au sein de l'INAMI depuis quelques années car ils n'y a pas assez de cotisants en raison d'un changement de la législation par la ministre. Les prochaines élections auront lieu en 2019.

Il est facile pour un kinésithérapeute de faire de la prévention lorsque le patient consulte en première ligne. L'UKB estime que 4 ans d'études ne sont pas suffisants pour avoir un accès direct (5 ans en Flandre) sans prescription médicale. Dans certains projets pilotes, cet accès direct des kinésithérapeutes pourrait être possible car les médecins sont débordés. Il appartient dès lors au médecin de prendre ses responsabilités et de déléguer. Il faut que les mentalités changent et que les pouvoirs publics prévoient des incitants.

Les pratiques de groupe ne sont pas habituelles dans la partie francophone du pays, surtout dans les zones rurales. Les pouvoirs publics devraient, ici aussi, prévoir des incitants. L'UBK espère que les choses vont changer dans le cadre des projets pilotes relatifs aux maladies chroniques.

Il conviendrait que des subsides soient prévus pour créer des cercles de kinésithérapie et des postes de garde pour les kinésithérapeutes, à l'instar des médecins.

M. Leva déplore qu'il soit si difficile, du moins en Wallonie, pour les kinésithérapeutes d'avoir simplement accès aux cercles de médecins pour expliquer la nomenclature en kinésithérapie.

M. Peter Van Roy, Conseil fédéral de la kinésithérapie, rappelle que la kinésithérapie recouvre plus qu'uniquement la revalidation. Le Conseil fédéral l'a d'ailleurs mentionné dans son avis de 2016 à la ministre.

Pour la première fois depuis la réforme de l'AR n°78 en 1995, la profession a eu l'occasion de disposer d'un forum pour discuter avec les praticiens de terrain, le monde académique, les organisations professionnelles du Nord comme du Sud du pays. Une commission scientifique a été créée au sein du Conseil fédéral. Cette commission est composée non seulement de personnes du monde académique mais aussi de praticiens de terrain qui maîtrisent les différentes branches de la kinésithérapie.

M. Van Roy n'est pas favorable à ce que les kinésithérapeutes doivent siéger, par exemple, avec des

bijvoorbeeld logopedisten om adviezen te verstrekken over kinesitherapie. Hij vestigt de aandacht op de parallelen tussen de door de Federale raad ontwikkelde toekomstvisie op het beroep tegen 2020 en de projecten van de overheid.

De Federale raad heeft een brochure uitgegeven over de directe toegang van de patiënten tot de kinesitherapie. Alle door de Federale raad uitgebrachte adviezen kunnen worden geraadpleegd op de website van de FOD Volksgezondheid/Federale raad voor de kinesitherapie onder de rubriek publicaties.

In de praktijk gebeurt het zo dat de patiënt zich eerst tot zijn kinesitherapeut wendt en vervolgens een voorschrijf vraagt bij zijn huisarts om zijn verplichtingen na te komen.

De studenten kinesitherapie krijgen een opleiding over contra-indicaties; dat betekent dat ze screenings kunnen uitvoeren van handelingen die al dan niet tot hun bevoegdheid horen, teneinde hun patiënten naar een andere beroepsbeoefenaar te kunnen doorverwijzen. In alle takken van de kinesitherapie worden de lichte en matige aandoeningen onderscheiden van de andere aandoeningen op basis van het *international classification system of function*. Voor dergelijke lichte en matige aandoeningen moet een directe toegang mogelijk zijn. Het KB nr. 78 voorziet in uitzonderingen waarbij een medisch voorschrijf voor een consultatie bij de kinesitherapeut niet vereist is. Aangaande de ernstige en totale aandoeningen of aandoeningen waarbij sprake is van comorbiditeit, spreekt het voor zich dat een medisch voorschrijf verplicht is.

In tegenstelling tot de regeling die in Nederland of Noorwegen van toepassing is, is het Belgische systeem relatief soepel, in die zin dat kinesitherapeuten die geen vragende partij zijn voor een directe toegang gewoon kunnen blijven werken op basis van medische voorschriften.

Wat de groepspraktijken met osteopaten betreft, is de Federale raad beslist voorstander van interdisciplinariet met inachtneming van de andere beroepen. Als er echter adviezen over de kinesitherapie moeten worden uitgebracht, is de Federale raad echter van oordeel dat enkel de beoefenaars van dat beroep zich daarover moeten uitspreken en geen andere beoefenaars van niet-conventionele methoden.

De jongste jaren heeft in de westerse geneeskunde een wetenschappelijke evolutie plaatsgevonden die heeft geleid tot een aanpak die almaar meer "evidence

logopèdes, pour rendre des avis au sujet de la kinésithérapie. Il relève le parallélisme entre la vision future de la profession développée à l'horizon 2020 par le Conseil fédéral et les projets des pouvoirs publics.

Le Conseil fédéral a édité une brochure relative à l'accès direct des patients à la kinésithérapie. Tous les avis émis par le Conseil fédéral sont accessibles sur le site web du SPF Santé publique/Conseil fédéral de la kinésithérapie/publications.

Dans la pratique, le patient se rend d'abord chez son kinésithérapeute et ensuite, il demande une prescription à son médecin pour se mettre en ordre.

Les étudiants en kinésithérapie reçoivent une formation sur les contre-indications; cela signifie qu'ils peuvent faire des screenings des actes qui relèvent ou non de leurs compétences pour pouvoir transférer leurs patients vers un autre praticien. La distinction des affections légères et modérées est opérée dans toutes les branches de la kinésithérapies sur base de l'"international classification system of function". Pour ces affections-là, l'accès direct doit être possible. L'AR royal n°78 prévoit des dérogations à l'obligation d'une prescription médicale pour une consultation chez le kinésithérapeute. En revanche, en ce qui concerne les affections graves et totales ou en cas de co-morbidité, il va de soi qu'une prescription médicale est requise.

Contrairement au système en vigueur aux Pays-Bas ou encore en Norvège, le système belge est assez souple en ce sens que les kinésithérapeutes qui ne sont pas intéressés par un accès direct peuvent continuer à travailler uniquement sur base de prescriptions médicales.

En ce qui concerne les pratiques de groupes avec les ostéopathes, le Conseil fédéral prône certainement l'interdisciplinarité dans le respect d'autres professions. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'avis à rendre sur la kinésithérapie, le Conseil fédéral estime que seuls les praticiens de la profession concernée doivent s'exprimer et pas d'autres praticiens de pratiques non conventionnelles.

Ces dernières années, la médecine occidentale a connu une évolution scientifique et est devenue de plus en plus "evidence based"; la kinésithérapie également.

"based" is, ook in de kinesitherapie. De academische wereld is zich gaan interesseren voor de kinesitherapie betonen en met name in België hebben kinesitherapeuten bijdragen gepubliceerd.

In sommige takken van de kinesitherapie, zoals de manuele therapie (hals en wervelkolom), bestaan er bepaalde akkoorden tussen de kinesitherapeuten en de osteopaten.

De manuele therapie wordt echter als "evidence based" beschouwd, terwijl dat bij osteopathie – een niet-conventionele therapie – niet het geval is. Derhalve is het beter de twee takken niet met elkaar te vermengen.

In de toekomst zullen de kinesitherapeuten in interdisciplinaire (dat wil zeggen met beoefenaars van verschillende takken binnen de kinesitherapie) en multidisciplinaire (dat wil zeggen met beoefenaars van andere beroepen) groepspraktijken werken. In een dergelijke organisatie en rekening houdend met het feit dat de patiënten al over hun medische gegevens beschikken, lijkt het voor de hand te liggen dat de kinesitherapeuten toegang krijgen tot het elektronisch dossier van de patiënt.

Mevrouw Aurélie Somer, FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu, wijst erop dat de terugbetaling, de vergoedingen en de conventionering van de kinesitherapeuten geen bevoegdheden zijn van de voormalde FOD, maar van het RIZIV.

Wat de plaats van de kinesitherapeuten binnen de Planningscommissie betreft, geeft mevrouw Somer aan dat de permanente kern van die commissie wordt gevormd door artsen en tandartsen en door vertegenwoordigers van de ministers, van het intermutualistisch agentschap, van het RIZIV en van de gemeenschappen. Alleen wanneer het behandelde thema hen aankelangt, nemen ook de vertegenwoordigers van andere beroepen zoals kinesisten deel aan de plenumvergadering. De artsen en tandartsen nemen daarentegen deel aan alle vergaderingen en brengen adviezen uit over alle geplande beroepen.

Mevrouw Somer verstrekt de details van de procedure: de diensten bereiden de werkzaamheden voor en vervolgens worden die nagezien in een werkgroep bestaande uit kinesitherapeuten die lid zijn van de Planningscommissie (soms vergezeld door deskundigen). Nadat het advies is nagekeken door de werkgroep, wordt het voor goedkeuring aan de plenumcommissie bezorgd.

Le monde académique s'est intéressé à la kinésithérapie et des praticiens ont publié, notamment en Belgique.

Dans certaines disciplines de la kinésithérapie, comme la thérapie manuelle (cou et colonne vertébrale), certains accords existent entre les kinésithérapeutes et les ostéopathes.

Toutefois, il faut savoir que la thérapie manuelle est considérée comme "evidence based" alors que la thérapie non conventionnelle qu'est l'ostéopathie ne l'est pas. Il vaut dès lors mieux ne pas mélanger les deux disciplines.

A l'avenir, les kinésithérapeutes travailleront dans des pratiques de groupes interdisciplinaires (les praticiens des différentes disciplines de la kinésithérapie) et multidisciplinaires (avec d'autres professions). Dans une telle configuration et compte tenu du fait que les patients détiennent déjà leurs données médicales, il semble évident que les kinésithérapeutes aient accès au dossier électronique du patient.

Mme Aurélie Somer, SPF Santé publique, précise que le remboursement, les indemnités et le conventionnement des kinésithérapeutes ne relèvent pas des compétences du SPF Santé publique mais de l'INAMI.

En ce qui concerne la place des kinésithérapeutes au sein de la Commission de planification, Mme Somer explique que le noyau permanent de la Commission est constitué des médecins, des dentistes, des représentants des ministres, de l'agence intermutualiste, de l'INAMI et des Communautés. Les représentants des autres professions comme les kinésithérapeutes participent également à la séance plénière de la commission uniquement s'ils sont concernés par le sujet traité. En revanche, les médecins et les dentistes participent à toutes les réunions et rendent des avis sur toutes les professions planifiées sur toutes les professions planifiées.

Mme Somer détaille la procédure: l'administration prépare les travaux qui sont validés en groupe de travail composé de kinésithérapeutes qui sont membres de la Commission de planification (parfois accompagnés d'experts). Une fois validé par le groupe de travail, l'avis est envoyé à la commission plénière et validé par elle.

Ook mevrouw Somer betreurt dat het lang duurt om van de andere instellingen de gegevens betreffende de kinesitherapeuten te verkrijgen. Zij beklemtoont echter dat het om 40 000 kinesitherapeuten gaat en dat voor elke geregistreerde persoon de gegevens van de FOD Volksgezondheid in verband met de identiteit (leeftijd, geslacht, adres, gewest, gemeenschap, diploma's enzovoort) moeten worden gekoppeld aan de RIZIV-gegevens (aantal prestaties per persoon en totaal gefactureerd bedrag per persoon) en in het geval van de beroepskrachten met een werknehmersstatuut ook aan de arbeidsmarktgegevens (werkgevers, voltijdse dan wel deeltijdse baan). De hoeveelheid te verwerken gegevens is gigantisch.

Bij de FOD Volksgezondheid werkt de Planningscommissie op basis van een meerjarenplan.

Bij de werkzaamheden van de zes aan de planningscel toegewezen analisten komen alle beroepen aan bod, volgens het opgestelde plan. Zo zullen in 2018 grondige analyses worden verricht met betrekking tot de vroedvrouwen en de kinesitherapeuten; voorts zullen beknopte registers (over het laatste beschikbare jaar) worden uitgewerkt wat de logopedisten, de audiologen en de verpleegkundigen betreft.

Wordt in het wiskundig model rekening gehouden met de evolutie van de praktijken? Mevrouw Somer antwoordt bevestigend. Men krijgt een beeld van het toekomstige aantal actieve professionals dankzij het model met alternatieve scenario's, waarbij gewerkt wordt met diverse parameters die worden aangegeven door de leden van de werkgroep kinesitherapeuten; die baseren zich daartoe op de factoren die een weerslag hebben op het toekomstige aantal beroepsbeoefenaars.

Mevrouw Somer herinnert eraan dat de minister van Volksgezondheid alle elementen van de hervorming op de conferentie in september 2016 heeft voorgesteld. Er zijn door sommige raden hierover adviezen uitgebracht en via de daartoe gecreëerde website zijn opmerkingen of individuele commentaren meegeleid. De teksten worden momenteel besproken en opgesteld. De minister is voorstander van een autonome praktijk en een rechtstreekse toegang; zij hecht eveneens veel belang aan de plichtenleer.

In het verlengde daarvan is bepaald dat bij de hervorming van de wet op de gezondheidszorgkwaliteit (een tekst die thans door de regering wordt besproken), een nieuwe structuur zou worden opgezet, ter vervanging van de provinciale geneeskundige commissie.

Het is tevens de bedoeling dat de huidige voorwaarden voor het toestaan van een praktijk (psychische en

Mme Somer déplore également la lenteur pour obtenir des autres institutions les données relatives aux kinésithérapeutes. Elle souligne toutefois qu'il s'agit de 40 000 kinésithérapeutes et que pour chaque personne enregistrée, les données du SPF Santé publique relatives à l'identité (âge, sexe, adresse, région, communauté, diplômes, ...) doivent être couplées aux données INAMI (nombre de prestations par personne et montant global facturé par personne) et aux données du marché du travail pour les professionnels salariés (employeurs, temps plein ou temps partiel). Le nombre de données à traiter est colossal.

Au niveau du SPF santé publique, il existe un plan pluriannuel pour la Commission de planification.

Les travaux des 6 analystes affectés à la cellule de planification couvrent toutes les professions en fonction du plan établi. Ainsi en 2018, il est prévu des analyses approfondies sur les sages-femmes et kinés ainsi que la réalisation de cadastres succincts (portant sur le dernière année disponible) pour les logopèdes, audiologues et infirmiers.

Tient-on compte de l'évolution des pratiques dans le modèle mathématique? Mme Somer répond par l'affirmative. Le nombre de personnes actives est projeté grâce au modèle selon des scénarios alternatifs représentant différents paramètres identifiés par les membres du Gt Kinés. Ceux-ci se basent sur les facteurs ayant un impact sur la force de travail à venir.

Mme Somer rappelle que la ministre de la Santé publique a présenté tous les éléments de la réforme lors de la conférence de septembre 2016. Des avis ont été émis par certaines conseils à ce sujet et des remarques ou commentaires individuels ont été postées sur le site web créé à cet effet. Les textes sont actuellement en discussion et en cours de rédaction. La ministre défend l'idée d'une pratique autonome et d'un accès direct; elle accorde également beaucoup d'importance à la déontologie.

Dans cette perspective, il est prévu que dans le cadre de la réforme de la loi de qualité des soins de santé qui est actuellement discutée au sein du gouvernement, il soit mis en place une nouvelle structure pour remplacer la commission médicale provinciale.

Il est aussi prévu que les conditions d'autorisation de pratique actuelles (capacité psychique et physique

fysieke capaciteit van de beroepsbeoefenaar) worden uitgebreid met andere elementen, onder meer de plichtenleer. Bovendien wordt overwogen om na de hervorming van de Orde der artsen en na de oprichting van een Orde der tandartsen een Orde van kinesitherapeuten op te richten.

Mevrouw Somer gaat in op de polemiek omtrent de samenvoeging van de kinesitherapeuten met de ergotherapeuten en de logopedisten op het vlak van revalidatie. De spreekster geeft aan dat de minister absoluut gewonnen is voor de multidisciplinaire aanpak, met inbreng van de verschillende beroepen. Die multidisciplinariteit had concreet vorm moeten krijgen door de oprichting van een nieuwe beroepenraad die is samengesteld uit domeinspecifieke kamers, niet uit beroepsspecifieke kamers. Tot dusver werd daartoe echter geen enkele definitieve beslissing genomen.

Om de interdisciplinariteit tussen de verschillende beroepen te bevorderen, werd er evenwel voor gekozen dat in de nieuwe gezondheidsberoepenraad het bureau zou zijn samengesteld uit de voorzitters van elke kamer, die samen de aan hen gerichte verzoeken om advies zouden onderzoeken en de prioriteiten zouden bepalen.

De adviezen zouden niet langer individueel per kamer worden gegeven, maar bestaan uit geconsolideerde adviezen, uitgebracht door gemengde werkgroepen bestaande uit vertegenwoordigers van de ter zake betrokken beroepen.

In verband met het overleg met het beroep vermeldt mevrouw Somer ten slotte dat twee weken geleden een vergadering heeft plaatsgevonden met een vertegenwoordiger van het kabinet van de minister, de administratie en de voorzitter van de Federale Raad voor de Kinesitherapie, om te zien of de minister het al dan niet eens was met de standpunten van de Raad.

De heer Dieleman (Axxon) voegt eraan toe dat het evident is dat de gezondheidszorgbeoefenaar de taal van de patiënt spreekt als hij gepaste zorg wil verlenen.

Gelet op de multidisciplinariteit binnen het beroep, zijn de kinesitherapeuten niet echt vragende partij voor de invoering van nieuwe hulpgroepen. Ze zouden liever administratieve ondersteuning krijgen, zoals die bestaat voor de artsen (*Impulseo*).

In tegenstelling tot Wallonië telt Vlaanderen een uitgebreid net van kinesitherapeutenkringen, die het project inzake kwaliteitsbevordering dat de beroepsvereniging in 2011 heeft gelanceerd, in gang hebben gezet. Dit project heeft ertoe geleid dat, voor het eerst

du praticien) soient élargies à d'autres éléments dont le respect de la déontologie. Il est également envisagé de créer un Ordre des kinésithérapeutes après la réforme de l'Ordre des médecins et après la création d'un Ordre des dentistes.

Concernant la polémique de regrouper les kinésithérapeutes dans le domaine Revalidation avec les ergothérapeutes et les logopèdes, Mme Somer indique que la ministre tient vraiment à promouvoir la multidisciplinarité entre les différentes professions. Cette multidisciplinarité aurait dû se concrétiser par la mise en place d'un nouveau conseil de profession composé par des chambres non spécifiques à une profession mais à un domaine. Actuellement, aucune décision définitive en ce sens n'a toutefois encore été prise.

Pour améliorer l'interdisciplinarité entre les différentes professions, il a été cependant retenu que dans le nouveau conseil des professions de la santé, le bureau serait composé des différents présidents de chaque chambre qui examinerait et prioriseraient ensemble les demandes d'avis qui leur seraient destinées.

Les avis ne seraient plus donnés par chaque chambre individuellement mais consisteraient en des avis consolidés émis par des groupes de travail mixtes composés des différentes professions concernées par le sujet.

Concernant la concertation avec la profession, Mme Somer précise encore qu'une réunion s'est tenue il y a quinze jours avec un représentant du cabinet de la ministre, l'administration et le président du Conseil de la kinésithérapie pour voir si les positions du Conseil pouvaient ou non être soutenues par la ministre.

M. Dieleman (Axxon) ajoute qu'il est évident que le praticien doit parler la langue du patient s'il veut lui prodiguer des soins adéquats.

Compte tenu de la multidisciplinarité existante au sein de la profession, les kinésithérapeutes ne sont pas vraiment demandeurs pour la création de nouveaux groupes d'aide. Ils souhaiteraient plutôt obtenir de l'aide administrative comme celle qui existe pour les médecins (*Impulseo*).

Contrairement à la Wallonie, il existe en Flandre un large réseau de cercles de kinésithérapeutes qui ont initié le projet de promotion de la qualité lancé en 2011 par l'association professionnelle. Ce projet a permis, pour la première fois en 2017, l'octroi d'une prime de qualité

in 2017, een kwaliteitspremie van 2 000 euro wordt toegekend aan de kinesitherapeuten die voldoen aan welbepaalde, zeer strenge voorwaarden. Dit project zal worden voortgezet en wordt gesteund door het RIZIV en door de ziekenfondsen.

De heer Dieleman wijst erop dat de nomenclatuur in een door een arts voorgeschreven consultatief onderzoek voorziet, maar die mogelijkheid wordt weinig benut. Hij stelt voor dit nomenclatuurnummer uit te breiden en de patiënt de kans te geven een jaarlijks consultatief onderzoek te ondergaan bij een kinesitherapeut. Als de kinesitherapeut tijdens dit onderzoek vaststelt dat de patiënt zorg nodig heeft, dient hij dit te melden aan de voorschrijvende arts. Dit systeem is sluitend; het zou een goede zaak zijn mochten het RIZIV en de ziekenfondsen dit nader bekijken als een interessant spoor om de regularisatie van doktersvoorschriften *a posteriori* te voorkomen.

Wat de ongelijke behandeling inzake terugbetaling betreft, acht de heer Dieleman het essentieel om de keuzevrijheid van de patiënt te waarborgen. Die vrijheid ontbreekt op dit ogenblik, doordat de patiënt bestraft wordt door een lagere terugbetaling.

De patiënten weten zeer goed tot wie ze zich voor deze of gene behandeling moeten wenden en ze kiezen bewust voor een gezondheidszorgbeoefenaar die uit het akkoord met de ziekenfondsen is gestapt, op grond van zijn kwalificaties. De wetgeving moet op dat punt dringend worden gewijzigd. Een gedeeltelijke deconventionering zou een oplossing kunnen zijn. Sommige kinesitherapeuten worden namelijk ontslagen door de ziekenhuizen, omdat ze weigeren het akkoord met de ziekenfondsen te ondertekenen.

De heer Bruynooghe (Axxon) benadrukt dat er weinig verschil bestaat tussen de musculoskeletal osteopathie en de manuele therapie. Tijdens de hoorzittingen in de commissie, twee jaar geleden, hadden de osteopaten aangegeven dat ze niet langer de exclusiviteit eisten van de schedel- en de viscerale therapie. In België organiseert alleen de ULB een opleiding osteopathie; de andere opleidingen worden aangeboden door privé-instellingen.

Thans bestaat er een rechtstreekse toegang voor de osteopaten, maar nog niet voor de kinesitherapeuten.

In de nomenclatuur van de kinesitherapeuten komen de invasieve technieken zoals *dry needling* niet meer voor. Het betreft nochtans een dure opleiding. Ook de Federale Raad is van mening dat deze techniek geen deel uitmaakt van het competentiedomein van de kinesitherapeuten.

de 2000 euros pour les kinésithérapeutes qui satisfont à certains critères très stricts. Ce projet sera poursuivi et bénéficier du soutien de l'INAMI et des mutualités.

M. Dieleman rappelle que la nomenclature prévoit un examen consultatif prescrit par un médecin mais cette possibilité est peu utilisée. Il suggère d'élargir ce numéro de nomenclature et de permettre au patient de bénéficier d'un examen consultatif annuel chez un kinésithérapeute. Si au cours de cet examen, le kinésithérapeute constate que le patient nécessite des soins, il doit en référer au médecin prescripteur. Ce système est efficace et mérite d'être examiné par l'INAMI et par les mutualités comme une piste intéressante pour éviter les régularisations de prescriptions médicales *a posteriori*.

En ce qui concerne la discrimination en matière de remboursement, M. Dieleman estime essentiel de garantir la liberté de choix du patient. Cette liberté fait actuellement défaut car le patient est sanctionné par un remboursement moins élevé.

Les patients savent très bien à qui ils doivent s'adresser pour tel traitement et choisissent délibérément un praticien déconventionné en raison de ses qualifications. Il est urgent de modifier la législation à cet égard. Un déconventionnement partiel pourrait être une solution. Il faut savoir que certains kinésithérapeutes sont licenciés des hôpitaux parce qu'ils refusent de se conventionner.

M. Bruynooghe (Axxon) souligne qu'il existe peu de différence entre l'ostéopathie musculo-squelettique et la thérapie manuelle. Lors des auditions en commission il y a deux ans, les ostéopathes avaient laissé entendre qu'ils n'exigeaient plus l'exclusivité de la thérapie crânienne et viscérale. En Belgique seule l'ULB dispense une formation en ostéopathie, les autres formations relèvent du domaine privé.

Actuellement, un accès direct existe pour les ostéopathes mais pas encore pour les kinésithérapeutes.

Dans la nomenclature des kinésithérapeutes, les techniques invasives comme le *dry needling* ne sont plus reprises. Il s'agit pourtant d'une formation coûteuse. Le Conseil fédéral est également d'avis que cette technique ne fait pas partie du champ de compétences des kinésithérapeutes.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) vraagt of de kinésithérapeutes die de *dry needling*-techniek toepassen de geneeskunde op onwettige wijze beoefenen of niet.

De heer Dieleman (Axxon) geeft aan dat de maatregelen die binnen de Technische Raad zijn genomen, ertoe hebben geleid dat de *dry needling*-techniek niet meer wordt terugbetaald. Privéscholen blijven echter opleidingen organiseren en verdienen daar grof geld mee. Er zijn helemaal geen regels. Het is hoog tijd voor een deontologische instantie.

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) heeft de indruk dat de kinésithérapeutes weigeren samen te werken met de osteopaten. Als de regelgeving wordt aangepast, zal de onderlinge discriminatie verdwijnen.

De heer Van Roy geeft aan dat de Federale Raad een advies heeft uitgebracht over *dry needling*. De wetenschappelijke commissie heeft, op basis van de bestaande literatuur, vastgesteld dat er iets schortte aan de doeltreffendheid van deze techniek. Internationaal gezien stellen we vast dat de niet-conventionele praktijken *dry needling* als acupunctuur beschouwen. Er is contact geweest met het kabinet van de minister. Bedoeling is een studie te lanceren om na te gaan of deze discipline niet opnieuw in het competentiedomein van de kinésithérapeuten kan worden opgenomen.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) demande si les kinésithérapeutes qui appliquent le *dry needling* se situent dans l'exercice illégal ou non de l'art de guérir?

M. Dieleman (Axxon) précise que les mesures prises au sein du Conseil technique font en sorte que le *dry needling* n'est plus remboursé. Toutefois, des formations continuent à être dispensées par des écoles privées qui y voient un marché très lucratif. Il n'y a pas de régulation. Il est grand temps de mettre en place une instance déontologique.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) a le sentiment que les kinésithérapeutes refusent de travailler avec les ostéopathes. Si on adapte la réglementation, il n'y aura plus de discrimination entre eux.

M. Van Roy précise que le Conseil fédéral a formulé un avis sur le *dry needling*. La commission scientifique, sur base de la littérature existante, a constaté que l'efficacité de cette technique était moyenne. Au niveau international, on constate que les pratiques non conventionnelles considèrent le *dry needling* comme de l'acupuncture. Un contact a eu lieu avec le cabinet de la ministre afin d'initier une étude pour voir si cette discipline ne pourrait pas retourner dans le giron des kinésithérapeutes.

**DEEL III — HOORZITTING MET
VERTEGENWOORDIGERS VAN DE SECTOR VAN
DE TANDHEELKUNDE (25 APRIL 2018)**

A. Inleidende uiteenzettingen

**1. Uiteenzetting van de heren Claude Croonen en
Matthias Luypaert, Unie van Belgische gediplomeerde
denturisten**

De heer Claude Croonen, voorzitter van de *Unie van Belgische gediplomeerde denturisten* (UBDD), geeft aan het begin van zijn uiteenzetting een definitie van de denturologie. De denturologie is een discipline die bestaat in het aanmeten, vervaardigen en plaatsen van uitneembare tandprothesen (op maat gemaakte, invasieve en niet-actieve medische hulpmiddelen zoals gedefinieerd door de Europese Richtlijn 93/42/EEG) voor volledig of gedeeltelijk edentate mensen.

Een denturist wijdt zich aan de denturologie. De uitvoering van het beroep houdt niet in dat hij zich toelegt op het diagnosticeren of behandelen van al dan niet aangeboren en al dan niet reële aandoeningen van de mond, de tanden of de kaken bij de mens. De werkwijze van de denturisten is veleer vergelijkbaar met die van bijvoorbeeld audiologen, audiciens en orthopedisten, die technische handelingen verrichten op medisch voorschrift.

Wat is het werkterrein van de denturist? Dankzij zijn opleiding is de denturist in staat een ziekte te herkennen. Wanneer hij een ziekte vaststelt, verwijst hij de patiënt door naar een arts, een stomatoloog of een tandarts. De taak van de denturist vangt aan nadat de tandheelkundige alle nodige handelingen heeft voltooid om de mondholte klaar te maken. De denturist voert vervolgens alle stappen uit die nodig zijn voor het aanmeten en het vervaardigen van de (uitneembare) tandprothese. Hij legt zich niet toe op vaste tandprothesen.

Wat de opleiding betreft, legt de heer Croonen uit dat die momenteel enkel toegankelijk is voor gediplomeerde en actieve tandtechnici (zij vervaardigen dagelijks prothesen in opdracht van tandartsen en beheersen dus perfect de technieken voor het maken van uitneembare prothesen). Aangezien de studenten denturologie de hele week lang professioneel actief zijn, worden de lessen op zaterdag gegeven. De cursus wordt gegeven op 80 zaterdagen gespreid over drie jaar voor een totaal van 640 uur.

Alle cursussen houden rechtstreeks verband met het klinische deel van de uitneembare prothese. De cursussen anatomie, pathologie, histologie, microbiologie,

**PARTIE III — AUDITION DE REPRÉSENTANTS
DU SECTEUR DES SOINS DENTAIRES
(25 AVRIL 2018)**

A. Exposés introductifs

**1. Exposé de MM. Claude Croonen et Matthias
Luypaert, Union belge des denturistes diplômés**

M. Claude Croonen, président de l'Union belge des denturistes diplômés (UBDD), entame son intervention par une définition de la denturologie. La denturologie est une discipline qui consiste à fournir à des personnes totalement ou partiellement édentées des appareils dentaires amovibles, autrement dit, des dispositifs médicaux sur mesure invasifs, non actifs, définis par la directive européenne 93/42/CEE.

Le denturiste est le professionnel qui pratique la denturologie. Dans l'exercice de sa profession, il ne pose pas d'actes qui ont pour objet de diagnostiquer ou de traiter les maladies de la bouche, des dents et des maxillaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées chez l'être humain. La règle de conduite des denturistes est comparable par exemple, à celle des audiologues, audiciens et orthopédistes, dont les actes techniques requièrent une prescription médicale.

Quel est le champ d'action du denturiste? Grâce à sa formation, le denturiste est capable de reconnaître une pathologie. Dans ce cas, il dirige le patient vers un médecin, un stomatologue ou un dentiste. Le denturiste intervient une fois que tous les soins nécessaires à la mise en ordre de la cavité buccale auront été prestés par le praticien de l'art dentaire. Le denturiste procède alors à toutes les étapes indispensables à l'élaboration et à la réalisation de la prothèse adjointe (amovible). Il exclut de sa pratique la prothèse conjointe (fixe).

En ce qui concerne la formation, M. Croonen explique qu'actuellement, la formation est réservée aux techniciens dentaires diplômés et en activité (ils réalisent ainsi quotidiennement les prothèses pour leurs clients dentistes et sont, par conséquent, parfaitement capables de se charger de la partie technique de la réalisation des prothèses amovibles. Étant donné que les étudiants en denturologie sont professionnellement actifs toute la semaine, les cours sont dispensés le samedi. La formation se donne en trois ans à raison de 80 samedis pour un total de 640 heures.

Tous les cours sont en rapport direct avec la partie clinique de la prothèse dentaire amovible. Les cours nécessaires en anatomie, pathologie, histologie,

medische beeldvorming, gerontologie en fysiologie worden gegeven door een arts. De cursussen scheikunde, natuurkunde en materialenkennis worden gegeven door een master in de natuurkunde. Het vak psychologie wordt gegeven door een klinisch psycholoog.

De *European First Aid Certificate* wordt uitgegeven en onderricht door het Rode Kruis.

De studenten krijgen vervolgens de theorie voor het klinische deel van de prothese, met praktische oefeningen. Het derde jaar is gewijd aan de vervaardiging van a tot z van uitneembare prothesen (dat wil zeggen het klinische deel en het tandtechnische deel) bij minstens zes patiënten voor elke student. De laatste twee patiënten worden beschreven in een scriptie, die wordt verdedigd voor een onafhankelijke jury.

Het volledige curriculum is gebaseerd op de *Baseline Competencies* van de IFD (*International Federation of Denturists*), die de belangen van meer dan 20 000 denturisten wereldwijd vertegenwoordigt). Het diploma voldoet aan de internationale normen die zijn ontwikkeld door het CIRED (*Centre International de recherche et d'Education en Denturologie*).

De denturologie heeft de voorbije jaren een sterke opmars gemaakt in heel wat buurlanden, hoofdzakelijk om economische redenen. De denturist kan het brede publiek een belangrijk én goedkoper kwaliteitsvoordeel bieden. Het beroep is in ieders voordeel, zowel van de openbare instellingen als van particulieren, in die zin dat het een zeer gespecialiseerde en geïndividualiseerde alternatieve behandeling biedt. Waarom alternatief? Het is niet de bedoeling de vervaardiging van uitneembare prothesen weg te halen bij de tandarts, maar de patiënt te laten kiezen tussen tandarts en denturist. De erkenning van het beroep van denturist zorgt ervoor dat ook de zwakkeren uit de samenleving makkelijker een prothese kunnen laten plaatsen, waardoor hun kansen op sociale en professionele integratie sterk toenemen.

Nu de vergrijzing een feit is, kan de denturist de oplossing aanreiken voor het nippende probleem van de vraag in rusthuizen en andere seniorenvorzingen.

Denturologie gaat niet gepaard met de nadelen van het overzenden en interpreteren van de gegevens met betrekking tot het vervaardigen van op maat gemaakte medische hulpmiddelen die van de tandartspraktijken afkomstig zijn. Aldus wordt tijd en geld bespaard.

In haar persbericht van 26 juli 2013 pleit de consumentenorganisatie Test-Aankoop voor de erkenning van

microbiologie, imagerie médicale, gérontology et physiologie sont dispensés par un médecin. Les cours de chimie, physique, connaissance des matériaux sont dispensés par un master en physique. Un cours d'approche de la psychologie en denturologie est donné par une psychologue clinicienne.

Le Brevet européen des Premiers Secours est donné par la Croix Rouge.

Les étudiants suivent ensuite toute la théorie pour la partie clinique de la prothèse amovible avec des exercices pratiques. La troisième année est consacrée à la réalisation de A à Z de prothèses amovibles (c'est-à-dire la partie clinique et la partie fabrication) pour 6 patients minimum pour chaque étudiant. Un travail de fin d'études (TFE) est demandé pour les deux derniers patients et est à présenter devant un jury.

La formation est conforme au programme donné par l'I. F. D. (Fédération Internationale des Denturistes) qui défend les intérêts de plus de 20 000 denturistes dans le monde. Le diplôme délivré correspond aux normes internationales élaborées par le C.I.R.E.D. (Centre International de recherche et d'Education en Denturologie).

La denturologie a gagné ces dernières années un terrain considérable dans de nombreux pays voisins en grande partie pour des raisons économiques. Le denturiste peut apporter un avantage qualitatif majeur, non négligeable au grand public pour un moindre coût. Cette profession est bénéfique pour tous, organismes publics ou intérêts privés car elle offre une alternative hautement spécialisée d'un traitement individualisé. Pourquoi une alternative? Parce que l'objectif des denturistes n'est pas de retirer la prothèse au dentiste mais de donner le choix du praticien au patient. La reconnaissance du denturiste permettrait aux personnes précarisées d'avoir plus facilement accès à la prothèse, augmentant ainsi leurs chances d'intégration socio-professionnelle.

Le vieillissement de la population étant une réalité, le denturiste peut apporter la solution au gros problème posé par la demande en maison de repos et autres senioreries.

La denturologie élimine les inconvénients de transmissions et d'interprétations des données relatives à l'élaboration des appareils médicaux sur mesure venant des cabinets dentaires. On évite ainsi des pertes de temps et d'argent.

L'organisation de défense des consommateurs Test-Achat dans son communiqué de presse du

het beroep van denturist. Uit het onderzoek van Test-Aankoop bleek immers dat de meeste ondervraagden (74 %) een beroep deden op een tandarts in een privé-praktijk. Van degenen die een uitneembare (volledige of gedeeltelijke) tandprothese nodig hadden, wendde 17 % zich evenwel rechtstreeks tot een tandtechnicus en ging 6 % meteen naar een denturist. Nochtans zijn deze twee laatstgenoemde beroepen in België niet erkend om tandprothesen te plaatsen. Wanneer blijkt dat bijna een kwart van al wie een uitneembare prothese nodig heeft, bij deze mensen gaat aankloppen, rijst de vraag of het niet tijd is om na te gaan of denturisten niet zouden kunnen worden erkend voor de plaatsing van uitneembare prothesen.

Het spreekt vanzelf dat de “technicus in tandprothese” die geen klinische opleiding heeft gevolgd, niet in aanmerking komt voor patiëntenzorg.

De heer Matthias Luypaert, secretaris van de UBDD, wijst erop dat de Nederlandse professor Rien Van Waas al in 1999 een pleidooi hield ten voordele van de denturisten, omdat zij beter zijn opgeleid voor de plaatsing van uitneembare prothesen (Nederland heeft het beroep van denturist erkend in 1990 en telt 570 gediplomeerde denturisten). Het is een feit dat innoverende behandlingsmethoden almaar meer tijd vergen in de opleiding van de tandartsen in spe en dat zulks ten koste gaat van de tijd die *normaliter* aan het werken met uitneembare protheses wordt besteed.

Tevens stipt de spreker aan dat de vergrijzing een bijkomend argument is dat pleit voor de wettelijke erkenning van het beroep van denturist. Mensen leven immers langer, en een betere preventie kan niet voorkomen dat ze hun tanden op een welbepaalde leeftijd verliezen (momenteel heeft 33,4 % van de 65-plussers geen eigen gebit meer). Ook al daalt het aantal protheses, tanden groeien niet terug; daardoor wordt het aantal gebitsloze personen almaar groter en neemt onvermijdelijk ook het aantal te vervangen protheses toe. Volgens Eurostat zal één op de tien burgers in 2050 ouder zijn dan 80 jaar. Dat zijn onrustwekkende cijfers.

Gezien de talloze aandoeningen waaraan ouderen kunnen lijden en de bijwerkingen van de daarvoor toegediende medicatie, vereisen deze patiënten de zorg van een tandarts of van een stomatoloog als eerstelijnszorgverlener.

Een denturist gaat aan de slag met het voorschrijf van een arts of van een tandarts. Aangezien de diagnose reeds is gesteld, kan de prothese worden geplaatst in optimale omstandigheden. In de begeleidende

26 juillet 2013, plaide pour la reconnaissance du denturiste. En effet, il ressort de l'étude de Test-Achat que la majorité des personnes interrogées (74 %) ont fait appel à un dentiste dans le cadre d'une pratique privée. Parmi les personnes qui avaient besoin d'une prothèse amovible (totale ou partielle), 17 % se sont cependant adressées directement à un technicien dentaire et 6 % se sont rendues directement chez un denturiste. Pourtant ces deux dernières professions ne sont pas reconnues en Belgique pour placer des prothèses dentaires. Dès lors que près d'un quart de toutes les personnes ayant besoin d'une prothèse amovible s'adressent aux denturistes, la question se pose de savoir s'il n'est pas temps d'examiner s'ils peuvent être reconnus pour placer des prothèses amovibles.

Il est bien évident que le technicien en prothèse dentaire n'ayant aucune formation pour la partie clinique ne peut pas prendre en charge un patient.

M. Matthias Luypaert, secrétaire de l'UBDD, rappelle qu'aux Pays-Bas, le professeur Rien Van Waas, plaidait déjà en 1999 en faveur des denturistes compte tenu de leur meilleure formation en ce qui concerne les prothèses amovibles (les denturistes sont reconnus aux Pays-Bas depuis 1990 et sont 570 diplômés). Il est confirmé que les méthodes de traitement innovantes prennent de plus en plus de place dans la formation des futurs dentistes et cela au détriment des heures normalement consacrées à la prothèse amovible.

L'intervenant signale encore que le vieillissement de la population est également un argument en faveur de la légalisation du denturiste. Les personnes vivent en effet plus longtemps et malgré une meilleure prévention, les gens perdent toujours leurs dents à un certain âge (33,4 % des plus de 65 ans sont actuellement édentés). Or les dents ne repoussent pas, même si le nombre de prothèses diminue, le nombre d'édentés s'ajoute au précédent et fatallement augmente le nombre des prothèses à renouveler. Selon les données d'Eurostat, en 2050, une personne sur dix aura plus de 80 ans. Ce sont des chiffres alarmants.

Étant donné les multiples affections dont peuvent souffrir les personnes âgées et l'effet secondaire de la médication y afférente, ces patients requièrent l'attention d'un dentiste ou d'un stomatologue comme dispensateur de soins de première ligne.

Étant donné que le denturiste travaille sur prescription d'un médecin ou d'un dentiste, le diagnostic est déjà posé et une prothèse peut être posée dans les meilleures conditions. La lettre d'introduction vers le denturiste peut

brief voor de denturist kunnen specifieke vereisten worden genoteerd inzake de polymorbiditeit voor de prothesebehandeling.

De toestand in België is specifiek omdat het aantal tandartsen kunstmatig wordt beperkt. Aangezien de tandartsen echter evenmin aan de vergrijzing ontkomen, worden de gevolgen van die beperking stilaan voelbaar: de wachttijd voor een afspraak wordt almaar langer en bedraagt momenteel twee tot drie maanden. Almaar meer tandartspraktijken hebben hun patiëntenlimiet bereikt en nemen geen nieuwe patiënten meer aan. Waarom zouden ze trouwens? Een te groot patiëntenbestand schaadt de zorg- en de levenskwaliteit en is stresserend. Deze situatie heeft onder meer het kwalijke gevolg dat er buitenlandse tandartsen op de Belgische markt opduiken.

Het is maar de vraag of de pas erkende mondhygiënisten dat probleem zullen kunnen wegwerken; daarvoor zal men moeten wachten tot 2019, wanneer de eerste gediplomeerden hun opleiding zullen hebben afgerond (dat zal alleen in Vlaanderen zijn, aangezien in Wallonië geen opleiding tot mondhygiénist wordt aangeboden). In de tussentijd staan ongeveer 130 denturisten te trapelen om hun beroep legaal te mogen uitoefenen.

Ook de Europese Unie buigt zich over dat vraagstuk, met name in Richtlijn 2013/55/EU inzake het vrij verkeer van werknemers op haar grondgebied. Daarin gaat de EU in op het protectionisme van bepaalde beroepsbeoefenaars met een monopolie, die hun beroep als enigen mogen uitoefenen. Aangezien de denturologie in meerdere EU-landen erkend is, rijst de vraag hoe een denturist zijn beroep zou kunnen uitoefenen in een land waar de denturologie niet erkend is.

Wie als denturist aan de slag wil, moet het diploma van tandarts kunnen voorleggen. Het aldus gevraagde opleidingsniveau is echter te hoog in verhouding tot de vereiste competentie. Men heeft het in dat verband over een gedeeltelijke toegang tot het beroep.

2. Uiteenzetting van de heer Michel Devriese, Société de Médecine dentaire

De heer Michel Devriese vertegenwoordigt de Société de médecine dentaire (SMD), de Franstalige tandartsvereniging van België, waarbij ongeveer 2 200 tandartsen zijn aangesloten, dat wil zeggen bijna tweederde van de actieve tandartsen.

Veeleer dan te spreken over het tandartsberoep heeft de spreker ervoor gekozen zijn uiteenzetting te focussen op de mondgezondheid van de bevolking, om goed te begrijpen welk volksgezondheidsbeleid nodig is en

reprendre des exigences spécifiques concernant la polymorbidité pour le traitement prothétique.

Spécifique à la Belgique est la limitation artificielle du nombre de dentistes. En effet, le vieillissement touche également cette profession et on commence à ressentir les effets de cette limitation notamment dans l'allongement des délais pour obtenir un rendez-vous (de deux à trois mois actuellement). De plus en plus de cabinets dentaires sont saturés et ne prennent plus de nouveaux patients. Pourquoi le feraient-ils d'ailleurs? Un nombre trop élevé de patients porte atteinte à la qualité des soins, à la qualité de vie et génère du stress. Un des effets pervers de cette situation est l'apparition de dentistes étrangers que le marché belge.

On peut se demander si les hygiénistes qui viennent d'être reconnus permettront de remédier à cette situation; il faudra attendre 2019 pour le savoir, lorsque les premiers diplômés sortiront des écoles (en Flandre uniquement étant donné qu'il n'y a pas de formation d'hygiéniste dentaire en Wallonie). Dans l'intervalle, quelque 130 denturistes attendent impatiemment de pouvoir exercer leur métier en toute légalité.

L'Union Européenne dans sa directive 2013/55/UE au sujet de la libre circulation des travailleurs dans son espace, se penche aussi sur cette problématique. Elle aborde le sujet d'un protectionnisme de certaines professions ayant un monopole et ayant seules le droit d'exercer. Comme la denturologie est reconnue dans plusieurs pays de l'U.E., il se pose la question de savoir comment il serait possible à un denturiste d'exercer dans un pays où celle-ci ne l'est pas.

Pour pouvoir travailler comme denturiste il faudrait avoir le diplôme de dentiste ce qui requiert un niveau d'études trop élevé pour les compétences demandées. D'où la notion d'accès partiel.

2. Exposé de M. Michel Devriese, Société de Médecine dentaire

M. Michel Devriese représente la Société de médecine dentaire (SMD), association des dentistes francophones de Belgique qui fédère quelque 2200 dentistes, soit près de deux tiers des dentistes actifs.

Plutôt que de parler de la profession dentaire, M. Devriese a choisi de focaliser son exposé sur la santé bucco-dentaire de la population afin de bien comprendre quelle politique de santé publique il y a

welke eventuele hervormingen in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 de odontologische volksgezondheid zouden kunnen beïnvloeden.

Hij gaat eerst in op de epidemiologische monitoring, waaruit blijkt dat de mondgezondheid almaar verbetert.

Om de evolutie van de mondgezondheid te begrijpen, moet men drie scharnierperiodes voor ogen houden:

— het begin van de jaren zestig, gekenmerkt door de ontwikkeling van cariëspreventie, die gestoeld is op de opgedane wetenschappelijke kennis en het verschijnen van fluoridetandpasta. Die periode komt overeen met de afname van tandbederf. De bevolking van boven de 60 jaar heeft dus niet sinds jonge leeftijd baat gehad bij doeltreffende preventie;

— het einde van de jaren zeventig, gekenmerkt door de ontdekking van het mechanisme van parodontologische aandoeningen (tandvleesziekten) en de bevestiging van de cruciale rol van bacteriële plaque en de verwijdering ervan ter bestrijding van gingivitis en parodontitis (het opkruipen van het tandvlees). Tot dan kon tandverlies worden gezien als verouderinggerelateerd, wat niet het geval is. Sindsdien heeft het wetenschappelijk onderzoek de nauwe relatie aan het licht gebracht tussen parodontitis en algemene gezondheid (hart- en vaatziekten, gewrichtsaandoeningen, vroegeboortes, pasgeborenen met ondergewicht, verstoorde bloedsuikerspiegel bij diabetici enzovoort);

— het begin van de jaren negentig, gekenmerkt door de ontwikkeling van de implantologie, na de ontdekking van het proces van osseointegratie bij titaniumimplantaten. Dat effende de weg naar de integrale revalidatie van een verloren tand, zonder een beroep te moeten doen op vermindende prothetische technieken.

De epidemiologische monitoring van de bevolking wordt sinds de jaren zeventig uitgevoerd door de sector. Alle indicatoren wijzen op een opmerkelijke verbetering van de mondgezondheid; zo was in 1983 2 % van de kinderen vrij van tandbederf, tegen 60 % van de twaalfjarigen nu. Men kan dus zijn tanden voor het leven behouden, zelfs als men honderd jaar wordt.

Er zijn talrijke studies verricht, meer bepaald in het kader van gratis gezondheidszorg, waaruit de verbetering van de mondgezondheid is gebleken. Bovendien werd een interuniversitaire epidemiologiecel opgericht, onder auspiciën van de Stuurgroep Kwaliteitspromotie Tandheelkunde bij het RIZIV.

lieu de mener et quelles éventuelles réformes de la loi coordonnée du 10 mai 2015 pourraient influencer cette santé dentaire publique.

Il aborde tout d'abord le suivi épidémiologique qui montre que la santé bucco-dentaire ne cesse de s'améliorer.

Trois périodes charnières sont à retenir pour comprendre l'évolution de la santé bucco-dentaire:

— Le début des années '60 a marqué le développement de la prévention carieuse, portée par les connaissances scientifiques et l'apparition du dentifrice fluoruré. Cette période correspond au déclin de la maladie carieuse. La population âgée de plus de 60 ans n'a donc pas pu bénéficier depuis son plus jeune âge d'une prévention efficace.

— La fin des années '70 est caractérisée par la découverte du mécanisme des parodontopathies (maladies des gencives) et la confirmation du rôle essentiel de la plaque bactérienne et de son élimination pour lutter contre la gingivite et la parodontite (déchaussement des dents). Jusque-là, la perte des dents pouvait être perçue comme liée au vieillissement, ce qui n'est pas le cas. Depuis, la recherche scientifique a mis en évidence les relations étroites entre maladie parodontale et santé générale (cardiovasculaire, articulaire, naissances pré-maturées, nouveaux nés de faible poids, déséquilibre de la glycémie chez les personnes diabétiques...).

— Le début des années '90 marque le développement de l'implantologie après la découverte des mécanismes d'ostéo-intégration des implants en titane. Ceci ouvrira la voie à la réhabilitation "ad integrum" d'une dent perdue, sans devoir recourir à des techniques prothétiques mutilantes.

Le suivi épidémiologique de la population est effectué depuis les années '70 par le secteur. Tous les indicateurs montrent une amélioration remarquable de la santé bucco-dentaire; ainsi en 1983, 2 % des enfants étaient indemnes de toute carie contre 60 % des enfants de 12 ans actuellement. On peut donc garder ses dents à vie, même si l'on devient centenaire.

De nombreuses études ont été menées, notamment dans le cadre de la gratuité des soins, qui ont démontré l'amélioration de la santé bucco-dentaire. En outre, une cellule interuniversitaire d'épidémiologie a été mise en place qui a travaillé sous l'égide du Groupe de Direction Promotion-Qualité à l'INAMI.

De spreker behandelt vervolgens het beleid dat door de ziekte- en invaliditeitsverzekering is gevoerd. Alle nieuwe kennis werd in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen, meer bepaald dankzij de aanwezigheid van de universiteiten bij de RIZIV-instanties.

Gratis verzorging voor jongeren werd ingevoerd, omdat was vastgesteld dat zij weinig gebruik maakten van tandheelkundige zorg. Die maatregel heeft twee positieve effecten gehad: een toename van het aantal kinderen die naar de tandarts gaan en een verbetering van de tandgezondheid omdat er minder cariës en minder ernstige cariës is.

De tandartsen hadden de aandacht van het RIZIV erop gevestigd dat financiële maatregelen alleen voldoende waren en dat men ze moest koppelen aan preventiecampagnes.

Verrassend genoeg is het RIZIV-jaarbudget van de sector voor tandheelkundige verzorging laag, namelijk 81 euro per jaar per rechthebbende. Die chronische onderfinanciering verplicht de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen ertoe geregeld drastische keuzes te maken. Zo heeft zij sinds lang voor preventie gekozen, omdat een preventief beleid de mogelijkheid biedt de ziekte te voorkomen of vroege opsporing mogelijk maakt. Tijdig gedetecteerde aandoeningen maken voor de patiënt en het RIZIV ingrijpender, pijnlijker en duurdere zorg overbodig.

De sector heeft enorme inspanningen geleverd om verkwisting en fraude tegen te gaan door een beperking van de inkomsten van de tandartsen. Zo heeft de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen een regeling ingesteld ter plafonnering van de RIZIV-omzet per beroefenaar, om ontsporing van vergoeding per handeling te bestrijden. Die regeling werd bij de Raad van State aangevochten.

De evolutie van de RIZIV-uitgaven van de sector wordt gekenmerkt door een sterke ontwikkeling van de preventieve handelingen, een vermindering van de prothetische verrichtingen, een lichte afname van cariësverzorging en een duidelijker afname van meer ingrijpende verzorging.

De Nationale commissie tandartsen-ziekenfondsen maakt momenteel werk van de afschaffing van zilveramalgam als vullingsmateriaal. Daarmee anticipiert zij verscheidene jaren op het Verdrag van Minamata en de ratificatie daarvan door België. Vanaf 1 juli 2018 zal het verboden zijn zilveramalgam te gebruiken om melktanden te behandelen, alsook voor de tandheelkundige verzorging van kinderen jonger dan 15 en van zwangere

M. Devriese aborde ensuite les politiques qui ont été menées au sein de l'assurance-maladie. Toutes les nouvelles connaissances ont été intégrées dans la nomenclature de l'INAMI grâce notamment à la présence des universités au sein des instances de l'INAMI.

La gratuité des soins chez les jeunes a été introduite car on avait constaté que les jeunes recouraient peu aux soins dentaires. Cette mesure a eu deux effets positifs: d'une part, une augmentation du nombre d'enfants qui vont chez le dentiste et d'autre part, une amélioration de la santé dentaire car il y a moins de caries et des caries de moindre gravité.

Les dentistes avaient attiré l'attention de l'INAMI sur le fait que des mesures financières seules n'étaient pas suffisantes et qu'il fallait les coupler à des campagnes de prévention.

Étonnamment, le budget annuel de l'INAMI du secteur des soins dentaires est peu élevé, à savoir 81 euros par an pour chaque ayant-droit. Ce sous-financement chronique oblige la Commission nationale dento-mutualiste à régulièrement poser des choix drastiques. Ainsi, depuis longtemps, elle a opté pour la prévention car une politique préventive permet d'éviter la maladie ou permet un dépistage précoce. Des pathologies dépistées à temps évitent des soins plus lourds, plus douloureux, plus coûteux pour le patient et pour l'INAMI.

Le secteur a fait d'énormes efforts pour lutter contre le gaspillage et la fraude en limitant les revenus des dentistes. Ainsi, la Commission nationale dento-mutualiste a mis en place un système de plafonnement du chiffre d'affaires INAMI par praticien pour lutter contre les dérives d'une rémunération à l'acte. Ce système a été attaqué devant le Conseil d'État.

L'évolution des dépenses INAMI du secteur se caractérise par un fort développement des actes préventifs, une diminution des actes prothétiques, une légère diminution des soins de carie et une diminution plus marquée des soins lourds.

La Commission nationale dento-mutualiste travaille également à l'abandon de l'usage de l'amalgame d'argent comme matériau d'obturation, anticipant de plusieurs années la Convention de Minamata et sa ratification par la Belgique. L'utilisation de l'amalgame d'argent sera interdite dès le 1^{er} juillet 2018 pour le traitement des dents de lait ainsi que pour les soins dentaires des enfants de moins de 15 ans et des femmes

vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven. De sector verkeert duidelijk in een fase waarin van zilveramalgaam wordt afgestapt.

Bij het RIZIV hebben de tandartsen ook de klemtoon gelegd op mensen met bijzondere behoeften (personen met een handicap, kwetsbare mensen enzovoort). Voorts hebben zij gezondheidsdoelstellingen omschreven die zijn opgenomen in de akkoorden tandheelkundigen-ziekenfondsen.

In 1996 werd bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu de Raad van de Tandheelkunde opgericht, die ermee werd belast de bijzondere beroepstitels uit te werken zoals tandarts-specialist in de orthodontie of in de parodontologie. Sindsdien heeft Raad van de Tandheelkunde op eigen initiatief, ten behoeve van de opeenvolgende ministers, adviezen uitgebracht over verschillende onderwerpen zoals de instelling van het beroep van mondzagassistent (mondhygiënist).

Voorts staat de heer Devriese erop het enorme werk te beklemtonen dat de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen binnen de voormalde FOD heeft verricht om de hulpmiddelen te ontwikkelen die erop gericht zijn eindelijk te beschikken over betrouwbare statistieken die tevens een dynamisch kadaster omvatten.

Vervolgens gaat de heer Devriese in op het onderdeel van zijn betoog over de mondhygiënisten.

Hij herinnert eraan dat op 30 maart 2018 in het *Belgisch Staatsblad* het koninklijk besluit werd bekendgemaakt dat concreet vorm geeft aan de instelling van het beroep van mondhygiënist. Dat koninklijk besluit is het resultaat van 15 jaar werk, waarvoor de tandartsen in 2003 het startschot hebben gegeven met het rapport-Perl-Van Steenberghe, dat de voor die evolutie de bakens uitzette.

Evenals de provinciale commissies en de Federale Commissie voor de rechten van de patiënt betreurt de spreker dat er geen Orde van tandartsen bestaat. De provinciale commissies hebben geprobeerd die schrijnende leemte op te vangen met weinig personeel en karige juridische hulpmiddelen.

Ook de ombudsmannen "Rechten van de patiënt" eisen geregeld dat een op de tandartsen toepasbare deontologische instantie wordt opgericht. Tandartsen zijn met 30 miljoen technische handelingen per jaar de vaakst door de bevolking bezochte

enceintes ou allaitantes. Le secteur est clairement dans une phase d'abandon de l'amalgame d'argent.

Au sein de l'INAMI, les dentistes ont également mis l'accent sur les personnes à besoins particuliers (personnes porteuses d'un handicap, personnes fragilisées, ...). Ils ont aussi défini des objectifs de santé intégrés dans les accords dento-mutualistes.

En 1996, le Conseil de l'Art dentaire a été mis sur pied au sein du SPF Santé publique et été chargé d'implémenter les titres professionnels particuliers tels que le dentiste spécialiste en orthodontie ou en parodontologie. Le Conseil de l'Art dentaire a depuis rendu des avis d'initiative aux ministres successifs sur différents sujets tels que par exemple la création de la profession d'assistants bucco-dentaire (hygiénistes).

M. Devriese tient également à souligner l'énorme travail réalisé par la cellule de Planification au sein du SPF Santé publique pour développer les outils permettant enfin de disposer de statistiques fiables intégrant un cadastre dynamique.

M. Devriese aborde ensuite le volet de son intervention relatif aux hygiénistes bucco-dentaires.

Il rappelle qu'a été publié au *Moniteur belge* du 30 mars 2018, l'arrêté royal qui concrétise la création de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire. Cet arrêté royal est l'aboutissement de plus de 15 années de travail, initié par la profession dentaire puisque c'est en mars 2003 que le rapport Perl-Van Steenberghe posait les jalons de cette évolution.

Tout comme les commissions provinciales et la commission fédérale des droits du patient, l'intervenant déplore l'absence d'un Ordre des dentistes. Les commissions provinciales tentent de suppléer à ce manque criant avec de faibles moyens en personnel et en outils juridiques.

Les médiateurs des droits du patient réclament aussi régulièrement la création d'un organe déontologique s'appliquant aux dentistes. Le dentiste est le professionnel de santé le plus visité par la population avec 30 millions d'actes techniques par an. Les médiateurs

gezondheidszorgwerkers. De ombudsmannen zouden medisch-technische adviezen nodig hebben om zich een beeld te kunnen vormen.

Voorts wijst de heer Devriese op de mercantilisering van de gezondheidszorg, die een aanzienlijke bedreiging inhoudt voor de volksgezondheid. Tandzorg gaat niet alleen over tandartsen en hygiënisten, maar ook over zorgplatforms, zeg maar tandartskabinetten, die zware en dure investeringen vereisen.

Gewoonlijk wordt ervan uitgegaan dat deze tandartskabinetten er gekomen zijn door de investeringen van de gezondheidswerkers zelf of van erkende zorginstellingen. Steeds vaker zien we echter dat kapitaalkrachtige investeerders zich voor de sector interesseren en tandartskabinetten uitbouwen, louter om hun investering vrucht te zien afwerpen, zelfs tegen de regels en wetten in. Het valt dan ook te betreuren dat artikel 146 van het wetsontwerp houdende sociale bepalingen (DOC 49 1722/1-97/98), waarin werd gewaarschuwd voor dergelijke uitwassen, uit het wetsontwerp is verwijderd.

Het zou onaanvaardbaar zijn dat de budgettaire middelen van de sociale zekerheid niet worden aangewend om de zorg te financieren maar om kapitaal te vergoeden.

Tot besluit geeft de heer Devriese aan wat de prioriteiten zijn van de tandheelkundige sector in het kader van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

1. Er moet een gemeenschappelijk deontologisch orgaan worden opgericht voor de tandartsen en de hygiënisten, dat met de volgende opdrachten is belast:

- een deontologische code opstellen die evolutief is en inroepbaar tegen de gezondheidszorgbeoefenaars;
- een toezicht- en een tuchtinstantie instellen;
- toezien op de instroom van buitenlandse gezondheidszorgbeoefenaars in het kader van de Europese Richtlijn;
- toezicht houden op de samenwerkingscontracten tussen gezondheidszorgbeoefenaars en bemiddelen tussen dezen;
- de klachten van patiënten behandelen en mee-
werken aan de medische behandeling (via de medisch-
technische expertise).

auraient besoin de conseils médico-techniques pour pouvoir se faire une opinion.

M. Devriese souhaiterait encore attirer l'attention sur la marchandisation des soins de santé qui constitue une menace importante pour le système de santé publique. Les soins dentaires concernent non seulement les dentistes, les hygiénistes mais également les plateaux de soins, c'est-à-dire des cabinets dentaires qui requièrent des investissements lourds et coûteux.

Traditionnellement, on s'attend à ce que ces cabinets dentaires soient la concrétisation de l'investissement des professionnels de la santé eux-mêmes ou d'institutions de soins agréés. Or, de plus en plus on constate que des financiers s'intéressent au secteur et deviennent organisateurs de cabinets dentaires dans le seul but de faire fructifier leur investissement même au détriment des règles et des lois. À cet égard, il est regrettable que l'article 146 du projet de loi portant des dispositions sociales (DOC 49 1722/1-97/98) qui établissait un garde-fou contre ces dérives ait été retiré du projet de loi.

Il serait inacceptable que les moyens budgétaires de la sécurité sociale servent à rémunérer du capital et non à financer des soins à la population.

En conclusion, M. Devriese met en évidence les priorités du secteur dentaire dans le cadre de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé:

1. Il faut créer un organe de déontologie commun pour les dentistes et les hygiénistes, chargé des missions suivantes:
 - l'élaboration d'un code de déontologie évolutif et opposable aux praticiens;
 - la mise sur pied d'une instance de contrôle et d'une instance disciplinaire;
 - le contrôle de l'arrivée de praticiens étrangers dans le cadre de la Directive européenne;
 - la surveillance des contrats de collaboration entre praticiens et la médiation entre eux;
 - la prise en charge des plaintes des patients et la participation à la médication (par l'expertise médico-technique).

2. Er moeten praktijkregels worden vastgesteld om de mercantilisering van de gezondheidzorg tegen te gaan. De gecoördineerde wet legt heel wat regels op aan de gezondheidszorgbeoefenaars, maar onvoldoende aan de organiserende besturen van de praktijken; de organisatie van de zorg komt daardoor in gevaar.

3. Tussenkomst van de heer Dirk Mennen, Unie van Dentaaltechnische bedrijven

De heer Dirk Mennen legt het standpunt uit van de Unie van Dentaaltechnische Bedrijven (UDB) over de hervorming van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Elke hervorming heeft slechts zin indien zij nodig en logisch is en een meerwaarde biedt aan het oorspronkelijk onderwerp.

In het geval van de gezondheidszorgberoepen en dan meer specifiek in het geval van de tandheelkunde, is de noodzaak tot hervorming van de uitoefening van het beroep reeds in de zestiger jaren van de 20^{ste} eeuw door de UGent aangetoond. Er werd toen voorgesteld een aantal bijberoepen te creëren die de ergonomie in het tandartskabinet in belangrijke mate zouden bevorderen.

Het is echter pas recent dat de opleidingen voor tandartsassistenten en mondhygiënisten tot stand zijn gekomen.

In het kader van de huidige hervorming, zou de Unie van Dentaaltechnische bedrijven, de wettelijk erkende beroepsvereniging, het wel logisch en nuttig vinden om naast de bestaande paramedische beroepen een nieuwe beroepsgroep op te nemen, de zogenaamde “paradentale beroepen”.

Dit “dental team” zou kunnen bestaan uit de tandartsassistenten, de mondhygiënisten, de dentaaltechnici en de dentaaltechnologen.

De heer Mennen geeft verdere uitleg over de meerwaarde van een hervorming van de wetgeving.

Het is al enkele jaren duidelijk dat in België het aantal tandartsen niet meer volstaat om aan de stijgende vraag naar mondzorg te voldoen, en dat patiënten dikwijls heel lang moeten wachten op een afspraak, of zelfs gewoon niet meer worden aanvaard als nieuwe patiënt.

Tandartsen gaan zich ook meer en meer toeleggen op de medische en preventieve behandeling van hun patiënten, waardoor bepaalde zuiver technische en

2. Il faut cadrer les pratiques pour lutter contre la marchandisation des soins de santé. La loi coordonnée impose de nombreuses règles aux praticiens mais insuffisamment aux pouvoirs organisateurs des pratiques, ce qui met en péril l'organisation des soins.

3. Exposé de M. Dirk Mennen, Unie van Dentaaltechnische Bedrijven

M. Dirk Mennen explique le point de vue de l'*Unie van Dentaaltechnische Bedrijven (UDB)* au sujet de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

Toute réforme n'a du sens que si elle est nécessaire et logique et qu'elle constitue une plus-value.

Dans le cas des professions des soins de santé et plus spécifiquement dans celui de la dentisterie, la nécessité de réformer l'exercice de la profession a déjà été établie dans les années mille neuf cent soixante par l'UGent. Il avait été proposé à l'époque de créer une série de professions accessoires qui favoriseraient dans une large mesure l'ergonomie dans le cabinet dentaire.

Les formations d'assistants dentaires et d'hygiénistes buccaux n'ont toutefois été mises en place que récemment.

Dans le cadre de la réforme actuelle, l'*Unie van Dentaaltechnische bedrijven*, l'association professionnelle légalement reconnue, trouverait logique et utile d'insérer un nouveau groupe professionnel en plus des professions paramédicales existantes, à savoir les “professions paradentaires”.

Cette “dental team” pourrait être composée des assistants dentaires, des hygiénistes buccaux, des techniciens et technologues dentaires.

M. Mennen donne davantage de précisions au sujet de la plus-value d'une réforme de la législation.

Depuis quelques années déjà, il est apparu clairement que le nombre de dentistes en Belgique ne suffit plus pour satisfaire la demande croissante de soins buccaux, et que les patients doivent souvent attendre très longtemps pour avoir un rendez-vous, voire qu'ils ne sont tout simplement plus acceptés comme nouveaux patients.

Les dentistes se consacrent de plus en plus au traitement médical et préventif de leurs patients, ce qui a pour effet que certains actes purement techniques et

tijdrovende handelingen voor de uitneembare prothesen en voor kroon- en brugwerk meer en meer worden doorverwezen naar de dentaaltechnische bedrijven.

Volgens de huidige wetgeving zijn dit echter illegale handelingen, die nare gevolgen kunnen hebben voor de tandtechnici, maar waar zij, door commerciële of concurrentiële druk, moeilijk onderuit kunnen komen.

Enkele voorbeelden van die handelingen zijn:

- kleurbepaling bij kroon of brugwerk;
- esthetisch aanpassen van uitneembare prothesen;
- corrigeren van de beetrelatie tussen boven- en onderkaak;
- esthetische kleurcorrecties bij porceleinwerken, ...

Namens de UDB wenst de spreker ten sterkste te benadrukken dat de UDB met de vraag tot het uitstellen van een wettelijk kader voor deze handelingen niet verplicht doorverwijsvoorschrift van de tandheelkundige, geen statuut van "denturist" nastreeft. De meerwaarde van een dergelijk wettelijk kader is tijdwinst voor de tandarts en een kwaliteitsverbetering voor de patiënt.

Ondanks het feit dat op 10 oktober 2013 het koninklijk besluit van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening der tandheelkunde werd gewijzigd, voor wat de reglementering van de toegang tot voor tandverzorging uitgeruste lokalen betreft, kan de samenwerking tussen tandheelkundigen en dentaaltechnologen toch nog worden geoptimaliseerd.

Voorheen was het verboden de technicus in het kabinet toe te laten wanneer een patiënt aanwezig was. Dit werd in 2013, na jarenlange onderhandelingen, afgeschaft. Echter, omwille van het multidisciplinair karakter van prothetische handelingen, zou het legaal takenpakket van de technicus nog iets moet worden uitgebreid zodat hij ook in het kabinet technische assistentie zou mogen bieden aan de prakticus.

De meerwaarde hiervan zou zijn dat er minder plaatingsproblemen zouden zijn bij ingewikkelde prothese-werken en minder tijdverlies voor prakticus en patiënt.

chronophages concernant les prothèses amovibles ainsi que les couronnes et les bridges sont de plus en plus délégués aux entreprises de techniques dentaires.

Conformément à la législation actuelle, il s'agit toutefois d'actes illégaux susceptibles d'avoir des conséquences fâcheuses pour les techniciens dentaires, mais ces derniers peuvent difficilement refuser de les poser en raison de la pression commerciale ou concurrentielle.

Quelques exemples de ces actes sont:

- la coloration de couronne ou de bridge;
- les adaptations esthétiques des prothèses amovibles;
- la correction maxillo-mandibulaire;
- corrections esthétiques de coloration des dents en porcelaine,...

Au nom de l'UDB, l'orateur tient à souligner avec force que l'UDB ne vise pas l'établissement d'un statut de "denturiste" en demandant le report d'un cadre légal pour ces actes soumis à une prescription obligatoire de référence du chirurgien-dentiste. La valeur ajoutée de ce cadre légal résiderait dans un gain de temps pour le dentiste et dans une amélioration de la qualité pour le patient.

Bien que l'arrêté royal du 1^{er} juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire ait été modifié, le 10 octobre 2013, en ce qui concerne la réglementation relative à l'accès aux cabinets dentaires, la coopération entre les dentistes et les techniciens dentaires pourrait encore être optimisée.

Auparavant, il était interdit au technicien d'entrer dans le cabinet lorsqu'un patient était présent. Après plusieurs années de négociations, cette interdiction a été abrogée en 2013. Cependant, compte tenu de la nature multidisciplinaire des actes prothétiques, il conviendrait d'élargir encore l'éventail légal des tâches du technicien afin qu'il puisse également fournir une assistance technique au praticien dans le cabinet.

La valeur ajoutée de cette autorisation serait que moins de problèmes de mise en place se poseraient en cas de travaux prothétiques compliqués et que la perte de temps serait moindre pour les praticiens et les patients.

De heer Mennen geeft vervolgens een omschrijving van het beroep.

De dentaaltechnoloog ontwerpt, vervaardigt, wijzigt, onderhoudt en herstelt alle dentaalmedische hulpmiddelen naar maat en alle andere technische hulpmiddelen die nodig zijn voor het stellen van de diagnose in de mond of die bestemd zijn om tanden, delen van tanden of naburige weefsels te verplaatsen, te vervangen of te behandelen. Dat gebeurt op voorschrift van de opdrachtgever, teneinde te kunnen beantwoorden aan de klinische, functionele en esthetische instructies en verwachtingen van de opdrachtgevers en hun patiënten.

Op basis van de vernieuwde beroepsqualificaties werd de dentaaltechnoloog door het Agentschap voor Kwaliteitszorg in Onderwijs en Vorming (AHOVOKS) ingeschaald op niveau 6, professionele Bachelor (Europees niveau D).

Deze beslissing werd op 30 september 2015 door de Vlaamse regering goedgekeurd.

In samenwerking met HO-Gent worden momenteel de nodige administratieve en organisatorische stappen gezet tot oprichting van een Bacheloropleiding dentaaltechnoloog.

Wat de erkenning betreft, werd de dentaaltechnicus op 19 februari 2001, op basis van de Europese richtlijn 93/42/EEG omgezet naar Belgische Wetgeving in het koninklijk besluit van 18 maart 1999 (*Belgisch Staatsblad* 14 april 1999) betreffende de medische hulpmiddelen, in de omzendbrief nr. 405 van de algemene Farmaceutische Inspectie (nu het FAGG), als enige fabrikant van dentaalmedische hulpmiddelen naar maat erkend.

Het bestaan van onbekwame en niet-gescreende beoefenaars van de dentaaltechniek kan op lange termijn nadelig zijn voor de volksgezondheid, vooral omdat de risico's niet door de tandarts kunnen worden vastgesteld of beoordeeld.

Tandheelkundige prothesen worden vervaardigd uit zeer duur materiaal en moeten bijgevolg onberispelijk uitgevoerd zijn, om de consument/patiënt te beschermen tegen aanzienlijke financiële verliezen. Enkel beoefenaars van geregellementeerde beroepen bieden de patiënt voldoende kwaliteitsgaranties. Van deze beoefenaars is men immers zeker dat zij over voldoende technische kennis en competenties beschikken om het beroep zelfstandig uit te mogen uitoefenen.

M. Mennen décrit ensuite la profession.

Le technicien dentaire crée, fabrique, modifie, entre-tient et répare tous les outils médicaux dentaires sur mesure et tous les autres outils techniques qui sont nécessaires pour établir le diagnostic buccal ou qui sont destinés à déplacer, remplacer ou traiter les dents, les parties de dents ou les tissus voisins, sur prescription médicale du donneur d'ordre, afin de pouvoir répondre aux instructions et attentes cliniques, fonctionnelles et esthétiques des donneurs d'ordre et de leurs patients.

Sur la base des qualifications professionnelles renouvelées, le technicien dentaire a été classé par l'Agence AHOVOKS (*Agentschap voor Kwaliteitszorg in Onderwijs en Vorming*) au niveau 6, correspondant au bachelier professionnalisaant (niveau européen D).

Cette décision a été approuvée par le gouvernement flamand le 30 septembre 2015.

Les démarches administratives et organisationnelles sont actuellement entreprises en collaboration avec la HO-Gent afin de lancer une formation de bachelier de technologue dentaire.

En ce qui concerne la reconnaissance, conformément à la circulaire n° 405 de l'Inspection générale de la Pharmacie (actuellement l'AFMPS) du 19 février 2001, sur la base de la directive européenne 93/42/CEE transposée en droit belge par l'arrêté royal du 18 mars 1999 (*Moniteur belge* du 14 avril 1999) relatif aux dispositifs médicaux, le technicien dentaire a été reconnu comme seul fabricant de dispositif médical dentaire sur mesure.

L'existence de techniciens dentaires incompétents et non contrôlés peut nuire à terme à la santé publique, essentiellement parce que les risques ne peuvent être constatés ni jugés par le dentiste.

Les prothèses dentaires étant confectionnées dans des matériaux très onéreux, elles doivent être réalisées de façon irréprochable afin de protéger le consommateur/patient de pertes financières considérables. Seuls les praticiens de professions réglementées offrent des garanties de qualité suffisantes au patient. On a en effet la certitude que ces praticiens disposent des connaissances techniques et des compétences suffisantes pour pouvoir exercer la profession de manière indépendante.

4. Tussenkomst van Mevrouw Patricia Claessens, Arteveldeschool – Gent

Mevrouw Patricia Claessens wil vooreerst de commissie bedanken om de Arteveldeschool te ontvangen en om haar de mogelijkheid te geven haar reflecties op het nieuwe beroepsprofiel van de mondhygiënisten toe te lichten. De spreekster vertegenwoordigt in de commissie de twee hogescholen die de opleiding bachelor in de mondzorg aanbieden en de studenten van die opleidingen.

Mevrouw Claessens is zeer verheugd over de publicatie van het koninklijk besluit van 28 maart 2018, waarin het beroepsprofiel van de mondhygiënisten geregeld wordt. Aangezien de opleiding al aan zijn tweede jaar bezig is, was een dergelijk profiel absoluut noodzakelijk en dringend. Het laat toe om de studenten de zekerheid te geven dat zij tot volwaardige professionals opgeleid worden, en maakt duidelijk wat hun rol binnen de gezondheidszorg en meer bepaald de mondzorg wordt.

Het feit dat er vanuit de overheid gekozen werd om deze professional de titel van mondhygiënist toe te kennen, kan de spreekster alleen maar toejuichen. Deze titel sluit namelijk zeer sterk aan bij de titels die in andere landen aangewend worden en maken deze beroepsgroep dus internationaal herkenbaar. Ook de Europese en internationale beroepsverenigingen van mondhygiënisten hanteren de term “*dental hygienist*”. Door het gebruik van deze term zal de nieuwe beroepsgroep makkelijker aansluiting kunnen vinden met deze verenigingen.

Over de omschrijving van de opleiding en de voorwaarden waaraan men moet voldoen om de titel van “mondhygiënist” te kunnen verwerven, kan mevrouw Claessens als opleidingsdirecteur alleen maar tevreden zijn. De opleidingsonderdelen die in het koninklijk besluit worden beschreven, sluiten zeer sterk aan bij de huidige opleidingen en de vandaag vereiste competenties. Ook de zeer duidelijk gedefinieerde richtlijnen voor de stage dragen bij tot een gedegen en kwaliteitsvolle opleiding. Sterk in dit beroepsprofiel is de verwijzing naar de stage in de verschillende domeinen en naar de diverse doelgroepen (bijvoorbeeld mensen met een beperking, oudere mensen, enzovoort). Uit de macrodoelmanigheidstoets die voorafging aan het opstarten van de nieuwe opleiding, bleek namelijk heel duidelijk dat er bij deze diverse doelgroepen een grote nood is aan meer en betere mondzorg. Het beroepsprofiel beantwoordt zeer goed aan de maatschappelijke noden zoals gedefinieerd in de macrodoelmanigheidstoets.

4. Exposé de Mme Patricia Claessens, Arteveldeschool – Gand

Mme Patricia Claessens tient d'abord à remercier la commission d'avoir invité l'*Arteveldeschool* et de lui permettre d'exposer ses réflexions concernant le nouveau profil professionnel des hygiénistes bucco-dentaires. L'oratrice représente les deux hautes écoles proposant la formation de bachelier en soins buccaux et les étudiants suivant ces formations.

Mme Claessens se félicite vivement de la publication de l'arrêté royal du 28 mars 2018 réglant le profil professionnel des hygiénistes bucco-dentaires. Dès lors que la formation en est déjà à sa deuxième année, il était absolument indispensable et urgent de disposer d'un tel profil. Il permet d'offrir aux étudiants la certitude qu'ils reçoivent une formation de professionnels à part entière et précise leur rôle dans le cadre des soins de santé, et en particulier des soins buccaux.

L'oratrice ne peut que se réjouir du fait que les autorités ont choisi d'octroyer à ces professionnels le titre d'hygiéniste bucco-dentaire. Ce titre est en effet très proche de ceux utilisés dans d'autres pays, ce qui rend cette catégorie professionnelle reconnaissable au niveau international. Les fédérations professionnelles internationales et européennes d'hygiénistes bucco-dentaires utilisent d'ailleurs également le terme “*dental hygienist*”. Grâce à l'utilisation de ce terme, les praticiens de ce nouveau métier pourront plus facilement se joindre à ces fédérations.

En tant que directrice des formations, Mme Claessens ne peut que se réjouir également de la description de la formation et des conditions auxquelles il faut satisfaire pour pouvoir acquérir le titre d’“hygiéniste bucco-dentaire”. Les volets de la formation décrits dans l'arrêté royal sont très semblables au contenu des formations actuelles et correspondent très bien aux compétences requises à l'heure actuelle. Les consignes très claires concernant le stage sont également de nature à contribuer à une formation solide et de qualité. Un élément important de ce profil professionnel est la référence au stage dans les différents domaines ainsi qu'aux divers groupes cibles (p. ex. les personnes handicapées, les personnes âgées, etc.). Le contrôle de la macro-efficacité qui a été effectué préalablement au lancement de la nouvelle formation a en effet très clairement montré qu'il existe, au sein de ces différents groupes cibles, un besoin important de meilleurs soins bucco-dentaires. Le profil professionnel répond très bien aux besoins sociaux tels qu'ils sont définis dans le contrôle de la macro-efficacité.

De opleidingen zijn ook zeer verheugd over de beschreven vereisten met betrekking tot nascholing en accreditatie. Deze vereisten zullen de kwaliteit van de zorg voor de patiënt zeker ten goede komen. Binnen de opleidingen zal er, in overleg met het werkveld en rekening houdend met de evolutie van de wetgeving, bekeken worden hoe dit aspect van de opleiding verder ontwikkeld zal moeten worden.

De onderverdeling van de taken van de mondhygiënist in drie niveaus is een duidelijk afgebakende en werkbare classificatie. Mogelijks zullen er zich tijdens de komende stages en pilootprojecten onverwachte situaties voordoen, waarvoor dan bijkomende verduidelijking in de wetgeving nodig zal zijn. Het zal nodig zijn om, wanneer zich dergelijke situaties voordoen, snel en adequaat standpunt in te nemen en de wetgeving verder te verfijnen. Dit zal de kwaliteit van de zorg verhogen, het ontstaan van grijze zones voorkomen en zorgen voor een maatschappelijk verantwoorde en efficiënte zorg.

De eerste cohorte van studenten studeert af in juni 2019. Het is belangrijk dat er tegen die tijd duidelijkheid is omtrent de financiering van de beroepsgroep, de erkenningsprocedure voor het behalen van de titel, de eventuele gelijkstelling van diploma's voor mondhygiënisten en omtrent de loonbarema's. Men mag hierbij niet uit het oog verliezen dat het gaat om professionals die op bachelorniveau opgeleid zijn en dat de verloning dus gelijkaardig dient te zijn aan die van andere professionals die op dit niveau zijn opgeleid. Aanvullend wil de spreekster ook meegeven dat de regularisatie in het FANC met betrekking tot de aspecten van medische beeldvorming nog dient te gebeuren. Dit is een aspect waarover zeer snel duidelijkheid nodig is, zodat de studenten binnen de opleiding de nodige competenties met betrekking tot medische beeldvorming kunnen verwerven.

Mevrouw Claessens is zeer tevreden dat zij de nieuwe beroepsgroep van de mondhygiënisten in de commissie kan vertegenwoordigen. Bovendien toont het feit dat de Planningscommissie reeds cijfers m.b.t. deze groep heeft opgevraagd aan dat er nu op bredere schaal rekening gehouden wordt met de mondhygiënisten. Hoewel ze tevreden is met deze positieve evolutie, hoopt de spreekster dat er in de toekomst een stap verder kan worden gegaan en dat er een officiële vertegenwoordiging van de mondhygiënisten toegelaten wordt in de verschillende gremia.

Een laatste uitdaging die nog open ligt, situeert zich op Europees niveau. Momenteel zien de Vlaamse opleidingen dat er in de verschillende Europese landen waar het beroep van mondhygiënist reeds bestaat, behoorlijk

Les responsables des formations sont également très satisfaits des exigences en matière de recyclage et d'accréditation. Ces exigences seront certainement bénéfiques pour la qualité des soins prodigués aux patients. Au sein des formations, les responsables examineront, en concertation avec le terrain et en tenant compte de l'évolution de la législation, la manière dont il conviendra de développer davantage cet aspect de la formation à l'avenir.

La subdivision des tâches de l'hygiéniste bucco-dentaire en trois niveaux constitue une classification clairement délimitée et réaliste. Il se peut qu'au cours des futurs stages et projets pilotes, des situations imprévues se présentent, ce qui nécessitera des clarifications complémentaires dans la législation. Il faudra, lorsque de telles situations se produiront, prendre rapidement et adéquatement position et affiner la législation en conséquence. Cela permettra d'améliorer la qualité des soins, d'éviter l'apparition de zones d'ombre et d'assurer l'administration de soins efficaces et justifiés sur le plan social.

La première cohorte d'étudiants achèvera ses études en juin 2019. D'ici là, il faudra faire toute la clarté sur le financement de cette catégorie professionnelle, sur la procédure de reconnaissance en vue de l'obtention du titre, sur l'équivalence éventuelle des diplômes pour les hygiénistes bucco-dentaires et sur les barèmes salariaux. À cet égard, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit de professionnels ayant suivi une formation de bachelier. Leur rémunération doit donc être comparable à celle d'autres professionnels formés au même niveau. L'oratrice tient encore à souligner que la régularisation auprès de l'AFCN pour les aspects d'imagerie médicale doit encore avoir lieu. Il est important de clarifier ce point au plus vite, afin que les étudiants puissent acquérir au cours de leur cursus les compétences nécessaires en matière d'imagerie médicale.

Mme Claessens est très heureuse de pouvoir représenter en commission la nouvelle catégorie professionnelle des hygiénistes bucco-dentaires. De plus, le fait que la Commission de planification ait déjà demandé la communication de chiffres à son sujet montre que cette catégorie est aujourd'hui davantage prise en compte. Bien qu'il s'agisse d'une évolution positive, l'oratrice espère que l'on pourra aller plus loin dans le futur en autorisant une représentation officielle des hygiénistes bucco-dentaires dans les différentes enceintes.

Il reste un dernier défi à relever – au niveau de l'Europe. On constate en effet à l'heure actuelle des disparités importantes entre les formations dispensées dans les différents pays européens dans lesquels la

wat verschillen tussen de opleidingen bestaan. Men kan zich de vraag stellen of het niet aangewezen is om een Europese richtlijn te ontwikkelen, met steun vanuit België.

Afsluitend wil mevrouw Claessens graag meegeven dat ze sterk gelooft in de samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen de tand- en mondzorg. Studenten worden heel sterk vanuit deze interdisciplinaire context opgeleid en voorbereid op een werkveld waarin zij met andere professionals zullen samenwerken. Wanneer professionals samen, als mondzorgteam, instaan voor de zorg voor de patiënt, waarbij elk werkt vanuit zijn profiel, expertise en binnen zijn bevoegdhedsdomein, kan dat de kwaliteit van de zorg alleen maar versterken.

5. Tussenkomst van de heer Stefaan Hanson, Verbond der Vlaamse Tandartsen

Ter inleiding herinnert de heer Hanson eraan dat de Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) meer dan 3600 leden vertegenwoordigt, dat wil zeggen 80 % van de actieve tandartsen in Vlaanderen. Het VVT heeft drie opdrachten: de bevordering van de mondgezondheid, de nascholing van de tandheelkundigen (60 % van de geaccrediteerde) en het uitoefenen van de functie van beroepsvereniging van de tandartsen.

De Heer Hanson behandelt verder de volgende thema's:

5.1. De contingentering van de zorgverleners

De kwaliteit en financierbaarheid van de zorgverlening in de verplichte federale ziekteverzekering worden mede bepaald door een goed evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod. De federale Planningscommissie zorgt voor onderbouwde toekomstscenario's die gerespecteerd moeten worden. De contingentering mag niet discriminerend werken, zoals nu het geval is. Belgische jongeren moeten immers een (noodzakelijke) ingangsproef afleggen, terwijl gediplomeerden uit andere EU-landen hieraan niet onderworpen worden. Het contingent tandartsen dat jaarlijks toegang krijgt tot de Belgische sociale ziekteverzekering moet worden vastgelegd, inclusief de buitenlandse diploma's. Gezien er een groot, ongecontroleerd, verschil bestaat in de kwaliteit van de opleidingen in de EU-landen en daarbuiten, moeten houders van buitenlandse diploma's aan een test onderworpen worden. Hierin moet een test van gelijkwaardigheid van wetenschappelijke en klinische vorming worden opgenomen, een test van de

profession existe déjà. Il est permis de se demander s'il ne conviendrait pas d'élaborer une directive européenne en la matière, avec le soutien de la Belgique.

Mme Claessens tient enfin à préciser qu'elle croit fermement en la collaboration entre les différentes disciplines dédiées aux soins dentaires et buccaux. La formation des étudiants est fortement axée sur ce contexte interdisciplinaire. Ils sont préparés à collaborer avec d'autres professionnels. Un environnement dans lequel des professionnels prodiguent ensemble des soins aux patients dans le cadre d'une équipe bucco-dentaire, chacun agissant selon son propre profil, dans son domaine de compétences et en apportant sa propre expertise, ne peut qu'améliorer la qualité des soins.

5. Exposé de M. Stefaan Hanson, Verbond der Vlaamse Tandartsen

En introduction, M. Hanson rappelle que le Verbond der Vlaamse Tandartsen représente (VVT) plus de 3600 membres, soit 80 % des dentistes actifs en Flandre. Le VVT poursuit trois missions: la promotion de la santé bucco-dentaire, la formation continue des praticiens de l'art dentaire (60 % des accrédités) et l'exercice de la fonction d'association professionnelle des dentistes.

M. Hanson traitera des thèmes suivants:

5.1. Le contingentement des prestataires de soins

La qualité des prestations de soins et la possibilité de les financer dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire fédérale sont tributaires du bon équilibre entre la demande et l'offre de soins. La Commission de planification fédérale élabore des scénarios prospectifs étayés qui doivent être respectés. Le contingentement ne peut pas avoir un effet discriminatoire, comme c'est le cas aujourd'hui. Les jeunes Belges doivent en effet présenter un examen d'entrée (nécessaire), alors que les diplômés des autres pays de l'UE n'y sont pas tenus. Il convient de fixer le contingent de dentistes admis chaque année à l'assurance-maladie, y compris des diplômés étrangers. Dès lors qu'il y a de grandes disparités incontrôlées au niveau de la qualité des formations dans les pays de l'UE et hors UE, les titulaires de diplômes étrangers doivent être soumis à un test. Il convient de leur faire passer un test d'équivalence de formation scientifique et clinique, un test de connaissance des réglementations fédérale et

kennis van de Federale en Regionale regelgeving die toepasselijk is voor de zorgverlening en een taaltest ter bescherming van de wet patiëntenrechten.

De mondhygiénisten zullen een deel van de taken van de tandartsen overnemen. Samen met de recent be-liste substantiële stijging van het contingent tandartsen zullen de mondhygiénisten en de tandartsassistenten een mogelijk tekort aan tandartsen helpen opvangen. Dat tekort is eerder subjectief. In de jaren 1990 kwam een groot aantal tandartsen op de markt. Patiënten konden toen onmiddellijk een afspraak krijgen. Dat systeem was op lange termijn echter niet betaalbaar en werd gewijzigd.

Het grote contingent tandartsen dat binnen de komende tien jaar het beroep zal verlaten is een gevolg van het overtal dat in de jaren tachtig werd "geproduceerd". Dit overtal moet niet vervangen worden. Een adequate praktijkorganisatie, waarbij preventie en administratie deels opgevangen worden door taakdelegatie, zal mede zorgen voor een kwaliteitsvolle en duurzame praktijkvoering.

5.2. Continuïteit van de zorgen

In de huidige situatie kan er geen verplichting noch sanctie opgelegd worden aangaande de voor de volksgezondheid noodzakelijke continuïteit van de zorgen. Het RIZIV- Accrediteringsreglement voorziet deelname aan een georganiseerde wachtdienst als een voorwaarde tot toekenning van de Accrediteringspremie. Dit kan momenteel echter niet toegepast worden. Wacht- en spoeddiensten zijn noodzakelijk, maar geen comfortdienst.

5.3. Deontologisch orgaan

Ter bescherming van de patiënten is het dringend noodzakelijk dat een "tuchtrechtelijk orgaan" wordt opgericht. Momenteel moeten gerechtelijke procedures via de correctionele rechtbanken verlopen, die nu al overbelast zijn. De jaarrapporten van de Federale Ombudsdiest Volksgezondheid vragen reeds sinds jaar en dag om de oprichting van een Orde van Tandartsen. De gebrekkige werking van heel wat bestaande Provinciale Geneeskundige Commissies, die een deeltje van de taken van een Orde zouden kunnen uitvoeren, zorgt voor toestanden waarin de patiënt onvoldoende beschermd wordt. Alle regelgeving op de beroepsuitoefening moet op gelijke wijze worden toegepast en gecontroleerd voor alle zorgverleners, in alle regio's.

régionale applicables aux prestations de soins et un test linguistique en vue de respecter la loi sur les droits des patients.

Les hygiénistes bucco-dentaires reprendront une partie des tâches des dentistes. Avec la hausse substantielle récemment décidée du contingent de dentistes, les hygiénistes bucco-dentaires et les assistants dentaires contribueront à combler une éventuelle pénurie de dentistes. Cette pénurie est toutefois subjective. Un grand nombre de dentistes sont entrés sur le marché dans les années 1990. À l'époque, les patients pouvaient obtenir un rendez-vous immédiatement. Ce système n'était toutefois pas financable sur le long terme et il a été modifié.

Le grand nombre de dentistes qui quitteront la profession au cours des dix prochaines années est une conséquence du surnombre de dentistes "produit" dans les années quatre-vingt. Ce surnombre ne doit pas être remplacé. Une organisation de la pratique adéquate, où la prévention et l'administration sont partiellement prises en charge par une délégation des tâches, contribuera à la garantie d'une pratique de qualité et durable.

5.2. Continuité des soins

Dans la situation actuelle, aucune obligation ni sanction ne peut être imposée en ce qui concerne la continuité des soins indispensable pour protéger la santé publique. Le règlement de l'INAMI en matière d'accréditation subordonne l'octroi de la prime d'accréditation à la participation à un service de garde organisé. Cette condition ne peut toutefois actuellement pas être appliquée. Les services de garde et de secours sont nécessaires, mais il ne s'agit pas d'un service de confort.

5.3. Organe déontologique

Pour protéger les patients, la création d'un "organe disciplinaire" s'impose de toute urgence. Pour l'heure, les procédures disciplinaires doivent être menées par les tribunaux correctionnels, qui sont déjà débordés. Depuis de nombreuses années déjà, les rapports annuels du service de médiation fédéral de la Santé publique réclament la création d'un Ordre des dentistes. Les problèmes de fonctionnement de nombreuses Commissions médicales provinciales existantes, qui pourraient exécuter une petite partie des missions d'un Ordre, hypothèquent la protection du patient. L'ensemble de la réglementation relative à l'exercice du recours doit être appliquée de manière uniforme et contrôlée pour tous les prestataires de soins, dans toutes les régions.

5.4. Verplichte nascholing

Artikel 3, § 5 van het ministerieel besluit van 29 maart 2002, aangevuld met art. 2 van het ministerieel besluit van 30 juni 2009, voorziet, voor het behoud van de bijzondere beroepstitels tandheelkunde, de plicht tot bijscholing van 60 uren per zes jaren. Het voldoen aan deze minimale verplichting werd echter nog nooit gecontroleerd.

5.5. Vermarketing

De financiering van de gezondheidzorg is voor een zeer groot deel afhankelijk van overheidsfinanciering. Door de sterk uiteenlopende vormen van overheidssteun in de EU-lidstaten kan gezondheidzorg niet beschouwd worden als een vrije markt waarop de vrije marktprincipes van de Europese Unie van toepassing zijn. Zoals reeds vermeld, moet de vrije circulatie van zorgverleners dus beperkt worden om de verworvenheden van de Belgische bevolking en patiënten te beschermen. Een recent arrest (EHJ 4 mei 2017 C-339/15) maakte duidelijk dat een volledig verbod op publiciteit niet langer kan, maar kent aan de lidstaten wel het recht toe om publiciteit te beperken, ter bescherming van de patiënt en van de waardigheid van het medisch beroep. De verdere vermarketing in de tandheelkunde kent een recent fenomeen, nu investeerders en *private equity funds*, na hun intrede in de ouderenzorg, ook hun weg zoeken in de tandzorg. Met massale, wellicht irrealistische kapitaalinjecties proberen sommigen een markt te veroveren, met als enig doel winstbejag, veelal liefst op korte termijn. Het is dringend noodzakelijk dat de ethische en deontologische regelgeving ook op de niet-zorgverleners van toepassing wordt en dat de patiënten beschermd worden tegen commerciële uitspattingen, die in omliggende landen reeds heel wat slachtoffers tot in de rechtbank brachten.

5.6. Toegankelijkheid van de zorg

De RIZIV-regelgeving voorziet een zeer lage financiële drempel voor de toegankelijkheid van de noodzakelijke basisverzorging tandheelkunde voor de ganse bevolking. Kansengroepen en jongeren tot 18 jaar hebben toegang tot een zowat gratis verzorging, als ze jaarlijks een tandarts bezoeken. Dit jaarlijks preventief tandartsbezoek vormt, samen met een gezonde voeding en een goede mondhygiëne (dagelijks poetsen), de hoeksteen van een levenslange goede mondgezondheid.

Met een veel te lage RIZIV-financiering van gemiddeld 80 euro per inwoner voor tandzorg, zijn er uiteraard nog heel wat tekortkomingen in de tussenkomsten voor mondzorg, niet alleen voor uitgebreide zorg, maar ook

5.4. Une formation continue obligatoire

L'article 3, § 5, de l'arrêté ministériel du 29 mars 2002, complété par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 30 juin 2009, prévoit, pour le maintien des titres professionnels de l'art dentaire, une formation continue obligatoire de 60 heures tous les six ans. Le respect de cette obligation minimale n'a toutefois encore jamais été contrôlé.

5.5. Marchandisation

Le financement des soins de santé dépend, pour une très large part, de financements publics. En égard aux formes très diverses d'aides publiques dans les États membres de l'Union européenne, les soins de santé ne peuvent être considérés comme un marché ouvert, auquel s'appliquent les principes du libre marché en vigueur dans l'Union européenne. Comme cela a déjà été souligné, la libre circulation des prestataires de soins doit donc être limitée afin de protéger les acquis de la population et des patients belges. Un arrêt récent (CJUE, 4 mai 2017 C-339/15) a clairement affirmé qu'une interdiction totale de la publicité n'était plus possible, en accordant toutefois aux États membres le droit de limiter la publicité, de manière à protéger le patient et à préserver la dignité de la profession médicale. La marchandisation croissante des soins dentaires fait l'objet d'un phénomène récent, dès lors que des investisseurs et des fonds privés (*private equity funds*) tentent également de se faire une place dans le secteur des soins dentaires. Par des injections de capitaux massives, voire irréalistes, d'aucuns essayent de conquérir un marché, dans le seul but de réaliser du profit, à court terme de préférence. Il faut de toute urgence étendre l'application des règles éthiques et déontologiques aux non-prestataires de soins, et protéger les patients contre des dérives commerciales qui, dans les pays voisins, ont déjà conduit bien des victimes devant les tribunaux.

5.6. Accessibilité des soins

La réglementation INAMI prévoit un seuil financier très peu élevé pour l'accessibilité aux soins dentaires de base pour l'ensemble de la population. Pour les groupes défavorisés et les jeunes jusqu'à 18 ans, les soins sont presque gratuits s'ils se rendent chez le dentiste chaque année. Cette visite préventive annuelle constitue, avec une alimentation saine et une bonne hygiène buccale (se brosser les dents tous les jours), la pierre angulaire d'une bonne santé buccale tout au long de la vie.

Avec un financement INAMI beaucoup trop bas de 80 euros en moyenne par habitant pour les soins dentaires, les interventions en matière de soins buccaux laissent évidemment encore à désirer, non seulement

voor basiszorg. Een ernstige aanpassing van deze financiering is de enige mogelijkheid om een groter deel van de bevolking toegang te geven tot goede mondzorg. Er wordt nogal eens gezegd dat naar de tandarts gaan duur is, maar niets is minder waar: regelmatig tandartsbezoek zorgt ervoor dat de nodige zorg beperkt wordt tot de basiszorg, die, zoals reeds gezegd, goed terugbetaald wordt.

5.7. Het mondgezondheidsbeleid

De strijd die de vertegenwoordigers van tandartsen en ziekenfondsen de laatste dertig jaar, ondanks de structurele onderfinanciering, hebben gevoerd heeft zijn vruchten afgeworpen. Het bewijs ervan wordt geleverd door de internationale DMFT-index die wereldwijd gebruikt wordt voor het meten van mondgezondheid. Aan het eind van de jaren 70 van de 20^{ste} eeuw stond België voor wat de twaalfjarigen betrof in de staartgroep, nu is België opgeklommen naar de kopgroep van de EU-landen.

De gegevens met betrekking tot RIZIV-uitgaven voor preventie in het budget tandheelkunde tonen duidelijk aan dat de uitgaven voor preventieve consultaties en behandelingen spectaculair stijgen. Het is ook mooi om vast te stellen dat dit ook resultaten geeft in de uitgave voor prothesen. Een volledig verlies van alle tanden is het gevolg en het bewijs van een gebrek aan preventie: men ziet nu echter een duidelijke daling van de RIZIV-uitgaven voor volledige prothese. Ondanks het feit dat de levensverwachting van de patiënten verhoogt en er dus een toename is van het aantal mogelijke kandidaten voor een volledige prothese, ziet men een duidelijke afname van het aantal volledige prothesen.

De Heer Hanson behandelt verder de verschillende samenwerkingsvormen:

— Intra-disciplinaire samenwerking: in de tandheelkunde worden vier bijzondere beroepstitels erkend: de algemeen tandarts, de tandarts-specialist in de parodontologie, de tandarts-specialist in de orthodontie en de arts-specialist in de stomatologie/kaakchirurgie. De door- en terugverwijzing tussen deze zorgverleners verloopt zeer goed, zowel intra- als extra-muraal, uiteraard in overleg en na *informed consent* met de patiënt.

— Intra-disciplinaire groepspraktijken bestaan in tal van juridische vormen, zowel onder één dak als virtueel. Er is momenteel een toename van het aantal groepspraktijken. De reden daarvoor is de enorm grote

pour les soins approfondis, mais aussi pour les soins de base. Une réforme approfondie de ce financement est la seule possibilité de permettre à une partie plus large de la population d'avoir accès à des soins buccaux de qualité. On dit souvent qu'une consultation chez le dentiste coûte cher, mais c'est tout à fait faux: des visites régulières chez le dentiste permettent de limiter les soins nécessaires aux soins de base qui, comme nous l'avons déjà dit, sont bien remboursés.

5.7. La politique en matière de santé buccale

Le combat mené, malgré le sous-financement structurel, par les représentants des dentistes et les mutuelles au cours des trente dernières années a porté ses fruits, comme le prouve l'indice international CAOD utilisé dans le monde entier pour mesurer la santé buccale. À la fin des années 70 du 20^{ème} siècle, la Belgique était en queue de peloton en ce qui concerne les jeunes âgés de douze ans; maintenant, elle se trouve dans le groupe de tête de l'UE.

Les données relatives aux dépenses de l'INAMI en matière de prévention dans le budget consacré aux soins dentaires montrent clairement que les dépenses en matière de consultations et de traitements préventifs augmentent de manière spectaculaire. Il est également positif de constater que cette hausse a également des conséquences sur les dépenses en matière de prothèses. Une perte de toutes les dents est la conséquence et la preuve d'une mauvaise prévention: on constate néanmoins une diminution claire des dépenses de l'INAMI pour les prothèses intégrales. Malgré l'augmentation de l'espérance de vie des patients et donc du nombre de candidats potentiels pour une prothèse intégrale, on constate que le nombre de ces prothèses diminue clairement.

M. Hanson aborde ensuite les différentes formes de collaboration:

— La collaboration intradisciplinaire: quatre titres professionnels particuliers sont agréés en dentisterie: le dentiste généraliste, le dentiste spécialiste en parodontologie, le dentiste spécialiste en orthodontie et le médecin spécialiste en stomatologie/chirurgie maxillo-faciale. Le renvoi du patient de l'un à l'autre de ces dispensateurs de soins a lieu de façon très efficace, tant *intra muros* qu'*extra muros*. Il s'effectue bien entendu en concertation et avec le consentement éclairé du patient.

— Les cabinets intradisciplinaires collectifs existent sous de nombreuses formes juridiques. Soit les membres exercent sous le même toit, soit ils ont des contacts virtuels. On constate aujourd'hui une

investering die nodig is om een tandartskabinet up to date uit te rusten en de maximale bezetting die nodig is om de investering rendabel te kunnen houden en te kunnen volhouden. Er moet over worden gewaakt dat de BTW-problematiek niet discriminerend werkt tussen de verschillende praktijkvormen. Momenteel vormt onduidelijkheid hieromtrent een remmende factor voor de ontwikkeling van groepspraktijkvorming.

— Kadaster. Er is een absolute noodzaak aan een kadaster van tandheelkundige praktijken, mét hun samenstelling. De bevolking moet op de hoogte zijn van de locatie en de samenstelling van zowel solo- als groepspraktijken. Een kadaster is ook een onmisbare schakel voor de bescherming van de patiënt en voor het voeren van een globaal gezondheidsbeleid.

— De interdisciplinaire samenwerking tussen artsen en tandartsen verloopt niet steeds optimaal. Aangezien het belang van een goede mondgezondheid voor de algemene gezondheid steeds vaker wordt aangetoond in de wetenschappelijke literatuur (hart- en bloedvaat-aandoeningen, diabetes, vroeggeboorte...), is er nood aan meer samenwerking, meer gegevensdeling, en meer aandacht voor de mondgezondheid in eerste- en tweedelijnsgeneeskunde.

Wat de taakdelegatie betreft, geeft spreker volgende uitleg:

— Tandartsassistenten. Sinds het besluit van de Vlaamse regering tot erkenning van de beroepskwalificatie tandartsassistent van 4 mei 2017 bestaat er in Vlaanderen een erkende opleiding tandartsassistent in verschillende scholen. Tevens werden een driehonderdtal tandartsassistenten erkend via een procedure gesubsidieerd door het ESF. De tandartsassistenten zorgen voor administratieve begeleiding, praktijkhygiëne en assistentie bij behandelingen.

— Mondhygiënisten. Op 30 maart 2018 verscheen het koninklijk besluit ter erkenning van de Mondhygiënisten en hun bevoegdheden als paramedisch beroep. Momenteel zijn er twee hogescholen in Vlaanderen die een bacheloropleiding in de mondzorg organiseren. Er wordt verwacht dat in juni 2019 een honderdtal bachelors in de mondzorg zullen afstuderen. Ze zullen vooral ingezet kunnen worden ter ondersteuning van de preventie, en preventieve behandelingen uitvoeren in groepspraktijken en woon- en zorgcentra. Uiteraard kan dat enkel gebeuren indien hiervoor de nodige financiering zal worden voorzien, gezien het de bedoe- ling is dat de mondhygiënisten de zorgtoegankelijkheid

augmentation de ce type de cabinets, qui s'explique par l'investissement considérable que représente l'acquisition de matériel moderne pour un cabinet dentaire et par l'utilisation maximale nécessaire pour rentabiliser cet investissement et pour pouvoir subsister. Il faut veiller à ce que la question de la TVA ne génère pas de discriminations entre les différentes formes de cabinets. Le manque de clarté qui règne actuellement à cet égard freine le développement des cabinets collectifs.

— Le cadastre. Il est absolument indispensable d'établir un cadastre des cabinets dentaires et de leur composition. La population doit savoir où se situent et comment sont composés les cabinets individuels et les cabinets collectifs. Le cadastre est par ailleurs indispensable pour pouvoir protéger le patient et mener une politique globale de soins de santé.

— La collaboration interdisciplinaire entre les médecins et les dentistes n'est pas toujours optimale. L'importance d'une bonne santé bucco-dentaire pour l'état de santé général est de plus en plus mise en avant dans la littérature scientifique (affections cardiovasculaires, diabète, naissances prématurées...). Il est donc essentiel de renforcer la collaboration et l'échange de données et de consacrer davantage d'attention à la santé bucco-dentaire dans la médecine de première et de deuxième ligne.

En ce qui concerne la délégation des tâches, l'orateur fournit les explications suivantes:

— Assistants en dentisterie. Depuis l'adoption de l'arrêté du gouvernement flamand du 4 mai 2007 portant agrément de la qualification professionnelle d'assistant en dentisterie, une formation agréée d'assistant en dentisterie est organisée dans plusieurs écoles en Flandre. Près de trois cents assistants en dentisterie ont en outre été agréés via une procédure subventionnée par le FSE. Les assistants en dentisterie sont chargés de l'accompagnement administratif, de l'hygiène du cabinet et de l'assistance lors du traitement.

— Hygiénistes bucco-dentaires. L'arrêté royal reconnaissant les hygiénistes bucco-dentaires et leurs compétences au titre de profession paramédicale a été publié le 30 mars 2018. À ce jour, deux hautes écoles organisent, en Flandre, un bachelier en hygiène bucco-dentaire. Il est prévu qu'une centaine de bacheliers en hygiène bucco-dentaire seront diplômés en juin 2019. Il pourra surtout être fait appel à eux pour soutenir la prévention et effectuer des traitements préventifs dans les cabinets collectifs et les centres d'hébergement et de soins. Bien sûr, cela ne sera possible que si les fonds nécessaires sont prévus étant entendu que l'objectif est que les hygiénistes bucco-dentaires aident à promouvoir

helpen bevorderen. In landen waar mondhygiënisten werkzaam zijn, zijn de honoraria voor behandelingen die uitgevoerd worden door hygiénisten dezelfde als wanneer ze uitgevoerd worden door tandartsen. Gezien de hygiénisten nog voor vele jaren enkel in Vlaanderen zullen worden opgeleid worden en werkzaam zullen zijn, zal bij het RIZIV onvermijdelijk de vraag ontstaan naar budgetopsplitsing per taalrol.

— Denturisten. Momenteel vervaardigen een aantal dentaaltechniekers volledig uitneembare prothesen bij patiënten en ijveren ze voor de erkenning van hun illegale beroepsuitoefening. Op vraag van minister De Block werkten de Raad van Tandheelkunde en de Federale Raad voor Paramedici hierover een advies uit, dat in beide gevallen negatief was over het creëren van het beroep van denturist. De Raad van Tandheelkunde bestaat paritair (NL/F) uit 8 vertegenwoordigers van de universiteiten en 8 vertegenwoordigers van de tandartsen. De adviezen werden telkens unaniem goedgekeurd, inclusief door de 8 professoren, dus.

De spreker geeft een korte samenvatting van de uitgebrachte adviezen:

- o de tandarts zal steeds proberen door preventie tandverlies te voorkomen;
- o de vraag naar uitneembare prothesen is dalend, dit blijkt uit de RIZIV-uitgaven;
- o de complexiteit van de prothesebehandeling stijgt door de toenemende leeftijd van de patiënten, met bijhorende medische problemen, polymorbiditeit, polymedicatie;
- o de tandarts heeft een brede medische opleiding die complicaties ten gevolge van het dragen van een prothese kan voorkomen en desgevallend behandelen;
- o kostprijs: in Nederland, waar denturisten aan het werk zijn, is het honorarium voor een prothese bij een denturist hetzelfde als bij een tandarts. In België lijkt dikwijls het tegendeel waar. Het blijkt namelijk dat een patiënt meer betaalt bij een illegale denturist dan bij de tandarts, namelijk 1 000 euro, terwijl het RIZIV-conventiehonorarium in mei 2017 587,50 euro bedroeg.

Toeleveranciers medische hulpmiddelen:

— Voor een prothesebehandeling zijn een drie- tot zestal zittijden bij de tandarts nodig. Het medisch hulpmiddel op maat dat op schriftelijk voorschrijf van de tandarts wordt gemaakt, wordt meestal vervaardigd

l'accès aux soins. Dans les pays où des hygiénistes bucco-dentaires sont employés, les honoraires relatifs aux traitements effectués par les hygiénistes sont identiques aux honoraires relatifs aux traitements effectués par les dentistes. Étant donné que les hygiénistes ne seront formés et employés qu'en Flandre durant de nombreuses années, la question de la ventilation du budget par rôle linguistique sera inévitablement posée à l'INAMI.

— Denturistes. Actuellement, certains techniciens dentaires fabriquent des prothèses entièrement amovibles pour les patients et s'efforcent de faire reconnaître leurs activités professionnelles illégales. À la demande de la ministre De Block, le Conseil de l'Art dentaire et le Conseil fédéral des professions paramédicales ont élaboré un avis à ce sujet. Tous deux se sont prononcés contre la création de la profession de denturiste. Le Conseil de l'Art dentaire est paritaire (NL/F) et composé de 8 représentants des universités et de 8 représentants des dentistes. Leurs avis ont toujours été adoptés à l'unanimité, y compris par les 8 professeurs, donc.

L'orateur résume brièvement les avis rendus:

- o le dentiste essaiera toujours de prévenir la perte de dents grâce à la prévention;
- o il ressort des dépenses de l'INAMI que la demande de prothèses amovibles est en baisse;
- o le traitement prothétique se complexifie en raison de l'âge croissant des patients et des problèmes médicaux, de la polymorbidité et de la polymédication qui y sont liés;
- o le dentiste dispose d'une formation médicale étendue permettant de prévenir et, le cas échéant, de traiter les complications dues au port d'une prothèse;
- o coût: aux Pays-Bas, où des denturistes sont en fonction, les honoraires appliqués pour une prothèse chez le denturiste sont les mêmes que chez le dentiste. Il semble que ce ne soit souvent pas le cas en Belgique. Il apparaît en effet que le patient paie davantage chez un denturiste illégal que chez le dentiste, à savoir 1 000 euros, tandis que les honoraires prévus dans la convention INAMI s'élevaient à 587,50 euros en mai 2017.

Fournisseurs de dispositifs médicaux:

— Pour un traitement prothétique, de trois à six visites chez le dentiste sont requises. Le dispositif médical sur mesure réalisé sur prescription écrite du dentiste est généralement fabriqué dans une entreprise de

in een dentaaltechnisch bedrijf. Ook dat gebeurt in verschillende stappen. Meestal is het dentaaltechnisch bedrijf "de fabrikant", die daarvoor geregistreerd wordt bij het FAGG, conform richtlijn 93/42/EEG die aanleiding gaf tot het koninklijk besluit van 18 maart 1999 over medische hulpmiddelen. In sommige gevallen treedt de tandarts op als fabrikant, of heeft hij/zij een dentaaltechnicus in dienst en moet hij zichzelf als fabrikant registreren bij het FAGG. De tandarts is dan zelf verantwoordelijk voor de nodige productveiligheid en traceerbaarheid.

— De relatie tussen een tandarts en zijn toelevranciers moet berusten op wederzijdse erkenning en vertrouwen. De tandarts mag geen behandelingen aanvatten waarvoor hij/zij niet de nodige opleiding, bevoegdheid, bekwaamheid en permanente bijscholing heeft. Taken delegeren aan onbevoegden/onbekwamen is, met het oog op de bescherming van de patiëntveiligheid, onaanvaardbaar. De tandarts kan een dentaaltechnicus in de tandartspraktijk toelaten voor technische raadgevingen (Art. 8 *quater* koninklijk besluit van 1 juni 1934, gewijzigd op 8 juli 2013), voor zover deze dentaaltechnicus over de nodige bijkomende technische kennis beschikt. Een probleem hierbij is de supplementaire kostprijs voor de aanwezigheid van een extra zorgverstrekker.

— Net zoals over het eigendomsrecht voor tandartspraktijken, kunnen er vragen gesteld worden over het eigendomsrecht van een dentaaltechnisch bedrijf. Voor de tandartspraktijken, apotheken, klinische laboratoria, ziekenhuizen, enzovoort, blijkt de politieke wil niet aanwezig om de volksgezondheid te beschermen door het eigendomsrecht volledig of bij meerderheid voor te behouden aan personen die houder zijn van de vereiste beschermde beroepstitel. Het zou dan ook verwonderlijk zijn indien men dit wel zou doen voor dentaaltechnische bedrijven.

Als besluit, onderlijnt de heer Hanson dat er een dringende noodzaak is om de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen aan te passen. De volledige hervorming die de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan het begin van de zittingsperiode voorstelde zal wellicht niet haalbaar zijn. Heel wat punten die de heer Hanson heeft besproken kunnen echter nog gerealiseerd worden via het ontwerp van wet betreffende de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. De tandartsen zijn ten zeerste bereid hieraan hun medewerking te verlenen.

De huidige bijzondere beroepstitels voor tandheelkundigen zullen, samen met de tandartsassistenten en de mondhygiënisten, verder zorgen voor een toeganekelijke en kwalitatieve preventie en mondzorg. Bijkomende

technique dentaire. Ce travail a également lieu en plusieurs étapes. Généralement, l'entreprise de technique dentaire est "le fabriquant". Il est enregistré comme tel auprès de l'AFMPS, conformément à la directive 93/42/CEE dont découle l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux. Dans certains cas, le dentiste agit en tant que fabricant ou emploie un technicien dentaire. Dans ce cas, il doit se faire enregistrer lui-même en tant que fabricant auprès de l'AFMPS. Le dentiste est, dans ce cas, personnellement responsable de la sécurité et de la traçabilité requises du produit.

— La relation entre le dentiste et ses fournisseurs doit être fondée sur la reconnaissance et la confiance mutuelles. Le dentiste ne peut entamer aucun traitement pour lequel il ne dispose pas de la formation, de la compétence, de l'aptitude et du recyclage permanent requis. Pour que la sécurité du patient soit garantie, il n'est pas permis de déléguer ces tâches à des personnes non qualifiées. Le dentiste peut autoriser la présence d'un technicien dentaire dans son cabinet afin que ce dernier lui fournit des conseils techniques (art. 8*quater* de l'arrêté royal du 1^{er} juin 1934, modifié le 8 juillet 2003), pour autant que ce technicien dispose des connaissances techniques supplémentaires requises. À cet égard, le coût supplémentaire induit par la présence d'un prestataire de soins de plus est problématique.

— Tout comme c'est le cas concernant le droit de propriété des cabinets dentaires, des questions peuvent être posées concernant le droit de propriété d'une entreprise de technique dentaire. Pour les cabinets dentaires, les pharmacies, les laboratoires cliniques, les hôpitaux, etc., il n'y a pas de volonté politique de défendre la santé publique en réservant entièrement ou majoritairement le droit de propriété aux personnes qui détiennent le titre professionnel protégé requis. Il serait dès lors surprenant qu'il en aille différemment pour les entreprises de technique dentaire.

En conclusion, M. Hanson souligne qu'il y a une nécessité urgente d'adapter la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé. La réforme complète que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a proposée au début de la législature ne sera peut-être pas réalisable. De nombreux points qui ont été examinés par M. Hanson peuvent cependant encore être réalisés par le biais du projet de loi relatif aux pratiques de qualité dans le domaine des soins de santé. Les dentistes sont tout à fait prêts à y contribuer.

Les titres professionnels particuliers actuels pour les praticiens de l'art dentaire, les assistants dentaires et les hygiénistes bucco-dentaires permettront de continuer à assurer à l'avenir une prévention et des soins buccaux

nieuwe beroepstitels kunnen momenteel niet bijdragen tot een meer patiëntvriendelijke, betaalbare mondzorg en zouden de gemeenschappen dus met onnodige opleidingskosten opzadelen.

accessibles et de qualité. La création de nouveaux titres professionnels complémentaires ne peut actuellement pas contribuer à l'organisation de soins buccaux qui seraient plus axés sur le patient et plus abordables financièrement, et serait donc une source de frais de formation inutiles pour les communautés.

6. Uiteenzetting van mevrouw Aurélie Somer, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

Mevrouw Aurélie Somer geeft aan dat haar toelichting uit drie grote delen bestaat. Ze bespreekt eerst de huidige regelgeving met betrekking tot de beroepen van tandarts en mondhygiënist, analyseert vervolgens de leidraden van de hervorming van de tandzorgberoepen en eindigt met de planning van het beroep, met een overzicht van de lopende werken en een stand van zaken.

6.1. De huidige regelgeving met betrekking tot de beroepen van tandarts en mondhygiënist

Het beroep van mondhygiënist is een nieuw gezondheidszorgberoep in België, dat in het leven werd geroepen om de toegang tot preventieve behandelingen te verbeteren. Tot nu toe kon de tandarts namelijk geen enkele handeling in de mond van de patiënt delegeren. De mondhygiënist voert autonome technische prestaties uit, technische prestaties op voorschrift en handelingen die door de tandarts, met wie hij nauw samenwerkt, aan de mondhygiënist zijn toevertrouwd. Verder werkt hij ook nauw samen met tandartsen-specialisten en geneesheren-specialisten in de stomatologie. De mondhygiënist kan onder andere worden tewerkgesteld in tandartskabinetten, in ziekenhuizen, centra voor personen met een handicap en centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Het koninklijk besluit van 28 maart 2018 regelt het beroep van mondhygiënist. Het omvat een beschrijving van het nieuwe beroep en de minimale kwalificatievereisten waaraan men moet voldoen om het beroep uit te oefenen. De bijlagen aan het koninklijk besluit bevatten de lijst van autonome handelingen, technische prestaties en toevertrouwde handelingen die de mondhygiënist mag uitvoeren.

Binnen de FOD Volksgezondheid zijn verschillende adviesorganen bevoegd voor het beroep van mondhygiënist, namelijk de Federale Raad voor de paramedische beroepen (FRPB), de Technische Commissie voor de paramedische beroepen (TCPB) en de Planningscommissie Medisch Aanbod.

De mondhygiënisten zijn nog niet vertegenwoordigd binnen de adviesorganen, omdat de eerste diploma's pas in 2019 zullen worden uitgereikt (in Vlaanderen). In de Franse Gemeenschap heeft de hygiënistenopleiding nog geen aanvang genomen.

De FRPB adviseert de bevoegde minister, op vraag van de minister of op eigen initiatief, over alle zaken

6. Exposé de Mme Aurélie Somer, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Mme Aurélie Somer indique que son exposé comprendra trois grandes parties. Elle abordera d'abord la réglementation actuelle relative aux professions de dentiste et d'hygiéniste bucco-dentaire, analysera ensuite les lignes directrices de la réforme des professions des soins de santé dentaire et finira par la planification relative à la profession, avec un aperçu des travaux en cours et un état de la situation.

6.1. La réglementation actuelle relative aux professions de dentiste et d'hygiéniste bucco-dentaire

La profession d'hygiéniste bucco-dentaire est une nouvelle profession des soins de santé en Belgique, qui a été créée en vue d'améliorer l'accès aux traitements préventifs. Jusqu'à présent, le dentiste ne pouvait en effet déléguer aucun traitement dans la bouche du patient. L'hygiéniste bucco-dentaire exécute des prestations techniques autonomes, des prestations techniques sur prescription et des actes qui lui sont confiés par le dentiste, avec lequel il collabore étroitement. Il collabore aussi étroitement avec des dentistes spécialistes et des médecins spécialistes en stomatologie. L'hygiéniste bucco-dentaire peut notamment être employé dans des cabinets dentaires, dans des hôpitaux, dans des centres pour personnes handicapées et dans des centres de santé mentale.

L'arrêté royal du 28 mars 2018 règle la profession d'hygiéniste bucco-dentaire. Il contient une description de la nouvelle profession et les conditions de qualification minimales auxquelles il faut satisfaire pour exercer la profession. Les annexes à l'arrêté royal contiennent la liste des actes autonomes, des prestations techniques et des actes confiés que l'hygiéniste bucco-dentaire peut effectuer.

Au sein du SPF Santé publique, plusieurs organes consultatifs sont compétents pour la profession d'hygiéniste bucco-dentaire, à savoir le Conseil fédéral des professions paramédicales (CFPP), la Commission technique des professions paramédicales (CTPP) et la Commission de planification de l'offre médicale.

Les hygiénistes bucco-dentaires ne sont pas encore représentés au sein des organes consultatifs, car les premiers diplômes ne seront délivrés qu'en 2019 (en Flandre). En Communauté française, la formation des hygiénistes n'a pas encore débuté.

Le CFPP donne au ministre compétent, à sa demande ou d'initiative, des avis en toutes matières relatives

die de paramedische beroepen aanbelangen. De Raad bestaat uit 26 leden, afkomstig uit de medische wereld en het departement Onderwijs, aangevuld met een ambtenaar van de FOD Volksgezondheid, die als secretaris fungiert. De FRPB moet in de toekomst worden uitgebreid met één mondhygiënist en één tandarts, om een evenwicht tussen de vertegenwoordigers te verzekeren.

De TCPB behandelt vragen met betrekking tot paramedische handelingen, op vraag van de minister of op eigen initiatief. De besprekingen hebben meer bepaald betrekking op toevertrouwde handelingen, technische prestaties en de voorwaarden waaronder deze kunnen worden gesteld. De Commissie is samengesteld uit vertegenwoordigers van de paramedische beroepen en vertegenwoordigers van de medische beroepen. Het secretariaat wordt verzorgd door een door de FOD Volksgezondheid benoemde ambtenaar. Ook in deze raad zal in de toekomst een vertegenwoordiging van tandartsen en mondhygiënisten moeten worden voorzien.

De FRPB en de TCPB hebben op vraag van de minister en in samenwerking met de Raad van de Tandheelkunde een advies uitgebracht over de voorwaarden waaronder het beroep van mondhygiënist kan worden uitgeoefend, alsook welke handelingen de mondhygiënisten mogen stellen (Advies 2017/06).

Aan de hand van dit advies werd het wetgevend kader voor het beroep opgemaakt.

Er werd gekozen voor de benaming "mondhygiënist", omdat deze het meest courant gebruikt wordt in de buurlanden. Verder werd er beslist om het advies van de FRPB en de TCPB te volgen voor wat de handelingen betreft, maar er werd gekozen om een ietwat meer autonome rol voor de mondhygiënisten te voorzien.

De spreekster geeft een overzicht van de regelgeving met betrekking tot het beroep van tandarts. Daarvan was het koninklijk besluit van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening der tandheelkunde de eerste tekst.

Daarna stelt de spreekster de Raad van de Tandheelkunde (RvT) voor. De Raad is een orgaan met adviseerende bevoegdheid, dat op vraag van de minister of op eigen initiatief kan adviseren over beginselkwesties en algemene aangelegenheden betreffende de tandheelkunde. De Raad van de Tandheelkunde behandelt ook aanvragen tot erkenning als stagemeester en als stagedienst en stelt de erkenningscriteria voor de beoefenaars van de tandheelkunde, voor de stagemeesters en voor de stagediensten vast. Een bijzonderheid van

aux professions paramédicales. Le Conseil compte 26 membres. Ils sont issus du monde médical et du département de l'Enseignement, à l'exception d'un fonctionnaire du SPF Santé publique, qui assume la fonction de secrétaire. La composition du CFPP devra être complétée à l'avenir par un hygiéniste bucco-dentaire et un dentiste, pour assurer l'équilibre des représentants.

La CTPP traite, à la demande du ministre ou d'initiative, des questions relatives aux actes paramédicaux. Les discussions concernent en particulier les actes confiés, les prestations techniques et les conditions dans lesquelles ceux-ci peuvent être effectués. La Commission est constituée de représentants des professions paramédicales et de représentants des professions médicales. Le secrétariat est assuré par un fonctionnaire nommé par le SPF Santé publique. Dans cette commission également, il faudra prévoir à l'avenir une représentation des dentistes et des hygiénistes bucco-dentaires.

Le CFPP et la CTPP ont, à la demande de la ministre et en collaboration avec le Conseil de l'art dentaire, émis un avis sur les conditions d'exercice de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire et sur les actes qu'ils peuvent effectuer (Avis 2017/06).

Le cadre législatif relatif à la profession a été élaboré sur la base de cet avis.

La dénomination d'"hygiéniste bucco-dentaire" a été choisie car c'est la plus couramment utilisée dans nos pays voisins. Il a également été décidé de suivre l'avis du CFPP et de la CTPP en ce qui concerne les actes, tout en confiant un rôle un peu plus autonome aux hygiénistes bucco-dentaires.

L'oratrice présente un aperçu de la réglementation relative à la profession de dentiste. Le premier texte en la matière est l'arrêté royal du 1^{er} juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire.

L'oratrice présente ensuite le Conseil de l'art dentaire (CAD). Le Conseil est un organe avec une compétence consultative qui peut, à la demande du ministre ou d'initiative, fournir des avis concernant des questions de principe et d'ordre général concernant l'art dentaire. Le Conseil de l'art dentaire traite également des demandes d'agrément des maîtres de stage et des services de stage et fixe les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, des maîtres de stage et des services de stage. Une particularité du Conseil de l'art dentaire par

de Raad van de Tandheelkunde ten opzichte van de andere adviesorganen, is dat hij als enige raad voor de gezondheidsberoepen wordt voorgezeten door een door de minister benoemde ambtenaar, die geen tandarts is.

De Raad heeft één vaste werkgroep, namelijk de Werkgroep Stagemeesters. Daarnaast kan de Raad van de Tandheelkunde ook werkgroepen met een specifieke opdracht oprichten. Deze werkgroepen bestaan doorgaans uit leden van de Raad, die eventueel worden bijgestaan door externe experten. Thans zijn verschillende werkgroepen aan het werk, onder andere een werkgroep die zich buigt over de delegatie van tandheelkundige handelingen aan verpleegkundigen. De vaste werkgroep Stagemeesters vergadert in principe één keer per maand, zodat alle aanvragen tijdig behandeld kunnen worden.

De spreekster overloopt een lijst van adviezen uitgebracht door de Raad van de Tandheelkunde.

In 2016 diende de minister van Volksgezondheid een adviesaanvraag in bij de FRPB en de RvT met betrekking tot de noodzaak om een nieuw beroep te creëren voor uitneembare tandprothesen. De raden brachten een negatief advies uit. Ondertussen heeft de minister een nieuwe adviesaanvraag ingediend met betrekking tot de aanbevelingen die het KCE hierover heeft geformuleerd. Het advies van de werkgroep betreffende de tandprothesen moet nog worden gevalideerd in de plenaire vergadering. Tot nader order blijft het beroep van tandtechnicus zoals het vandaag gekend is. Dat wil zeggen dat het een beroep is dat niet wordt geregeld door de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG).

6.2. Leidraden van de hervorming

De spreekster overloopt kort de belangrijkste informatie over de hervorming van de WUG en verwijst ook naar haar eerdere uiteenzettingen met betrekking tot andere gezondheidszorgberoepen.

De hervorming die momenteel door de minister wordt voorbereid berust op drie pijlers:

- i. competente zorgverleners die blijk kunnen geven van een functionele autonomie;
- ii. een multidisciplinaire, geïntegreerde gezondheidszorg;
- iii. de patiënt staat centraal.

De hervorming kan visueel worden voorgesteld in de vorm van een bloem, het zogenaamde “margrietmodel”.

rapport aux autres organes consultatifs est que c'est le seul conseil des professions de santé présidé par un fonctionnaire nommé par le ministre, n'étant pas dentiste.

Le Conseil compte un groupe de travail fixe, à savoir le Groupe de travail Maîtres de stage. Parallèlement, le Conseil de l'art dentaire peut également créer des groupes de travail chargés d'une mission particulière. Ces groupes de travail se composent généralement de membres du Conseil, assistés éventuellement par des experts externes. Actuellement, différents groupes de travail sont à l'œuvre, dont un se penche sur la question de déléguer des actes de dentisterie aux infirmiers. Le groupe de travail fixe Maîtres de stage se réunit en principe une fois par mois, afin que toutes les demandes puissent être traitées en temps utile.

L'oratrice passe en revue une liste des avis rendus par le Conseil de l'art dentaire.

En 2016, la ministre de la Santé publique a déposé une demande d'avis auprès du CFPP et du CAD à propos de la nécessité de créer une nouvelle profession axée sur les prothèses dentaires amovibles. Les conseils ont rendu un avis négatif. Dans l'intervalle, la ministre a introduit une nouvelle demande d'avis relative aux recommandations formulées par le KCE à ce sujet. L'avis du groupe de travail relatif aux prothèses dentaires doit encore être validé en séance plénière. Jusqu'à nouvel ordre, la profession de prothésiste sera maintenue telle que nous la connaissons aujourd'hui. Cela veut dire que cette profession n'est pas régie par la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS).

6.2. Fils conducteurs de la réforme

L'oratrice parcourt brièvement les principaux points de la réforme de la LEPSS et renvoie également aux exposés qu'elle a présentés antérieurement concernant les autres professions de la santé.

La réforme que la ministre prépare aujourd'hui repose sur trois piliers:

- i. des dispensateurs de soins compétents à même de faire montre d'une autonomie fonctionnelle;
- ii. des soins de santé intégrés et pluridisciplinaires;
- iii. le patient au centre des préoccupations.

Visuellement, la réforme peut être représentée sous la forme d'une fleur, le “modèle marguerite”. Les

De tandartsen en mondhygiënisten vormen samen het bloemblaadje *Dental care*.

6.3. De planning van de tandartsen: overzicht van de werkzaamheden en stand van zaken

De Planningscommissie werd opgericht in 1996 en heeft als opdracht om de behoeften inzake medisch aanbod te onderzoeken. Op dit moment blijft dit onderzoek beperkt tot de artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten.

Om de behoeften inzake medisch aanbod te bepalen, brengt de Planningscommissie de evolutie van de behoeften, de kwaliteit van de prestaties en de demografische en sociologische evolutie van de betrokken beroepen in rekening. Elk jaar stelt de Commissie een verslag over haar activiteiten en het aantal personen dat toegang krijgt tot de zorgberoepen op voor de bevoegde minister. De Commissie stelt ook adviezen voor de minister op over de planning en het contingent van de zorgberoepen.

Om dit te doen, werd er een specifieke methodologie ontwikkeld, waarbij men zich baseert op het kadaster van de zorgberoepen. De gegevens uit het kadaster worden gekoppeld met gegevens van het RIZIV en van de Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Gegevens. Vervolgens creëert de Commissie projecties over de evolutie van de arbeidskrachten. Sinds de zesde staatshervorming is de vastlegging van de subquota overgegaan naar de gemeenschappen.

De Planningscommissie is samengesteld uit vertegenwoordigers van:

- universitaire instellingen van elke gemeenschap
- het Intermutualistisch College
- de representatieve beroepsverenigingen voor artsen en artsen-specialisten
- de representatieve beroepsverenigingen voor tandartsen
- de gemeenschappen (Vlaams, Franse en Duitse)
- het RIZIV
- de minister van Sociale Zekerheid
- de minister van Volksgezondheid

dentistes et les hygiénistes bucco-dentaires représentent conjointement le pétale *Dental care*.

6.3. La planification des dentistes: aperçu des activités et état des lieux

La Commission de planification a été créée en 1996 et a pour mission d'examiner les besoins en matière d'offre médicale. Actuellement, cet examen se limite aux médecins, aux dentistes, aux kinésithérapeutes, aux infirmiers, aux sages-femmes et aux logopèdes.

Pour définir les besoins en matière d'offre médicale, la Commission de planification prend en compte l'évolution des besoins, la qualité des prestations et l'évolution démographique et sociologique des professions concernées. Chaque année, elle rédige un rapport de ses activités et du nombre de personnes qui auront accès aux professions de soins de santé à l'intention du ministre compétent. La Commission rédige également des avis pour le ministre à propos de la planification et du contingentement des professions de santé.

Pour ce faire, une méthodologie spécifique a été développée, dans laquelle on se base sur le cadastre des professions de soins de santé. Les données provenant du cadastre sont couplées aux données de l'INAMI et du Datawarehouse marché du travail et protection sociale (DWH MT&PS). Ensuite, la Commission établit des projections d'évolution de la force de travail. Depuis la sixième réforme de l'État, la fixation des sous-quotas a été transférée aux communautés.

La Commission de planification est composée de représentants:

- d'institutions universitaires de chaque communauté
- du Collège intermutualiste
- des associations professionnelles représentatives des médecins et médecins-spécialistes
- des associations professionnelles représentatives des dentistes
- des communautés (flamande, française et germanophone)
- de l'INAMI
- du ministre qui a la sécurité sociale dans ses attributions
- du ministre de la Santé publique

- andere beroepsgroepen (kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten). Zij worden enkel uitgenodigd indien een agendapunt van de vergadering op hen betrekking heeft.

Er wordt ook voorzien om de Planningscommissie, indien nodig, uit te breiden met andere gezondheidszorgberoepen, zoals de mondhygiënisten.

De spreekster stelt een aantal reeds gerealiseerde werkzaamheden van de Planningscommissie voor, en vervolgens een aantal nog lopende werkzaamheden:

— Het project Plancad 2004-2012, oftewel het kadastrer van de activiteiten van de tandartsen, werd reeds gepubliceerd. De basisscenario's en alternatieve scenario's voor de periode 2012- 2037 werden gevalideerd. Op basis van die werken werden er adviezen uitgebracht voor de periode 2022-2027. Bij deze oefening werd er reeds rekening gehouden met de mondhygiënisten. Enkel de quota voor het jaar 2022 werden gepubliceerd.

— Wat de lopende werken betreft, geeft de spreekster aan dat de minister in het voorjaar van 2018 een adviesaanvraag heeft ingediend met betrekking tot de quota voor het jaar 2023. Dit nieuwe globale quotum werd vastgelegd en overgezonden. De verdeling per gemeenschap werd berekend door het Rekenhof, op basis van het inwonersaantal voor Vlaanderen en Wallonië en op basis van het aantal leerlingen die ingeschreven zijn in het lager en middelbaar onderwijs, voor Brussel. Verder is er voorzien om te beginnen aan een nieuwe PlanCad 2004-2016. De analisten van de Commissie hebben reeds een aanvraag ingediend bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, om de machtiging te verkrijgen om gegevens van het RIZIV en de Kruispuntbank te mogen koppelen.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) wil weten of de maatregel inzake de kosteloze tandzorg voor jongeren wel degelijk aan de doelgroep, zijnde de sociaal kwetsbaarsten, ten goede is gekomen. Zijn er sociale correcties merkbaar in de door de sprekers vermelde cijfers?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) is naar eigen zeggen bekommert om het sociaal aspect van de tandzorg, inzonderheid voor de financieel kwetsbare patiënten. In dat opzicht meent zij dat het beroep van denturist een oplossing kan aanreiken. De tandartsen zijn echter gekant tegen de erkenning van de denturisten. Kunnen de aanwezige tandartsen aangeven op welke objectieve en wetenschappelijke argumenten zij zich baseren om zich te verzetten tegen de erkenning van de denturisten?

- d'autres groupements professionnels (kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes et logopèdes). Ceux-ci ne sont invités que lorsqu'un point à l'ordre du jour de la réunion les concerne.

Il est également prévu, le cas échéant, d'étendre la Commission de planification à d'autres professions des soins de santé, telles que les hygiénistes bucco-dentaires.

L'oratrice présente une série de travaux de la Commission de planification qui ont déjà été réalisés et, ensuite, une série de travaux qui sont encore en cours:

— Le projet Plancad 2004-2012, à savoir le cadastre des activités des dentistes, a déjà été publié. Les scénarios de base et des scénarios alternatifs pour la période 2012-2037 ont déjà été validés. Sur la base de ces travaux, des avis ont été émis pour la période 2022-2027. Il a déjà été tenu compte des hygiénistes bucco-dentaires dans cet exercice. Seul le quota pour l'année 2022 a été publié.

— En ce qui concerne les travaux en cours, l'oratrice signale qu'au printemps 2018, la ministre a introduit une demande d'avis concernant le quota pour l'année 2023. Ce nouveau quota global a été défini et transmis. La répartition par communauté a été calculée par la Cour des comptes, sur la base du nombre d'habitants en ce qui concerne la Wallonie et la Flandre et sur la base du nombre d'élèves inscrits dans l'enseignement primaire et secondaire en ce qui concerne Bruxelles. Il a en outre été prévu de s'atteler à un nouveau Plancad 2004-2016. Les analystes de la Commission ont déjà introduit une demande auprès de la Commission de la protection de la vie privée en vue d'être habilités à coupler des données de l'INAMI et de la Banque-Carrefour.

B. Questions et observations des membres

Mme Nathalie Muylle (CD&V) demande si la mesure visant la gratuité des soins pour les jeunes a bien profité au groupe-cible, c'est-à-dire les plus faibles au niveau social. Des corrections sociales sont-elles perceptibles dans les chiffres avancés par les intervenants?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) se déclare préoccupée par l'aspect social des soins dentaires, en particulier en ce qui concerne les patients précarisés. À cet égard, elle pense que la profession de denturiste peut apporter une solution. Toutefois, les dentistes sont opposés à la reconnaissance des denturistes. Les dentistes présents pourraient-ils expliquer les arguments objectifs et scientifiques sur lesquels ils se basent pour s'opposer à la reconnaissance des denturistes?

De heer André Frédéric (PS) blijft, ondanks de grote vooruitgang die er in de tandzorg is gemaakt, ongerust over het hoge aantal burgers dat nooit op consultatie gaat. Dat is erg jammer, want ervoor zorgen dat mensen wel naar de tandarts gaan, is een investering in de toekomst. Zien de genodigde sprekers mogelijkheden om de promotie van de tandzorg te verbeteren?

De financiële toegankelijkheid van de tandzorg is al verbeterd, onder meer door het preventief bezoek voor jongeren gratis te maken. Dat lost de problemen echter niet helemaal op. Zijn er, buiten de besproken herfinanciering, nog andere pistes om de tandzorg financieel toegankelijker te maken?

Zelfs op de tandzorg voor jongeren zit er een rem. Soms moeten gezinnen aanzienlijke bedragen voorzien, die weliswaar later worden terugbetaald. Het gaat om bedragen die deze gezinnen niet altijd kunnen missen. Moet dit systeem ook worden verbeterd? Zou een derdebetalerssysteem soelaas kunnen bieden?

Verder vraagt de spreker zich af hoe het komt dat een groot aantal tandartsen vandaag niet geconventioneerd is. Hoe kan conventionering meer worden aangemoedigd?

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft meermaals gezegd dat de komst van de mondhygiënisten het probleem van de lange wachttijden voor tandartsbezoeken zou kunnen oplossen. Zijn de sprekers het daar mee eens? Wat is bovendien hun mening over het huidige contingenteringssysteem? En hoe denken zij dat de mondhygiënisten moeten worden gefinancierd? Kunnen de behandelingen automatisch worden terugbetaald? Zullen de mondhygiënisten op dezelfde manier werken als in het Nederlands systeem? Of zullen ze binnen de tandartspraktijk werken?

De heer Dirk Janssens (Open Vld) wenst verduidelijking over de commercialisering waarover de heer Hanson sprak. Deze spreker gaf aan dat de commercialisering van de tandheelkunde aanleiding gaf tot heel wat processen. Hebben die processen te maken met een gebrek aan kwaliteit of gaan zij over de prijszetting?

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) onthoudt uit de tussenkomsten van de genodigde sprekers dat er een deontologisch orgaan voor de tandheelkunde moet worden opgericht en dat er moet worden gestreden tegen de commercialisering van de zorg.

M. André Frédéric (PS) reste préoccupé par le nombre élevé de citoyens qui ne consultent jamais un dentiste malgré les avancées considérables qui ont été enregistrées dans le domaine des soins dentaires. C'est très regrettable car veiller à ce que les citoyens se rendent bel et bien chez le dentiste constitue un investissement dans l'avenir. Les orateurs invités voient-ils des possibilités d'améliorer la promotion des soins dentaires?

L'accessibilité financière des soins dentaires a déjà été améliorée, notamment en rendant gratuite la visite préventive pour les jeunes. Cela ne résout toutefois pas complètement le problème. En dehors du refinancement discuté, existe-t-il encore d'autres pistes afin d'améliorer l'accessibilité financière des soins dentaires?

Même en ce qui concerne les soins dentaires pour les jeunes, il existe un frein. Les familles doivent parfois avancer des montants considérables qui sont, il est vrai, remboursés par la suite. Il s'agit de montants dont ces familles ne peuvent pas toujours se passer. Ce système doit-il également être amélioré? Un système de tiers-payant pourrait-il offrir une solution?

L'intervenant se demande en outre comment il se fait qu'un grand nombre de dentistes ne soient pas conventionnés à l'heure actuelle. Comment le conventionnement peut-il être davantage encouragé?

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a répété à plusieurs reprises que l'arrivée des hygiénistes bucco-dentaires pourrait résoudre le problème des longs temps d'attente qui précèdent les visites chez le dentiste. Les orateurs rejoignent-ils la ministre à cet égard? Que pensent-ils en outre du système actuel de contingentering? En outre, comment les hygiénistes bucco-dentaires doivent-ils être financés selon eux? Les traitements peuvent-ils être remboursés automatiquement? Les hygiénistes bucco-dentaires travailleront-ils de la même manière que dans le système néerlandais ou dans un cabinet dentaire?

M. Dirk Janssens (Open Vld) souhaite obtenir quelques précisions au sujet de la commercialisation que M. Hanson a évoquée. Cet orateur a signalé que la commercialisation des soins dentaires a engendré de nombreuses actions en justice. Celles-ci ont-elles un rapport avec un manque de qualité ou concernent-elles la fixation des prix?

Mme Catherine Fonck (cdH) retient des interventions des orateurs invités qu'un organe déontologique doit être créé pour la dentisterie et qu'il faut lutter contre la commercialisation des soins.

De spreekster hecht bijzonder belang aan het dossier van de contingentering. Ze stelt vast dat de situatie van de tandartsen nog erger is dan die van de artsen, gezien bijna 50 % van de RIZIV-nummers voor tandartsen aan in het buitenland opgeleide tandartsen wordt toegekend. De spreekster heeft een wetsvoorstel ingediend dat ertoe strekt om in het buitenland opgeleide artsen op dezelfde manier te laten contingenteren als in België opgeleide artsen, met inachtneming van de Europese regels over het vrij verkeer van diploma's. Indien dat niet gebeurt, heeft de contingentering van in België opgeleide artsen volgens de spreekster geen enkele zin.

Daarnaast denkt de spreekster dat alle artsen die in België werken ten minste één landstaal moeten beheersen. Ten slotte moeten ook de kwaliteit en criteria met betrekking tot de opleiding en stages die de artsen hebben gevolgd duidelijk worden geobjectiveerd.

Zoals reeds werd gesteld, gaat nog steeds één op drie jongeren en kinderen onder de 18 jaar niet regelmatig naar de tandarts, ondanks de positieve maatregelen die voor deze groep werden getroffen. In Brussel gaat het zelfs om bijna 50 % van de kinderen en jongeren. Dit zal op de lange termijn grote gevolgen hebben voor de volledige gezondheidszorg, en zeker voor wat de cardiovasculaire aandoeningen betreft. Maar het is ook een domein waar enorme winsten kunnen worden behaald: indien men erin zal slagen om 100 % van de kinderen en jongeren naar de tandarts te doen gaan, zal dat jaren later enorme besparingen voor de gezondheidszorg opleveren.

Wat ontbreekt er volgens de sprekers om uit de huidige impasse te geraken? Is het een goed idee om de tandartsen zelf naar de kinderen toe te laten gaan? Zouden tandartsen bijvoorbeeld naar de scholen kunnen gaan, eventueel met een bus die de verschillende scholen afgaat? Zijn er andere mogelijkheden? Moeten er partnerschappen worden aangegaan tussen tandartsen en de gemeenten of wijken?

Er werd veel gesproken over de onderfinanciering van de tandzorg. De spreekster wil graag weten hoe het staat met de gesprekken tussen de sector en de regering over de onderfinanciering, buiten het Dentomutualistische Akkoord. Beschikken de genodigde sprekers over een overzicht van hun voorstellen tot wijziging van het financieringsmodel?

Tot slot heeft de spreekster een aantal vragen over het beroep van mondhygiëniste. Het koninklijk besluit van 28 maart 2018 betreffende het beroep van mondhygiëniste roept een aantal vragen op. Hoe zal de uitvoering van het beroep worden georganiseerd? Zullen

L'intervenante accorde une importance particulière au dossier du contingentement. Elle constate que la situation des dentistes est encore pire que celle des médecins, dès lors que près de 50 % des numéros INAMI qui leur sont destinés sont accordés à des dentistes formés à l'étranger. L'intervenante a déposé une proposition de loi visant à faire appliquer un contingentement aux médecins formés à l'étranger selon les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux médecins formés en Belgique, dans le respect des règles européennes relatives à la libre circulation des diplômes. Dans le cas contraire, l'intervenante estime que le contingentement des médecins formés en Belgique n'a aucun sens.

En outre, l'intervenante estime que tous les médecins travaillant en Belgique doivent maîtriser au moins l'une des langues nationales. Enfin, il faut également objectiver clairement la qualité et les critères de la formation et des stages suivis par les médecins.

Comme il a déjà été indiqué précédemment, un jeune de moins de dix-huit ans sur trois ne consulte toujours pas régulièrement un dentiste, malgré les mesures positives prises en leur faveur. À Bruxelles, ce chiffre frôle même les 50 %. À long terme, ce phénomène aura de lourdes conséquences sur l'ensemble des soins de santé, surtout en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires. Or, il s'agit également d'un domaine où des gains considérables peuvent être faits: réussir à faire en sorte que tous les jeunes consultent un dentiste permettra de réaliser ultérieurement des économies colossales en matière de soins de santé.

D'après les orateurs, que manque-t-il pour sortir de l'impasse actuelle? Est-il judicieux de permettre aux dentistes d'approcher eux-mêmes les enfants? Par exemple, les dentistes pourraient-ils se rendre dans les écoles, éventuellement à bord d'un bus desservant les différentes écoles? Existe-t-il d'autres possibilités? Faut-il conclure des partenariats entre les dentistes et les communes ou les quartiers?

On a beaucoup discuté du sous-financement des soins dentaires. L'intervenante demande où en sont les discussions à ce sujet entre le secteur et le gouvernement, en dehors du cadre de l'accord dento-mutualiste. Les orateurs invités disposent-ils d'un relevé de leurs propositions visant à modifier le modèle de financement?

Pour terminer, l'intervenante pose plusieurs questions au sujet de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire. L'arrêté royal du 28 mars 2018 relatif à la profession d'hygiéniste bucco-dentaire suscite des questions. Comment l'exercice de cette profession sera-t-il

de mondhygiënisten volledig autonoom werken in eigen kabinetten? Zullen ze in tandartskabinetten werken? Welk financieringsmodel zal er worden gebruikt? Indien ze autonoom zullen werken, zullen ze dan een eigen nomenclatuur hebben? Zullen ze in loondienst zijn bij een tandarts of zal het een samenwerking zijn tussen twee zelfstandigen, met elk hun eigen nomenclatuur? Wat zal er aan de patiënt worden terugbetaald? Zullen de mondhygiënisten in rusthuizen werken? En ook in dat geval: wie zal hen dan betalen?

Is er, nu het koninklijk besluit is genomen, een budget voorzien voor de mondhygiënisten? Of gaan ze een stuk van het budget voor de tandzorg innemen, terwijl er daar nu reeds sprake is van onderfinanciering? Net als de heer Frédéric vraagt mevrouw Fonck zich af of het inderdaad zo is dat het beroep van mondhygiénist wordt erkend om het tekort aan tandartsen, en de daaruit voortvloeiende lange wachttijden, op te vangen. Waarom is er dan zo'n strenge contingentering van de tandartsen? Als er niet meer tandartsen aan de slag mogen gaan, betekent dat dan niet dat er ook geen extra budget is voor de mondhygiënisten?

De spreekster vraagt zich verder af hoe er zal worden omgegaan met mondhygiënisten die hun opleiding in het buitenland hebben genoten. Er zijn immers grote verschillen tussen de opleidingsniveaus. Voor het beroep van mondhygiénist is er op Europees niveau dan ook geen vereist niveau vastgelegd, zoals voor de andere zorgberoepen. Het is voor de spreekster zeer duidelijk dat er in België agentschappen opduiken die in het buitenland rekruteren. Moet er daar ook geen strijd worden gevoerd? Volgens de spreekster moet er een competentieniveau voor heel Europa worden vastgelegd.

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), is bezorgd over de rekrutering van zorgverleners in het buitenland. De spreekster begrijpt niet waarom de vertegenwoordiger van de tandartsen zegt dat men beter niet te veel mensen kan toelaten tot het beroep, hoewel een groep oudere tandartsen weldra de arbeidsmarkt zal verlaten. Als buitenlanders naar België komen om bepaalde lacunes op te vullen, wil dat toch zeggen dat er vraag is naar meer tandartsen?

Het is volgens de spreekster ook niet aanvaardbaar om de erkenning van een nieuw beroep, zoals mondhygiénist, te rechtvaardigen door het tekort aan tandartsen. Voor haar is het duidelijk dat er in de eerste plaats voldoende tandartsen moeten zijn. Die uitdaging

organisé? Les hygiénistes bucco-dentaires travailleront-ils en toute autonomie dans leur propre cabinet? Travailleront-ils dans des cabinets dentaires? Quel sera le modèle de financement utilisé? S'ils travaillent en toute autonomie, auront-ils leur propre nomenclature? Travailleront-ils en tant que salariés dans un cabinet dentaire ou bien s'agira-t-il d'une collaboration entre deux travailleurs indépendants, chacun disposant de sa propre nomenclature? Quelles seront les prestations remboursées aux patients? Les hygiénistes bucco-dentaires travailleront-ils dans les maisons de repos? De même, par qui seront-ils payés le cas échéant?

Un budget a-t-il été prévu pour les hygiénistes bucco-dentaires, maintenant que l'arrêté royal a été pris? Ou bien les hygiénistes vont-ils absorber une partie du budget prévu pour les soins dentaires, alors que ceux-ci sont actuellement déjà sous-financés? À l'instar de M. Frédéric, Mme Fonck se demande si la reconnaissance de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire vise effectivement à remédier à la pénurie de dentistes et aux longs délais d'attente qui en découlent. Pourquoi les dentistes sont-ils dès lors soumis à un contingentement aussi strict? Si on limite le nombre de dentistes, cela ne signifie-t-il pas qu'il n'existe pas non plus de budget supplémentaire pour les hygiénistes bucco-dentaires?

L'intervenante se demande en outre quel traitement sera réservé aux hygiénistes bucco-dentaires qui auront suivi leur formation à l'étranger. Il existe en effet de grandes différences entre les niveaux de formation. Aucun niveau requis n'a été fixé au niveau européen pour la profession d'hygiéniste bucco-dentaire, comme c'est le cas pour les autres professions des soins de santé. Pour l'intervenante, il est très clair que l'on voit apparaître en Belgique des agences qui recrutent à l'étranger. Ne faudrait-il pas aussi lutter contre ce phénomène? Selon l'intervenante, il convient de fixer un niveau de compétence pour toute l'Europe.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), est préoccupée par le recrutement de prestataires de soins à l'étranger. L'intervenante ne comprend pas pourquoi le représentant des dentistes affirme qu'il est préférable de ne pas autoriser un trop grand nombre de personnes à exercer ce métier, alors qu'un groupe de dentistes âgés va bientôt quitter le marché du travail. Si des étrangers viennent en Belgique pour combler certaines pénuries, cela indique tout de même que l'on a besoin d'un plus grand nombre de dentistes.

Selon l'intervenante, il est également inacceptable de justifier la reconnaissance d'une nouvelle profession, telle que celle d'hygiéniste bucco-dentaire, en invoquant la pénurie de dentistes. Pour elle, il est clair qu'il faut en premier lieu qu'il y ait un nombre suffisant de dentistes.

zal nog groter worden wanneer de parlementsleden in hun opzet slagen en meer mensen regelmatig naar de tandarts zullen gaan.

De spreekster heeft begrepen dat er bij de professionals de wil is om taken te delegeren aan zorgverleners met een lager opleidingsniveau. Ze begrijpt niet waarom men dan gekant is tegen de erkenning van de denturisten. Op dit moment werken tandartsen en technici samen aan prothesen, de eerste werkt in de mond van de patiënt en de andere niet. Er bestaat echter een groep mensen, zoals gehandicapten of mensen in de geestelijke gezondheidszorg, die niet snel naar de tandarts gaan en waarbij het moeilijk is om in de mond te gaan. Het kan gebeuren dat voor die mensen de prothese meermalen moet worden aangepast en de tandarts heen en weer moet gaan en de prothese moet laten aanpassen door een technicus. Is het dan niet beter dat iemand die tegelijk een technische en klinische opleiding heeft genoten het volledige werk op zich neemt? Zo zouden de denturisten complementair kunnen zijn aan de tandartsen en technici.

C. Antwoorden

Mevrouw Patricia Claessens (Arteveldehogeschool) geeft aan dat het tekort aan tandartsen niet het enige argument kan zijn voor de erkenning van de mondhygiënisten. De Arteveldehogeschool is ervan overtuigd dat de mondhygiënisten een echte meerwaarde kunnen bieden in het preventieve luik van de tandzorg. Ze kunnen de drempel naar de tandzorg ook verlagen voor kinderen en jongeren: nu reeds lopen er projecten waarbij studenten naar lagere scholen en naar de gehandicaptaffector gaan en er bijvoorbeeld poetsinstructies geven.

Wat de financiering van het beroep betreft, deelt de spreekster de bezorgdheid van de leden. Momenteel is namelijk enkel het beroepsprofiel klaar. Zoals de spreekster reeds stelde in haar inleidende uiteenzetting, moet er heel snel duidelijkheid komen over de financiering van het beroep, zodat de omzetting naar de praktijk goed kan worden voorbereid.

Verder sluit de spreekster zich aan bij de vraag naar een Europese richtlijn betreffende het opleidingsniveau, dat volgens haar een bachelorniveau moet zijn. Ze wenst echter wel de bezorgdheid over de instroom van buitenlandse mondhygiënisten een beetje weg te nemen en geeft aan dat alle buitenlandse mondhygiënisten een gelijkstelling van hun diploma moeten vragen bij het

Le défi à relever sera encore plus important si les parlementaires parviennent à faire en sorte que davantage de personnes aillent régulièrement chez le dentiste.

L'intervenante a compris que les professionnels souhaitent déléguer certaines tâches à des prestataires de soins moins qualifiés. Elle ne comprend pas pourquoi on refuse dès lors de reconnaître les denturistes. Actuellement, les dentistes et les techniciens travaillent ensemble à la réalisation de prothèses, l'un dans la bouche du patient, l'autre pas. Il existe toutefois une catégorie de personnes, telles que les personnes handicapées ou les patients en soins de santé mentale qui ne se rendent pas facilement chez le dentiste et chez lesquelles il est difficile de pratiquer des soins buccaux. Il peut arriver, chez ces patients, que la prothèse doive être ajustée plusieurs fois et que le dentiste doive se déplacer à plusieurs reprises et faire ajuster la prothèse plusieurs fois par un technicien. Ne serait-il pas préférable de confier l'ensemble du travail à une personne qui a suivi une formation à la fois technique et clinique? Les denturistes pourraient être complémentaires par rapport aux dentistes et aux techniciens.

C. Réponses

Mme Patricia Claessens (Arteveldehogeschool) indique que la pénurie de dentistes ne peut être le seul argument en faveur de la reconnaissance des hygiénistes bucco-dentaires. Elle explique que la direction de l'*Arteveldehogeschool* est convaincue que les hygiénistes bucco-dentaires peuvent apporter une vraie valeur ajoutée au volet préventif des soins dentaires. Ils peuvent également abaisser le seuil d'accès aux soins dentaires pour les enfants et les jeunes: il existe d'ailleurs déjà des projets où des étudiants se rendent dans les écoles primaires et dans les associations qui travaillent avec des personnes handicapées pour y donner par exemple des conseils sur le brossage des dents.

En ce qui concerne le financement de la profession, l'oratrice partage les inquiétudes des membres. Pour l'heure, en effet, seul le profil de la profession est prêt. Comme elle l'indiquait déjà dans son exposé introductif, l'oratrice estime qu'il faut faire très rapidement la lumière sur la question du financement de la profession, de manière à pouvoir préparer correctement le passage à la pratique.

Par ailleurs, l'oratrice demande elle aussi l'élaboration d'une directive européenne concernant le niveau de la formation, qui devrait, selon elle, relever du bachelier. Elle souhaite en revanche atténuer quelque peu les craintes concernant un éventuel afflux d'hygiénistes bucco-dentaires étrangers, indiquant que tous les hygiénistes bucco-dentaires étrangers devront

NARIC-centrum. Dat levert echter nog geen voldoende buffer op tegen mistoestanden.

De heer Michel Devriese (Société de Médecine dentaire) verduidelijkt eerst dat er geen overvloed en ook geen tekort aan tandartsen in België is, maar vooral een erg slechte spreiding over het grondgebied. Daarvan is vooral Wallonië het slachtoffer en meer in het bijzonder het zuiden van de provincies Henegouwen, Namen en Luxemburg. Brusselse en Waals-Brabantse stagiair-tandartsen hebben dan weer niet altijd genoeg werk. De SMD sensibiliseert het Waals Gewest over de problematiek.

Meerdere sprekers verwezen naar het interview met de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waarin zij beweerde dat de mondhygiënisten erkend worden omdat het probleem van de lange wachttijden zo kan worden opgelost. De spreker wenst dit met klem tegen te spreken. De erkenning van het beroep van mondhygiénist wordt reeds sinds 15 jaar gevraagd door de tandzorgsector en kadert binnen de evolutie van een curatief gezondheidsbeleid naar een beleid dat inzet op preventie. De mondhygiënisten zullen een groot deel van die preventieve handelingen in de tandzorg uitvoeren. Deze evolutie gaat in de richting van de situatie die men in Canada kent, waar men evenveel mondhygiënisten als tandartsen heeft. De mondhygiënisten zullen bovendien ook noden moeten vervullen die nu nog niet worden vervuld.

Vervolgens gaat de heer Devriese in op de vragen over de planning en de Planningscommissie, waarvan hij zelf lid is. De opdracht van deze Commissie is doelstellingen vast te leggen om te kunnen beantwoorden aan noden in de toekomst, zodat er voldoende gezondheidszorgprofessionals kunnen worden gevormd. Quota voor de opleidingen maken deel uit van dat planningswerk. Ze zijn noodzakelijk omdat de tandartsopleiding een zeer technische opleiding is, met een doorgedreven preklinische training, waarvoor zeer veel technisch materiaal nodig is. Momenteel is het in Franstalig België zo dat er te veel studenten zijn in verhouding tot het beschikbare oefenmateriaal. Een realistisch planningsbeleid moet rekening houden met de beperkte opleidingscapaciteit.

In verband met het derdebetalersysteem merkt de spreker op dat elke tandarts de mogelijkheid heeft om het derdebetalersysteem in te voeren. De mutualiteiten wachten echter soms tot drie maanden met de betaling, wat problematisch is. Verder is de spreker van mening

demandeer l'équivalence de leur diplôme auprès d'un centre NARIC. Cette procédure ne constitue toutefois pas un rempart suffisant contre les abus.

M. Michel Devriese (Société de Médecine dentaire) explique tout d'abord qu'en Belgique, il n'y a ni pléthore, ni pénurie de dentistes, mais que le problème réside dans leur répartition, qui est très inégale. C'est surtout la Wallonie qui pâtit de cette situation, plus particulièrement le sud des provinces du Hainaut, de Namur et du Luxembourg. Par contre, à Bruxelles et en Brabant wallon, les stagiaires en dentisterie n'ont pas toujours assez de travail. La SMD tente de sensibiliser la Région Wallonne à ce problème.

Plusieurs orateurs ont évoqué l'interview de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, dans laquelle elle affirmait que la raison pour laquelle les hygiénistes bucco-dentaires sont reconnus est que cela permettra de résoudre le problème des longues files d'attente. M. Devriese s'inscrit totalement en faux contre cette affirmation. La reconnaissance du métier d'hygiéniste bucco-dentaire est déjà réclamée depuis 15 ans par le secteur des soins dentaires, et elle s'inscrit dans le cadre de l'évolution d'une politique de santé de type curatif vers une approche qui mise sur la prévention. Les hygiénistes bucco-dentaires accompliront une large part des actes préventifs en matière de soins dentaires. Cette évolution va nous rapprocher de la situation qui prévaut au Canada, où il y a autant d'hygiénistes bucco-dentaires que de dentistes. De plus, les hygiénistes bucco-dentaires répondront à d'autres besoins auxquels il n'est pas encore satisfait à l'heure actuelle.

M. Devriese répond ensuite aux questions relatives à la planification et à la commission de planification, dont il est lui-même membre. La mission de cette commission consiste à fixer des objectifs répondant aux besoins futurs, afin qu'un nombre suffisant de professionnels de la santé puissent suivre une formation. L'établissement de quotas pour les formations fait partie de ce travail de planification. Ces quotas sont indispensables dans la mesure où la formation de dentiste est très technique et comprend un enseignement préclinique poussé, nécessitant une grande quantité de matériel technique. À l'heure actuelle, la Belgique francophone compte un nombre trop élevé d'étudiants par rapport au matériel didactique disponible. Une politique de planification réaliste doit tenir compte des limites de la capacité de formation.

En ce qui concerne le système du tiers-payant, l'orateur fait observer que chaque dentiste a la possibilité d'appliquer le système du tiers-payant. Les mutualités attendent toutefois parfois jusqu'à trois mois pour effectuer les paiements, ce qui pose problème. L'orateur

dat de tandartsen momenteel zeer vooruitstrevend zijn op het vlak van e-Health. In april 2018 werd de elektronische facturatielid Dienst eFact ingevoerd. Deze tool zal de toegang tot het derdebetalersysteem zeker vergemakkelijken voor de zorgverleners. Terugbetalingssystemen moeten immers ook werkbaar zijn voor de zorgverleners en niet alleen voor de patiënten.

Wat de vermarkting betreft, heeft de spreker zelf kunnen vaststellen dat zich in bepaalde esthetische klinieken verschrikkelijke praktijken afspeLEN. Vaak waren daar buitenlandse zorgverstrekkers bij betrokken. Het ging dan bijvoorbeeld om Franse zorgverstrekkers die in België ambulante zorg kwamen verlenen en 's avonds terug over de grens trokken. Dat zijn onaanvaardbare toestanden, waartegen de medische commissies zich helaas niet voldoende kunnen wapenen. Daarom is het volgens de spreker absoluut noodzakelijk dat er een Orde van Tandartsen wordt opgericht, of in ieder geval een orgaan dat dit soort praktijken kan verbieden.

Eén van de oorzaken van het probleem is dat de WUG de nadruk legt op de individuele zorgverstrekker en niet op de structuur waarbinnen hij werkt. Het eigendom van tandartskabinetten en esthetische klinieken is echter niet voorbehouden aan tandartsen. Het is goed mogelijk dat er een investeerder aan het hoofd staat van een dergelijk kabinet, terwijl dat voor andere types artsen niet mogelijk is. Er moet in de wet dus meer aandacht zijn voor de structuur en de organisatie van de samenwerkingsvorm waarbinnen de tandarts of mondhygiënist werkt.

Met betrekking tot het thema van de gratis tandzorg, merkt de spreker op dat inderdaad nog ongeveer 30 % van de kinderen en jongeren niet naar de tandarts gaat. Het is ook waar dat de cijfers in Brussel minder goed zijn, wat zorgwekkend is. In tegenstelling tot de andere gewesten, waar er een duidelijke verbetering is vastgesteld, kent men in Brussel net een terugval van het aantal tandartsbezoeken. Er wordt getracht het probleem te verhelpen door middel van preventiecampagnes en door de aanwezigheid van tandzorg in crèches en scholen en op de consultaties van het *Office de la Naissance et de l'Enfance*. De nadruk ligt daarop vroegtijdige opsporing en preventie, want de uiteindelijke tandzorg gebeurt nog steeds in het tandartskabinet.

Tot slot bespreekt de heer Devriese de financiering van de mondhygiënisten. Hij is van mening dat het budget voor de tandzorg inderdaad onder druk staat. Dat is ook het gevolg van een RIZIV-beleid dat gericht is op het stimuleren van tandartsenbezoeken, onder

considère par ailleurs que les dentistes sont actuellement très en pointe sur le plan de l'e-Health. Le service de facturation électronique eFact a été instauré en avril 2018. Cet outil facilitera sans aucun doute l'accès au système du tiers-payant pour les prestataires de soins. Les systèmes de remboursement doivent en effet être également fonctionnels pour les praticiens, et pas uniquement pour les patients.

En ce qui concerne la marchandisation, l'orateur a pu constater personnellement les pratiques révoltantes en cours dans certaines cliniques esthétiques, qui impliquent souvent des praticiens étrangers. Il s'agissait par exemple de prestataires de soins français qui se rendaient en Belgique pour y dispenser des soins ambulatoires, avant de repasser la frontière en fin de journée. Ce sont des situations inacceptables, face auxquelles les commissions médicales ne sont malheureusement pas suffisamment armées. Pour l'orateur, il est donc absolument indispensable de mettre sur pied un Ordre des dentistes ou, à tout le moins, un organe capable de mettre fin à ce type de pratiques.

L'une des causes du problème est que la LEPSS met l'accent sur le prestataire de soins individuel et non sur la structure au sein de laquelle il opère. La propriété des cabinets dentaires et des cliniques esthétiques n'est cependant pas réservée aux dentistes. Il est tout à fait possible qu'un investisseur soit à la tête d'un cabinet de ce type, ce qui n'est pas possible pour d'autres catégories médicales. La loi doit donc accorder davantage d'attention à la structure et à l'organisation de la forme de collaboration au sein de laquelle fonctionne le dentiste ou l'hygiéniste dentaire.

En ce qui concerne la gratuité des soins dentaires, l'orateur fait observer que près de 30 % des enfants et des jeunes ne se rendent en effet toujours pas chez le dentiste. Il est aussi exact – et c'est inquiétant – que les chiffres sont moins bons à Bruxelles. À l'inverse des autres régions, où l'on observe une nette amélioration, à Bruxelles, c'est précisément un recul du nombre de visites chez le dentiste que l'on constate. On tente de remédier au problème par le biais de campagnes de sensibilisation et par l'offre de soins dentaires dans les crèches et les écoles et aux consultations de l'*Office de la Naissance et de l'Enfance*. L'accent est mis sur la détection précoce et la prévention, les soins dentaires proprement dits étant toujours effectués dans un cabinet dentaire.

Enfin, M. Devriese s'intéresse au financement des hygiénistes dentaires. Il estime que le budget alloué aux soins dentaires est effectivement sous pression. Cela s'explique également par la politique de l'*INAMI*, qui vise à encourager les visites chez le dentiste, notamment en

andere door het aanbieden van gratis mondzorg. Daarbij worden gezondheidsdoelstellingen vastgelegd, in plaats van budgettaire doelstellingen. Men moet zich wel afvragen wat er zal gebeuren indien de consumptie aanzienlijk toeneemt en wie de gevolgen zal dragen. Het zou immers jammer zijn indien de gemaakte beleidskeuzes negatieve gevolgen zouden hebben voor de tandzorgsector.

De heer Claude Croonen (UBDD) denkt dat de denturisten bestaan omdat ze een reële nood vervullen. Een grote groep patiënten keert na de plaatsing van de prothese niet meer terug naar de tandarts. Voor die mensen moet er dus een andere oplossing vorhanden zijn.

Men stelt ook vast dat jonge tandartsen in beide landsdelen hun patiënten soms rechtstreeks naar de technicus sturen voor de prothese. Volgens de spreker is dat niet verwonderlijk, als men weet dat jonge tandartsen niet meer voldoende opgeleid worden om met prothesen te werken.

Bovendien hebben patiënten die een prothese laten plaatsen vaak extra begeleiding nodig. Ze zijn vaak bang voor de ingreep en moeten worden gerustgesteld. In tegenstelling tot de tandartsen, kunnen denturisten daar nog tijd voor maken.

Er doen zich ook specifieke problemen voor wanneer het werk, het opnemen van de maten enerzijds en het technische werk anderzijds, tussen twee personen moet worden verdeeld. Denturisten zijn van opleiding reeds technici en de specifieke opleiding tot denturist maakt het hen mogelijk om ook in de mond van de patiënt te werken. De beroepsvereniging voor de denturisten sprak reeds met enkele hogescholen over de mogelijkheid om een bacheloropleiding op te richten. Het is echter niet eenvoudig om dit in de hogescholen te organiseren: er is immers veel materiaal nodig, docenten met de juiste *knowhow*, enzovoort.

Tot slot wil de heer Croonen nog reageren op de bewering dat denturisten "weinig ervaring" zouden hebben. De opleiding tot denturist staat enkel open voor gediplomeerde dentaaltechnici die reeds beroepservaring hebben opgedaan. Het gaat dus om mensen die reeds minimum 6 000 uur ervaring hebben in de vervaardiging van prothesen. Tegen het einde van de opleiding tot denturist, hebben de studenten vaak reeds 12 000 uur ervaring.

De heer Matthias Luypaert (UBDD) denkt dat de denturisten vooral op sociaal vlak een verschil kunnen maken. Een bezoek aan de denturist is laagdrempeliger dan een tandartsbezoek. Bovendien willen de denturisten

proposant la gratuité des soins dentaires. Ce sont ainsi des objectifs sanitaires qui sont fixés, au lieu d'objectifs budgétaires. Force est toutefois de se demander ce qu'il adviendra en cas d'augmentation sensible de la consommation et qui en supportera les conséquences. Il serait regrettable en effet que les choix politiques opérés aient des répercussions négatives pour le secteur des soins dentaires.

M. Claude Croonen (UBDD) estime que les denturistes existent parce qu'ils répondent à un réel besoin. Après le placement d'une prothèse, un groupe important de patients ne retournent pas chez le dentiste. Une autre solution doit donc être disponible pour ces personnes.

On constate également que, dans les deux régions du pays, de jeunes dentistes orientent d'emblée leurs patients vers le technicien pour la prothèse. Cela n'a rien d'étonnant, selon l'orateur, lorsqu'on sait que les jeunes dentistes ne reçoivent plus une formation suffisante pour travailler avec des prostheses.

En outre, les patients qui font placer une prothèse ont souvent besoin d'un accompagnement supplémentaire. Il est fréquent que les patients craignent l'intervention et doivent être rassurés. À l'inverse des dentistes, les denturistes peuvent encore leur consacrer du temps.

Certains problèmes spécifiques se posent également lorsque le travail, la prise des mesures d'une part et le travail technique d'autre part, doit être réparti entre deux personnes. Les denturistes sont déjà des techniciens de formation et la formation spécifique de denturiste leur permet de travailler également dans la bouche du patient. L'association professionnelle des denturistes a déjà discuté avec plusieurs hautes écoles concernant la possibilité de créer un bachelier en denturologie. Il n'est toutefois pas simple d'organiser une telle formation en haute école: de nombreux outils et équipements sont nécessaires, il convient de trouver des professeurs avec les connaissances adéquates, etc.

Enfin, M. Croonen souhaite réagir à l'affirmation selon laquelle les denturistes auraient "peu d'expérience". La formation de denturiste n'est accessible qu'aux prothésistes dentaires diplômés qui ont déjà une certaine expérience professionnelle. Il s'agit donc de personnes qui ont déjà au moins 6 000 heures d'expérience dans la confection de prostheses. À la fin de leur formation de denturiste, les étudiants ont souvent déjà 12 000 heures d'expérience.

M. Matthias Luypaert (UBDD) estime que les denturistes peuvent surtout faire la différence sur le plan social. Une visite chez le denturiste est plus accessible qu'une visite chez le dentiste. En outre, les denturistes

werken aan conventietarieven, het liefst zelfs met een derdebetalerssysteem. Een groot deel van het cliënteel van de denturisten bestaat uit minderbedeelden, die het bedrag voor de prothese niet kunnen voorschieten.

De denturisten zouden de leeftijdsgrens van 50 jaar voor de terugbetaling van prothesen ook graag naar beneden zien gaan. Het hebben van een onvolledig gebit heeft immers grote gevolgen op sociaal vlak. Zo is het bijvoorbeeld niet evident om werk te vinden als men een onvolledig gebit heeft.

De heer Luypaert is van mening dat de meeste door de Raad van de Tandheelkunde aangehaalde argumenten tegen de erkenning van de denturisten gemakkelijk te weerleggen zijn. Zo denkt hij dat de erkenning van het beroep van denturist geen negatieve gevolgen zou hebben voor de tandartsen. In Engeland kwamen er sinds de invoering van het beroep van denturist net meer nieuwe tandartsen dan ooit bij. Daarnaast kunnen de mogelijke verliezen worden gecompenseerd wanneer denturisten hun patiënten terugverwijzen naar de tandartsen.

Het klopt volgens de spreker ook niet dat het tekort aan tandartsen subjectief is. Hij denkt dat de Raad van de Tandheelkunde alleen staat met die mening.

Tot slot meldt de spreker nog dat vele internationale studies aantonen dat patiënten tevredener zijn bij de denturist dan bij de tandarts.

In het licht van al het voorgaande, stelt de heer Luypaert aan de parlementsleden voor om de situatie in buurland Nederland, waar denturisten legaal aan het werk zijn, te bestuderen en vervolgens te beslissen of een erkenning van het beroep in België zin heeft.

De heer Dirk Mennen (UDB) geeft aan dat de dentaaltechnici de partner van de tandartsen willen zijn. De technici krijgen dagelijks patiënten doorverwezen via de tandarts om een aantal handelingen uit te voeren, maar wensen niet rechtstreeks met de patiënten te werken. De tandarts blijft de eindverantwoordelijke voor het werk en de technicus heeft een ondersteunende functie.

De heer Stefaan Hanson (VVT) vindt het jammer dat een groot deel van het debat wordt gewijd aan datgene wat men moet voorkomen, namelijk het gebruik van de uitneembare prothese. De spreker vindt het ook jammer dat de tandartsen vrij zware beschuldigingen moeten aanhoren, namelijk dat ze niet voldoende opgeleid zouden zijn, niet sociaalvoelend zouden zijn of zelfs geldmachines zouden zijn.

souhaitent travailler à des tarifs conventionnés, de préférence avec un régime de tiers-payant. Une grande partie de la clientèle des denturistes est en effet composée de personnes défavorisées qui ne peuvent pas avancer le montant de la prothèse.

Les denturistes souhaiteraient également que la limite d'âge pour le remboursement des prothèses, qui est actuellement fixée à 50 ans, soit abaissée. En effet, le fait d'avoir une dentition incomplète a de lourdes conséquences sur le plan social. Il n'est par exemple pas évident de trouver un emploi lorsqu'on a une dentition incomplète.

M. Luypaert estime qu'il est aisément de réfuter la plupart des arguments avancés par le Conseil de l'art dentaire contre la reconnaissance des denturistes. Il estime ainsi que la reconnaissance de la profession de denturiste n'aura aucun effet négatif pour les dentistes. Ainsi, depuis l'introduction de la profession de denturiste en Angleterre, le nombre de nouveaux dentistes a augmenté comme jamais auparavant. En outre, les éventuelles pertes peuvent être compensées par le fait que les denturistes peuvent renvoyer leurs patients vers un dentiste.

L'orateur conteste par ailleurs que la pénurie de dentistes soit une donnée subjective. Il estime que le Conseil de l'Art dentaire est le seul à avoir cette opinion.

Enfin, l'orateur ajoute encore que de nombreuses études internationales prouvent que les patients sont plus satisfaits de leur denturiste que de leur dentiste.

À la lumière de ce qui précède, M. Luypaert propose aux parlementaires d'étudier la situation aux Pays-Bas, où les denturistes travaillent légalement, et de décider ensuite si une reconnaissance de la profession s'indique en Belgique.

M. Dirk Mennen (UDB) précise que les techniciens dentaires souhaitent être les partenaires des dentistes. Chaque jour, les dentistes renvoient des patients vers des techniciens afin de poser une série d'actes, mais ces derniers ne souhaitent pas travailler directement avec les patients. Le dentiste reste le responsable final des soins et le technicien a une fonction d'appui.

Pour *M. Stefaan Hanson (VVT)*, il est regrettable qu'une grande partie du débat se focalise sur ce qu'il faut éviter, à savoir l'utilisation de la prothèse amovible. L'orateur déplore également les accusations relativement graves proférées contre les dentistes, à savoir qu'ils ne seraient pas suffisamment formés, qu'ils manquaient de fibre sociale ou même qu'ils s'apparentent à des machines à sous.

Het thema van de toegankelijkheid van de tandzorg is voor de spreker het belangrijkste thema in het gevoerde debat. Er werd gevraagd of de tandartsen voorstellen hebben om de toegankelijkheid te verbeteren. Volgens de spreker situeert het probleem zich bij twee categorieën van personen, namelijk bij kansarmen en bij fragiele ouderen. België scoort op internationaal niveau laag wat de toegankelijkheid voor deze twee groepen betreft.

De eerste pijler van een beleid dat de toegankelijkheid verbetert is de opvoeding, en in het bijzonder het sensibiliseren over het belang van mondhygiëne en gezonde voeding. Daarbij zullen de mondhygiënisten een belangrijke rol kunnen spelen. De spreker denkt dat er vooral veel meer moet worden gesensibiliseerd in de basis- en middelbare scholen. De VVT startte ook campagnes in sportclubs, en met succes. Trainers in sportclubs hebben namelijk vaak meer vat op jongeren dan ouders of leerkrachten. Zij krijgen een preventieopleiding en kunnen jongeren echt aanzetten om naar de tandarts te gaan.

Er werd, in het kader van een pilootproject, onderzocht waarom fragiele ouderen niet naar de tandarts gaan. Tot grote verwondering van de tandartsen, kwam de financiële drempel pas op de derde plaats van de geciteerde obstakels. De eerste drempel blijkt het gebrek aan motivatie te zijn. Wanneer ouderen het gevoel hebben dat ze geen probleem hebben, zijn ze simpelweg niet gemotiveerd om op tandartsbezoek te gaan. Hoewel het nog niet werd onderzocht, vermoedt de spreker dat hetzelfde probleem speelt bij de kinderen en jongeren. Een tweede reden dat ouderen niet naar de tandartsen gaan, is de reden "ik ga niet graag naar de tandarts".

De VVT is momenteel ook bezig met het pilootproject Tandem, waarbij tandartsen naar kansarmen toe gaan en ze ter plaatse verzorgen. De bedoeling van het project is te weten te komen wat de werkelijk remmen zijn en wat de oplossingen zijn om mensen in kansarmoede betere tandzorg te kunnen bieden.

Over de derdebetalersregeling hebben de tandartsen ook reeds gediscussieerd. Er is echter een probleem met "creatief" gebruik van de regeling en uit studies blijkt dat er een budgetverhoging van 30 à 40 % nodig zou zijn indien men de regeling zou veralgemenen. Wat wel al zeer lang door tandartsen aan patiënten wordt voorgesteld, is het alternatief van de uitgestelde betaling.

Le thème de l'accessibilité des soins dentaires est, pour l'orateur, le thème principal du débat en cours. Il a été demandé aux dentistes s'ils avaient des propositions pour améliorer l'accessibilité. M. Hanson considère que le problème concerne deux catégories de personnes, à savoir les personnes très défavorisées et les personnes âgées précarisées. Au niveau international, la Belgique réalise de piétres résultats en ce qui concerne l'accessibilité pour ces deux groupes.

Le premier pilier d'une politique visant à améliorer l'accessibilité est l'éducation, et en particulier la sensibilisation à l'importance de l'hygiène dentaire et d'une alimentation saine. Dans ce cadre, les hygiénistes dentaires pourront jouer un rôle important. D'après l'orateur, c'est surtout dans l'enseignement primaire et secondaire qu'il faut accroître fortement la sensibilisation. Le VVT a également lancé des campagnes dans les clubs sportifs, avec succès. Les entraîneurs des clubs sportifs ont en effet souvent davantage de prise sur les jeunes que les parents ou les enseignants. Ils reçoivent une formation dans le domaine de la prévention et peuvent véritablement inciter les jeunes à se rendre chez le dentiste.

Dans le cadre d'un projet-pilote, on a cherché à savoir pourquoi les personnes âgées fragiles ne consultaient pas de dentiste. À la stupéfaction des dentistes, l'obstacle financier n'est arrivé qu'en troisième position des obstacles cités, l'obstacle principal étant le manque de motivation. Lorsque les personnes âgées ont le sentiment de n'avoir aucun problème, elles n'ont tout simplement pas la motivation de consulter un dentiste. Même si cette question n'a pas encore été étudiée, l'orateur présume qu'il en va de même pour les jeunes. "Ne pas aimer aller chez le dentiste" est la deuxième raison avancée par les personnes âgées.

À l'heure actuelle, la VVT mène aussi le projet-pilote Tandem, dans le cadre duquel des dentistes se rendent auprès de personnes défavorisées pour les soigner sur place. L'objectif de ce projet est d'identifier les obstacles réels et de trouver des solutions afin d'offrir des soins dentaires de meilleure qualité aux personnes défavorisées.

Les dentistes se sont aussi déjà penchés sur la question du régime du tiers-payant. L'utilisation "créative" de ce régime est toutefois problématique et des études montrent qu'une généralisation de ce régime nécessiterait une augmentation budgétaire de 30 à 40 %. Toutefois, les dentistes proposent depuis déjà très longtemps aux patients le paiement différé comme solution alternative.

Er werd gevraagd waarom er zo veel tandartsen niet-conventioneerd zijn. De spreker wenst erop te wijzen dat niet-conventioneerd niet betekent dat men "niet sociaal" is. Uit enquêtes onder de leden van de VVT is gebleken dat van de niet-conventioneerde leden, slechts 15 % meer dan 10 % meer dan het conventietarief vraagt. Zeer veel leden vragen slechts een aantal euro meer.

Het is soms nodig om met hogere tarieven te werken, omdat de tandartsen binnen de conventie heel wat nieuwe producten en apparatuur niet kunnen aanschaffen. Dat is ook de reden waarom tandartsen in bepaalde omstandigheden wel en in andere niet aan het conventietarief werken. Het VVT is bovendien al drie jaar aan het onderhandelen met het RIZIV om het conveniencesysteem aan te passen, met het oog op meer vrijheid voor de tandartsen, maar ook meer tariefzekerheid voor de patiënt.

Een andere reden waarom er nu meer gedeconventioneerde tandartsen zijn, is dat praktijken die door investeerders worden opgekocht tandartsen verplichten om te deconventioneren. Dat doen ze omdat ze zogezegd "meer kwaliteit" willen bieden. In andere landen stelt men echter vast dat wanneer zulke praktijken met een tekort aan patiënten te maken krijgen, de tarieven drastisch omlaag gaan en ook de kwaliteit met rasse schreden achteruitgaat. Dit soort praktijken kunnen enorm veel schade aanrichten.

Daarom hameren de tandartsen erop om de regels voor de beroepsuitoefening van de geneeskunde ook afdwingbaar te maken voor niet-medici die een praktijk houden.

De heer Hanson gaat ook in op de financiering van de tandheelkunde. De tandzorg krijgt 3 % van het volledige RIZIV-budget. Dat is laag, en daarom spreken de tandartsen van een structurele onderfinanciering. Omdat de middelen beperkt zijn, wordt de bevolking onderverdeeld in leeftijdscategorieën en kunnen leeftijdsgrenzen voor terugbetaling niet zomaar worden verlaagd. Die keuzes zijn niet sociaal gemotiveerd, maar zijn noodzakelijk om binnen het budget te blijven.

De nieuwe beroepsgroep van de mondhygiënisten komt er omdat er een reële nood aan is en niet om een tekort aan tandartsen op te vangen. Volgens de spreker had de erkenning van de mondhygiënisten al eerder mogen gebeuren. Er was in de jaren negentig echter een overtal aan tandartsen, die bij de start vaak te weinig

Des membres se demandent pourquoi le nombre de dentistes non conventionnés est si élevé. L'orateur souhaite souligner que non conventionné n'est pas synonyme d'antisocial. D'après des enquêtes menées auprès des membres de la VVT, seuls 15 % des membres non conventionnés appliquent un tarif excédant de plus de 10 % le tarif conventionné. De très nombreux membres appliquent uniquement un tarif quelque peu supérieur au tarif conventionné.

Il est parfois nécessaire d'appliquer des tarifs plus élevés, car, dans le cadre de la convention, les dentistes ne sont pas en mesure d'acheter de très nombreux nouveaux produits et appareils. C'est également la raison pour laquelle les dentistes appliquent le tarif conventionné dans certains cas et ne l'appliquent pas dans d'autres. En outre, la VVT négocie depuis déjà trois ans avec l'INAMI afin de modifier le système de convention, en vue d'offrir davantage de liberté aux dentistes, mais aussi davantage de sécurité tarifaire aux patients.

Si les dentistes déconventionnés sont actuellement plus nombreux, c'est également que les cabinets rachetés par des investisseurs obligent les dentistes à se déconventionner. Ils procèdent ainsi parce qu'ils souhaitent offrir un service d'une qualité soi-disant "supérieure". On constate cependant dans d'autres pays que lorsque ces cabinets viennent à manquer de patients, les tarifs plongent et la qualité recule, elle aussi, rapidement. Les cabinets de ce type peuvent causer énormément de dommages.

Aussi les dentistes insistent-ils afin que les règles applicables à l'exercice professionnel de la médecine soient également imposées aux acteurs non "médicaux" qui exploitent un cabinet.

M. Hanson s'attarde également sur le financement de la dentisterie. Les soins dentaires reçoivent 3 % de l'ensemble du budget de l'INAMI. C'est peu, raison pour laquelle les dentistes parlent d'un sous-financement structurel. Les moyens étant limités, la population est répartie en catégories d'âge et les limites d'âge pour les remboursements ne peuvent être purement et simplement abaissées. Ces choix ne sont pas dictés par des considérations sociales, mais ils sont indispensables pour respecter les contraintes budgétaires.

Le nouveau groupe professionnel des hygiénistes dentaires est créé, non pour compenser une pénurie de dentistes, mais parce qu'il répond à un réel besoin. L'orateur estime que les hygiénistes dentaires auraient déjà pu être reconnus plus tôt. Dans les années nonante, il y avait cependant un excédent de dentistes, qui

patiënten hadden. Zij hadden de mogelijkheid niet om assistenten of hygiënisten aan te werven.

De spreker denkt aan een aantal mogelijke plaatsen waar mondhygiënisten ook kunnen worden tewerkgesteld. Ze zullen een ondersteunende rol kunnen spelen in de scholen. Verder kunnen ze ook een meerwaarde hebben bij *Kind & Gezin* en de *Centres de la petite enfance* en ook in de rust- en verzorgingstehuizen. Daarnaast is er nog de vraag of de hygiënisten in de tandartspraktijken in loondienst zullen werken of als zelfstandige. Hoe dan ook zal er een bijkomend budget voor mondhygiënisten nodig zijn.

Mevrouw Aurélie Somer (FOD Volksgezondheid) denkt dat de grootste uitdaging voor het directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer zal zijn om de wetgeving aan te passen om de mondhygiënisten in de verschillende adviesorganen op te nemen en de uitreiking van visa voor 2019 voor te bereiden. Momenteel wacht de administratie op het einde van de politieke onderhandelingen, om de wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg te kunnen publiceren en uit te voeren. Die wet zou een oplossing kunnen bieden voor bepaalde eerder aangehaalde problemen.

De spreekster geeft aan dat, indien de politieke wil er is, het mogelijk is om de contingentering toe te passen op de buitenlandse zorgverleners. De analisten beschikken over de cijfergegevens. In het huidige wiskundige planningsmodel zijn immers reeds de verschillende stromen van buitenlandse tandartsen (studenten, gediplomeerden die zich aan het specialiseren zijn en professionals) opgenomen.

Wat de mobiliteit van buitenlandse mondhygiënisten en de kwaliteit van hun opleiding betreft, wijst de spreekster erop dat er in de planningswerken voor de tandartsen reeds rekening is gehouden met de verwachte stromen van hygiënisten. De erkenning van Europese diploma's is sinds juli 2014 echter een bevoegdheid van de gemeenschappen geworden. De spreekster merkt op dat België, door het beroep van mondhygiënist te erkennen, heeft voorkomen dat het gedeeltelijke toegang moet verlenen aan in het buitenland opgeleide hygiënisten en dat het op die manier toegang tot de tandheelkunde moet verlenen aan niet-tandartsen.

De heer Michel Devriese (SMD) denkt dat men in de gezondheidszorg gewend is om efficiënt te werken binnen een krap budget. Er moeten keuzes gemaakt worden die het beste zijn voor de volksgezondheid in het algemeen, wat een zeer ingewikkelde oefening is. Maar de spreker heeft de indruk dat het beleid dat de

manquaient souvent de patients en début de carrière. Ils n'étaient pas en mesure d'engager des assistants ou des hygiénistes dentaires.

L'orateur évoque un certain nombre de possibilités éventuelles d'emploi pour les hygiénistes. Ils pourront assumer un rôle de soutien dans les écoles. Ils peuvent également apporter une plus-value auprès de *Kind en Gezin* et des Centres de la petite enfance, ainsi que dans les maisons de repos et de soins. Reste par ailleurs à savoir si, dans les cabinets dentaires, les hygiénistes travailleront en qualité de salarié ou sous statut d'indépendant. Quoi qu'il en soit, un budget supplémentaire sera nécessaire pour les hygiénistes dentaires.

Mme Aurélie Somer (SPF Santé publique) estime que pour la direction générale Soins de santé primaire et Gestion de crise, le principal défi sera d'adapter la législation afin d'intégrer les hygiénistes bucco-dentaires dans les différents organes consultatifs et de préparer la délivrance de visas pour 2019. À ce stade, l'administration attend la fin des négociations politiques pour pouvoir publier et mettre en œuvre la loi sur la qualité des soins de santé. Cette loi devrait permettre de résoudre certains problèmes évoqués précédemment.

L'oratrice indique qu'il est possible, s'il y a volonté politique, d'appliquer le contingentement aux praticiens étrangers. Les analystes disposent des données chiffrées. Le modèle mathématique de planification actuel intègre en effet déjà les différents flux de dentistes étrangers (étudiants, diplômés en cours de spécialisation et professionnels).

En ce qui concerne la mobilité des hygiénistes bucco-dentaires étrangers et la qualité de leur formation, l'oratrice fait observer que les flux d'hygiénistes attendus ont été pris en compte dans les travaux de planification pour les dentistes. Par contre, la reconnaissance des diplômes européens est devenue depuis juillet 2014 une compétence des communautés. L'oratrice relève que la Belgique, en reconnaissant la profession d'hygiéniste bucco-dentaire, a évité de devoir délivrer des accès partiels à des hygiénistes formés à l'étranger et d'autoriser ainsi l'accès à l'art dentaire à des non dentistes.

M. Michel Devriese (SMD) considère que le secteur des soins de santé a l'habitude de travailler efficacement dans les limites d'un budget étroit. Il convient de faire des choix, qui sont les plus adéquats pour la santé publique en général, ce qui est extrêmement compliqué. L'orateur a néanmoins le sentiment que la

afgelopen twintig jaar werd gevolgd voor vooruitgang in het voordeel van de volksgezondheid heeft gezorgd.

Wat de preventie betreft, herhaalt de spreker dat de SMD erg gelooft in de rol van de mondhygiënisten. Het heeft namelijk geen zin om een gebit te behandelen indien met het probleem dat vaak aan de basis ligt, namelijk de gebrekkeige dagelijkse hygiëne, niet corrigeert. Mondhygiënisten kunnen bijvoorbeeld langsgaan in rusthuizen en daar tussenpersonen, namelijk zorgkundigen, opleiden. Die laatsten kunnen dan instaan voor de dagelijkse tandverzorging van de patiënten. Datzelfde kan ook worden gedaan in de scholen. Dat zijn relatief goedkope maatregelen om preventie in het dagelijks leven te integreren.

De heer Matthias Luypaert (UBDD) is wat geschrokken van het lage aantal prothesen dat tandartsen in België maken, namelijk ongeveer 11 prothesen per jaar. Hij denkt dat dit de kwaliteit niet ten goede kan komen. De spreker heeft zelf honderden prothesen moeten maken voordat hij zijn vak echt onder de knie kreeg. Voor de spreker zou het ideaal zijn om in een team te werken, bestaande uit een kaakchirurg, een omloopassistent, een mondhygiënist en een denturist, waarin ieder zijn eigen specifieke taak heeft.

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), wil graag weten waarom de tandartsen denken dat bepaalde handelingen gedelegeerd kunnen worden, namelijk aan de mondhygiënisten, maar dat andere handelingen niet kunnen worden gedelegeerd, aan de denturisten. Ze wenst ook van de tandtechnici te vernemen waarom het volgens hen niet interessant zou zijn dat sommige technici een aanvullende opleiding tot denturist zouden volgen.

De heer Michel Devriese (SMD) antwoordt dat tandheelkunde geneeskunde is: men verzorgt de volledige patiënt, niet enkel een gebit of een prothese. Het gaat om een globale verzorging, waarvoor de tandarts van A tot Z is opgeleid. De tandarts moet over een enorme waaier aan tools beschikken om alle mogelijke zorg aan de patiënt toe te dienen. Zo moet hij of zij bijvoorbeeld een tand die de prothese zal ontvangen kunnen voorbereiden.

Als men echter over maar één therapeutische tool beschikt, dan gaat men die tool of die behandeling zien als een oplossing voor alle problemen. Vandaar dat men in de periode vlak na de Tweede Wereldoorlog zo vaak besloot om alle tanden te trekken om een volledige prothese te plaatsen. Maar in de 21^e eeuw, in een land als België, moet het doel zijn om zoveel mogelijk patiënten

politique menée ces vingt dernières années a permis des avancées bénéfiques pour la santé publique.

En ce qui concerne la prévention, l'orateur répète que la SMD croit dur comme fer au rôle de l'hygiéniste bucco-dentaire. À quoi bon, en effet, soigner une dentition si l'on ne corrige pas le problème qui en est souvent à l'origine, à savoir une mauvaise hygiène quotidienne. Les hygiénistes bucco-dentaires pourraient par exemple passer dans les maisons de repos et former sur place des intermédiaires, à savoir des aides-soignants. Ces derniers pourraient alors prendre en charge les soins dentaires quotidiens des patients. Le même principe peut s'appliquer aux écoles. Ce sont des mesures relativement peu coûteuses permettant d'intégrer la prévention au quotidien.

M. Matthias Luypaert (UBDD) est assez surpris de voir que les dentistes fabriquent si peu de prothèses en Belgique, à savoir environ 11 prothèses par an. À ce compte-là, on ne peut pas avoir de la qualité, d'après lui. Lui-même a dû réaliser des centaines de prothèses avant de maîtriser réellement son métier. Il considère que l'idéal serait de travailler en équipe, une équipe composée d'un chirurgien maxillo-facial, d'un assistant stérilisation, d'un hygiéniste bucco-dentaire et d'un denturiste, chacun assumant la tâche qui lui est propre.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), voudrait savoir pourquoi les dentistes considèrent que la délégation de certains actes est possible au profit des hygiénistes bucco-dentaires mais non au profit des denturistes. L'intervenant demande également aux techniciens dentaires pourquoi il ne serait pas intéressant selon eux que certains techniciens suivent une formation complémentaire de denturiste.

M. Michel Devriese (SMD) répond que la dentisterie est une discipline médicale: le patient est considéré dans son intégralité. Il s'agit de soins globaux qui ne concernent pas uniquement la dentition ou la prothèse et pour lesquels le dentiste est formé de A à Z. Le dentiste doit disposer d'une multitude d'outils pour pouvoir dispenser tous les soins possibles au patient. Il doit par exemple être en mesure de préparer une dent destinée à accueillir la prothèse.

Si l'on ne dispose que d'un seul outil thérapeutique, on aura tendance à s'en servir pour résoudre tous les problèmes. C'est pour cette raison qu'on a si souvent procédé dans la période qui a suivi la Seconde Guerre mondiale à une extraction dentaire totale pour remplacer l'ensemble de la dentition par une prothèse complète. Or, dans la Belgique du 21^e siècle, le but doit être de

hun tanden te laten behouden. Alle tandzorg kan slechts duurzaam zijn wanneer hij vergezeld gaat van hygiëne.

De heer Dirk Mennen (UDB) vindt ook dat de tandarts het werk van A tot Z moet uitvoeren en blijft erbij dat de technici enkel partners kunnen zijn in dat proces.

De heer Claude Croonen (UBDD) vraagt zich nog af of de stemmingen die in de Federale Raad voor de paramedische beroepen gebeuren, wel eerlijk gebeuren. De Raad heeft immers voor de mondhygiënisten gestemd, maar over de denturisten werd er zelfs niet gestemd.

Mevrouw Aurélie Somer (FOD Volksgezondheid) denkt dat het advies waarschijnlijk bij consensus is uitgebracht. In een dergelijk geval is een stemming niet noodzakelijk. Nauwkeurigere informatie hierover kan men terugvinden in de notulen van de vergadering.

permettre à autant de patients que possible de conserver leurs dents. La pérennité de tous les soins dentaires n'est assurée qu's'ils sont accompagnés d'hygiène.

M. Dirk Mennen (UDB) estime, lui aussi, que les soins doivent être prodigués du début à la fin par le dentiste. L'orateur maintient que les techniciens ne peuvent être que des partenaires dans ce processus.

M. Claude Croonen (UBDD) se demande quant à lui si les votes organisés au sein du Conseil fédéral des professions paramédicales se déroulent de façon parfaitement honnête. En effet, le Conseil a voté pour les hygiénistes bucco-dentaires, mais il n'y a même pas eu de vote en ce qui concerne les denturistes.

Mme Aurélie Somer (SPF Santé publique) indique que l'avis a vraisemblablement été rendu par consensus. Un vote n'est pas nécessaire dans tel cas. Une information plus précise à ce sujet peut être retrouvée dans le procès-verbal de la réunion.

**DEEL IV — HOORZITTING MET
VERTEGENWOORDIGERS VAN DE PSYCHOLOGEN
(16 mei 2018)**

A. Inleidende uiteenzettingen

**1. Uiteenzetting van de heer Francis Martens
("Association des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique" APPPsy)**

De gezondheid en meer in het bijzonder de geestelijke gezondheid is geen gewoon goed waar de wet van vraag en aanbod en de noodzaak van rentabiliteit op van toepassing kunnen worden verklaard. Nochtans is dat de huidige trend. Het gevolg is dat onder mom van "management" wordt bespaard alsof het lijden van mensen maar ook van hen die hen behandelen een koopwaar is zoals een ander. Handelingen moeten kwantificeerbaar zijn. Tijd is geld en dus wordt, om te besparen, de tijd die aan gezondheidszorg wordt besteed steeds meer ingekort. Gezondheidszorg wordt aldus gereduceerd tot een technische handeling en patiënten tot nummers. Allengs wordt de gezondheidszorg aldus in de armen van privéverzekeringen geduwde. Privatisering is evenwel globaal gezien niet kostenbesparend. In Colombia (2003), in Zwitserland (2006) en ook in Nederland werd de gezondheidszorg geprivatiseerd. Gevolg? Per hoofd zijn in Nederland de gezondheidskosten gestegen met 14 %. In de Verenigde Staten, waar Obamacare een timide poging was om de financiële gevolgen voor de burgers van een algehele privatisering te verzachten, bedragen de jaarlijkse gezondheidskosten per hoofd 4 200 dollar. Welke ook de op stapel staande hervorming is, gezondheidszorg moet steeds gezien worden als een aangelegenheid die iedereen aanbelangt en dus ook publiek moet blijven.

**2. Uiteenzetting van de heer Bernard Dehan,
Belgische Federatie van psychologen en "Union
professionnelle des psychologues cliniciens
francophones"**

De *Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones* (UPPCF) wil alle Franstalige psychologen in België vertegenwoordigen. Zij is de spreekbuis van de Franstalige klinische sector van de Belgische Federatie van Psychologen (BFP).

De UPPCF verenigt psychologen met een masterdiploma, los van een eventuele aanvullende opleiding in de psychotherapie, een eventuele derde cyclus of enige andere aanvullende beroepsopleiding.

**PARTIE IV — AUDITION DE REPRÉSENTANTS
DES PSYCHOLOGUES (16 mai 2018)**

A. Exposés introductifs

**1. Exposé de M. Francis Martens (Association
des psychologues praticiens d'orientation
psychanalytique APPPsy)**

Il ne peut pas être dit que la santé et, en particulier, la santé mentale sont des biens de consommation ordinaires régis par la loi de l'offre et de la demande et par la nécessité de rentabilité. Pourtant, la tendance actuelle est celle-là. C'est pourquoi des économies sont réalisées dans ce secteur sous le masque du "management", comme si la souffrance humaine et la souffrance des thérapeutes était un bien de consommation comme les autres. Les actes doivent être quantifiables. Le temps est assimilé à de l'argent, et donc le temps consacré aux soins de santé est de plus en plus réduit afin de réaliser des économies. Les soins de santé sont ainsi ramenés à des actes techniques et les patients à des numéros. Graduellement, les soins de santé sont dès lors confiés aux assurances privées. Or, globalement, la privatisation ne réduit pas les coûts. En Colombie (2003), en Suisse (2006) et aux Pays-Bas, les soins de santé ont été privatisés. Quelle fut la conséquence? Les frais de santé ont augmenté de 14 % par habitant aux Pays-Bas, et, aux États-Unis, où l'Obamacare a timidement tenté d'atténuer les conséquences financières de la privatisation généralisée pour les citoyens, les dépenses annuelles de santé s'élèvent à 4 200 dollars par habitant. Quelle que soit la réforme en chantier, les soins de santé doivent toujours être considérés comme une matière concernant l'intérêt général, et donc rester publics.

**2. Exposé de M. Bernard Dehan, Fédération belge
des psychologues et Union professionnelle des
psychologues cliniciens francophones**

L'*Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones* (UPPCF) veut rassembler l'ensemble des psychologues francophones de Belgique. Elle représente le secteur clinique francophone de la Fédération Belge des Psychologues (FBP).

L'UPPCF rassemble des psychologues sur base de leur diplôme du Master universitaire quelle que soit leur formation complémentaire en psychothérapie, d'un éventuel troisième cycle, ou encore de toute autre formation professionnelle complémentaire.

De UPPCF is aanwezig in allerhande vertegenwoordigingsinstanties, zoals de UNPLIB (*Union nationale des Professions libérales*), de Psychologencommissie, de federale raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen en, ten slotte, de Belgische Federatie van Psychologen (BFP). Hoewel zij pas in 2015 werd opgericht, heeft de UPPCF vandaag al meer dan 450 leden. Alle leden die bij de werking van de beroepsvereniging betrokken zijn, zijn vrijwilligers en doen dit werk naast hun voltijdse baan.

De UPPCF is de woordvoerder van geen enkel instellingen- of scholennet.

De UPPCF is verheugd over de in uitzicht gestelde hervorming, in de eerste plaats omdat zij de plaats van de klinisch psychologen in de organisatie van de gezondheidszorg erkent. De opname van de klinische psychologie (en van de klinische orthopedagogie) als autonoom zorgberoep is cruciaal.

De psycholoog zal in de eerste plaats klinisch psycholoog zijn en in tweede instantie worden opgeleid in de psychotherapie.

De vele hervormingen inzake gezondheidszorg hebben gevlogen voor de klinisch psychologen; zo moeten zij zich voortaan houden aan de wet op de rechten van de patiënt.

Wat de interdisciplinariteit betreft, meer bepaald met de artsen, bevordert de wet die samenwerking en klaart zij de taakverdelingen verder uit. Wat veel leden verontrust, is het medische voorschrijven van handelingen die door een klinisch psycholoog worden uitgevoerd met het oog op een mogelijke terugbetaling. Dat zou het in de wet aangegeven autonome aspect van de beroepspraktijk van de klinisch psycholoog op de helling zetten, evenals de eerstelijnsstoegang voor de patiënten. Wanneer bijvoorbeeld een huisarts naar een klinisch psycholoog doorverwijst, kan hij als reden geen welbepaalde psychologische belasting op het voorschrift vermelden; dat laatste mag alleen de psycholoog doen, die als enige bevoegd is om dat in te schatten en erover te beslissen.

Het vraagstuk van de RIZIV-terugbetaling van consulten bij eerstelijns-klinisch psychologen zoals door de minister wordt voorgesteld, is een interessante eerste stap, maar doet op verschillende punten vragen rijzen: wat gebeurt er met de ziekenfondsterugbetalingen via de aanvullende verzekering van de betrokkenen? Welke criteria zullen worden gehanteerd om de duur van de raadpleging, het bedrag van de honoraria, het aantal consulten enzovoort te bepalen? Voorts lijkt het

L'UPPCF est présente dans divers lieux de représentation tels que l'UNPLIB (Union nationale des Professions libérales), la Commission Belge des Psychologues, le Conseil Fédéral des Soins de Santé Mentale et enfin de la Fédération Belge des Psychologues (FBP). Bien que mise sur pied seulement depuis 2015, l'UPPCF compte à ce jour déjà plus de 450 membres. L'ensemble des membres qui participent au fonctionnement de l'union professionnelle sont bénévoles et ajoutent cette activité à leur travail à temps-plein.

L'UPPCF n'est le porte-parole d'aucun réseau d'institutions ou d'écoles de formation.

L'UPPCF se réjouit de la réforme envisagée d'abord parce qu'elle reconnaît la place des psychologues cliniciens dans l'organisation des soins de santé. L'insertion de la psychologie clinique (et de l'orthopédagogie clinique) en tant que profession de soins autonome est cruciale.

Le psychologue sera à présent d'abord psychologue clinicien et secondairement formé à la psychothérapie.

Les nombreuses réformes en matière de soins de santé ont des implications pour les psychologues cliniciens; par exemple, ils sont à présent tenus de respecter la loi sur le droit des patients.

En ce qui concerne l'interdisciplinarité, plus particulièrement avec les médecins, la loi favorise cette collaboration et affine la répartition claire des fonctions. Ce qui inquiète nombre de membres, c'est la prescription médicale d'actes exécutés par un psychologue clinicien en vue d'un possible remboursement. Cela mettrait à mal l'aspect autonome de la pratique des psychologues cliniciens précisé dans la loi, ainsi que l'accès en première ligne des patients. Par exemple, si le médecin généraliste oriente vers un psychologue clinicien, il n'est pas à même de prescrire pour la cause un travail psychologique déterminé; ce dernier ne peut être que du ressort du psychologue seul compétent pour l'estimer et le décider.

La question du remboursement INAMI de consultations chez des psychologues cliniciens de première ligne tel que proposé par la ministre est un premier pas intéressant mais pose question sur plusieurs points: que vont devenir les remboursements mutualistes par le biais de leur assurance complémentaire? Quels critères seront utilisés pour définir la durée de la consultation, le montant des honoraires, le nombre de consultations, etc. Par ailleurs, le projet de remboursement semble très

terugbetaalingsplan zeer beperkt en voorbehouden voor een specifieke populatie, via verwijzing door een arts en voor een binnen de realiteit van onze werkwijzen ontroeikend aantal sessies. In afwachting van een uitbreiding is het van primordiaal belang dat de burgers de steun van de aanvullende verzekering van hun ziekenfonds blijven genieten, temeer omdat die minimalistisch blijft (voor de meest voordelijke gaat het om 160 à 180 euro per jaar).

Het gedigitaliseerde dossier van de patiënt komt neer op een bocht van 180 graden, daar de patiënt de eigenhouder van zijn digitaal dossier wordt. Hij kiest wat zichtbaar is en wat niet. Hij stemt in met wat daarin wordt vermeld. De zorgberoepsbeoefenaar heeft niet langer een patiëntendossier, alleen maar persoonlijke aantekeningen. *Quid met het beroepsgeheim?* Hoe staat het met de continuïteit van de zorg als de patiënt hem betreffende informatie wil vrijgeven? Op het gebied van de geestelijke gezondheid ligt de verhouding van de patiënt tot zijn dossier soms uitermate gevoelig. Het feit dat de patiënthouder van zijn eigen dossier wordt, onderstelt het vermogen van die patiënt om waakzaam en autonoom te zijn bij het beheer van zijn dossier en van de stappen die hij onderneemt. Patiënten met psychische stoornissen zijn soms zelf niet bij machte dat correct voor zichzelf te beheren. Dreigen zij van de gezondheidszorg te worden uitgesloten omdat er geen adequate stappen worden ondernomen?

Om de burger meer garanties te bieden, zal het beoep zich moeten organiseren in de vorm van een Orde van Psychologen naar het model van die van de vrije beroepen. De Psychologencommissie denkt daarover na, en de vorm van die Orde zal volstrekt moeten zijn afgestemd op de realiteit van de klinisch psycholoog, die anders is dan die van een arts.

Tot besluit zij erop gewezen dat de hervorming van de wet een kennelijk wettelijk vacuüm wegwerkt dat al minstens 50 jaar bestaat wat de klinische psychologie en de psychotherapie betreft. In de geestelijke gezondheidszorg zal psychotherapie een specificiteit van de klinisch psycholoog worden. Dit zal een en ander voor de patiënten/cliënten verduidelijken en zal een positieve impact hebben op de verhouding van de klinisch psycholoog tot de artsen, ongeacht of het daarbij gaat om huisartsen dan wel specialisten.

3. Uiteenzetting van de heer Koen Lowet, Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen

De Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) maakt deel uit van de nationale koepelvereniging, de Belgische Federatie van Psychologen. Via de nationale koepel is de VVKP ook betrokken in

limité et, réservé dès lors à une population particulière, sous référencement médical et pour un nombre de séances insuffisant dans la réalité de nos pratiques. En attendant une extension, il est primordial que les citoyens continuent de bénéficier de l'aide de l'assurance complémentaire de leur mutuelle, d'autant que celle-ci reste minimaliste (pour les plus avantageuses, de 160 à 180 euros/an).

En ce qui concerne le dossier numérisé du patient, il s'agit d'un changement à 180° puisque le patient devient le propre porteur de son dossier numérique. Il choisit ce qui est visible ou non. Il donne son accord à ce qui y est mentionné. Le professionnel de soin n'a plus de dossier du patient, juste des notes personnelles. Quid du secret professionnel? Quid de la continuité des soins si le patient souhaite divulguer des informations le concernant? Dans le domaine de la santé mentale, le rapport du patient à son dossier est parfois extrêmement délicat. Le fait que le patient devient porteur de son propre dossier suppose la capacité du patient à être vigilant et autonome dans la gestion de son dossier et de ses démarches. Des patients porteurs de troubles de santé mentale sont parfois dans l'incapacité de gérer cela correctement pour eux-mêmes. Risquent-ils d'être exclus des soins de santé faute de démarches adéquates?

Afin de donner davantage de garanties au citoyen, la profession devra s'organiser sous forme d'un Ordre des psychologues sur le modèle de celui des professions libérales. La Commission des Psychologues y réfléchit et il faudra que la forme de cet ordre soit tout à fait adaptée à la réalité du psychologue clinicien qui n'est pas celle du médecin.

En conclusion, la réforme de la loi comble un vide juridique avéré d'au moins 50 ans sur la psychologie clinique et sur la psychothérapie. Dans les soins de santé mentale, la psychothérapie deviendra une spécificité du psychologue clinicien. Cela clarifiera les choses pour les patients/clients et aura un impact positif sur la relation du psychologue clinicien avec les médecins, généralistes ou spécialistes.

3. Exposé de M. Koen Lowet, "Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen"

L'Association flamande des psychologues cliniques (VVKP) fait partie de la Fédération belge des Psychologues, qui est l'organisation faitière nationale. Par le biais de celle-ci, la VVKP est également associée

de Europese beroepsvereniging van psychologen, de European Federation of Psychologists Associations (EFPA). Dit Europees portaal biedt als kleine vereniging een brede toegang tot heel wat expertise in Europa.

De VVCP telt momenteel zo'n 2500 leden, waaronder praktizerende klinisch psychologen, zowel zelfstandigen als collega's in loondienst.

In Vlaanderen is de VVCP erkend als representatieve beroepsvereniging binnen het Samenwerkingsplatform Eerstelijnszorg. Sinds een tweetal jaren is de VVCP begonnen met het oprichten van regionale psychologengroepen. Die zijn een verplichte partner voor het opstarten van de nieuwe eerstelijnszones.

Inhoudelijk is de VVCP georganiseerd in verschillende divisies waarin ze thematisch werkt binnen de verschillende domeinen van de klinische psychologie. Zo bestaan er divisies rond de eerstelijnspsychologie, voorzieningen, neuropsychologie, forensische psychologie, gerontopsychologie, zelfstandige praktijkvoering en psychotherapie.

3.1. Competente zorgverleners

De psychologen hebben altijd gepleit voor een positieve definiëring van de gezondheidszorgberoepen en voor het verlaten van een hiërarchisch model met aan het hoofd de omnipotente arts. Hoe zullen de vooropgestelde principes van een meer functionele hiërarchie echter vertaald worden naar effectieve, vandaag nog ontbrekende wetteksten?

Bekwame helper

De VVCP maakt voorbehoud met betrekking tot de notie van bekwame helper. Vandaag wordt deze functie misbruikt wordt in bepaalde diensten zoals neurologie, waar zogenaamde bekwame helpers neuropsychologisch onderzoek doen wat eigenlijk uitgevoerd zou moeten worden door klinisch psychologen.

Portfolio

Werken met een portfolio is een prima idee qua transparantie. Het vervangt echter geenszins de noodzaak aan goed uitgewerkte accreditatiesystemen om klinisch psychologen (en wellicht ook andere zorgverstrekkers) te verplichten op regelmatige basis hun competentie aan te tonen aan een daartoe competent orgaan. Dit samen met de deontologische en tuchtrechtelijke opvolging moet volstaan om de autonome klinisch psychologische

à l'Association européenne de psychologie (*European Federation of Psychologists Associations, EFPA*). En tant que petite association, ce portail européen offre un large accès à une grande expertise en Europe.

La VVCP compte actuellement quelque 2500 membres, parmi lesquels figurent des psychologues cliniques praticiens, tant indépendants que salariés.

En Flandre, la VVCP est reconnue comme organisation professionnelle représentative au sein de la "samenwerkingsplatform eerstelijnszorg" (plateforme collaborative pour la première ligne de soins). Cela fait deux ans environ que la VVCP a entamé la mise sur pied de cercles de psychologues régionaux. Ils sont un partenaire obligé pour le lancement de nouvelles zones de premiers soins.

Concrètement, la VVCP est organisée en différentes divisions au sein desquelles elle fournit un travail thématique selon les différents domaines de la psychologie clinique. C'est ainsi qu'il y a des divisions consacrées à la psychologie de première ligne, aux prestations, à la neuropsychologie, à la psychologie légale, à la gérontopsychologie, à la pratique indépendante et à la psychothérapie.

3.1. Prestataires de soins compétents

Les psychologues ont toujours plaidé en faveur d'une définition positive des professions des soins de santé et de l'abandon de la structure hiérarchique dominée par le médecin omnipotent. Comment les principes prévus relatifs à une hiérarchie plus fonctionnelle seront-ils toutefois traduits en textes de loi efficaces qui aujourd'hui encore font défaut?

Auxiliaire qualifié

La VVCP émet des réserves au sujet de la notion d'auxiliaire qualifié. Actuellement, il est abusé de cette fonction dans certains services, par exemple en neurologie, des auxiliaires dits qualifiés réalisant des examens neuropsychologiques qui devraient normalement être effectués par des psychologues cliniciens.

Portfolio

L'idée du portfolio est excellente en termes de transparence. Elle n'ôte toutefois rien à la nécessité de disposer de systèmes très élaborés d'accréditation afin d'obliger les psychologues cliniciens (et probablement d'autres prestataires de soins) à prouver régulièrement leurs compétences devant un organe créé à cet effet. En combinaison avec le suivi déontologique et disciplinaire, cela doit suffire pour permettre la pratique

praktijkvoering toe te laten. Op dit moment werkt de VVKP aan een nieuwe database voor ledenregistratie. In deze nieuwe database wordt reeds geanticipeerd op de komende hervorming.

Patiënt centraal stellen

De stelling dat de patiënt centraal dient te staan wordt door iedereen onderschreven, maar hoever kan die rol gaan? Zo kan de patiënt zelf weigeren om essentiële medische gegevens door te geven? De VVKP is geen voorstander om de patiënt éénzijdig zelf te laten beslissen over essentiële elementen betreffende zijn gezondheid (bijvoorbeeld de inhoud van zijn EPD of de keuze van behandeling), maar is voorstander van een overlegmodel met patiënten zoals uitgewerkt door het Centrum LUCAS van de KUL.

Elektronisch Patiënten Dossier

In de plannen rond de hervorming wordt zeer sterk de nadruk gelegd op een gezamenlijk Elektronisch Patiënten Dossier, met inspraak en inzage voor de patiënt. De VVKP kan een dergelijke tendens alleen maar toejuichen, maar wijst erop dat verschillende disciplines nooit gestimuleerd of ondersteund zijn geweest om te digitaliseren. Hier dient dus een hele inhaalbeweging te gebeuren.

Erkenning als gezondheidszorgpsycholoog

De VVKP is niet meteen vragende partij om een lijst op te stellen van klinisch psychologische handelingen, die schadelijk kunnen zijn voor de patiënt en exclusief voorbehouden zouden moeten worden aan klinisch psychologen. In het raam van de huidige definitie dient de psychotherapie beschouwd te blijven als een specialisme.

De term "klinisch psycholoog" dateert van twintig jaar geleden, toen de eerste discussies over de erkenning startten. Vandaag is, naar analogie van andere Europese landen, de term gezondheidszorgpsycholoog meer geschikt als titel.

3.2. Naar een multidisciplinaire zorg

Raad voor de Gezondheidszorg en deontologische kamers

De psychologen hebben altijd gepleit voor multidisciplinaire werking. In die zin valt de beweging naar transversale werking toe te juichen. Uiteraard is het

indépendante de la psychologie clinique. La VVKP élabore actuellement une nouvelle banque de données pour l'enregistrement des membres. Cette banque de données anticipe déjà la prochaine réforme.

Une place centrale pour le patient

Tout le monde souscrit à la thèse selon laquelle il convient d'accorder une place centrale au patient, mais jusqu'où ce rôle peut-il aller? Le patient peut-il, par exemple, refuser de communiquer des données médicales essentielles? La VVKP n'est pas favorable à l'idée de permettre au patient de décider de manière unilatérale d'éléments essentiels relatifs à sa santé (par exemple, la teneur de son DPI ou le choix du traitement), mais défend l'idée d'un modèle de concertation avec les patients tel qu'il a été élaboré par le centre LUCAS de la KUL.

Dossier patient informatisé

Les projets de réforme insistent largement sur le dossier patient informatisé commun, dans lequel le patient aura voix au chapitre et qu'il pourra consulter. Si elle ne peut que saluer une telle tendance, la VVKP indique toutefois que différentes disciplines n'ont jamais été encouragées à numériser ou soutenues dans cette voie. Un important mouvement de rattrapage devra donc être opéré en l'occurrence.

Reconnaissance en tant que docteur en psychologie clinique

La VVKP ne demande pas réellement que soit dressée une liste d'actes de psychologie clinique qui pourraient être néfastes pour le patient et devraient être réservés exclusivement aux psychologues cliniciens. Compte tenu de la définition actuelle, la psychothérapie doit toujours être considérée comme une spécialité.

Les termes "psychologue clinicien" sont un vestige d'une période datant d'il y a vingt ans, lorsque les premières discussions sur la reconnaissance ont été entamées. Aujourd'hui, le titre de docteur en psychologie clinique est plus approprié, comme c'est également le cas dans d'autres pays européens.

3.2. Vers des soins multidisciplinaires

Conseil de la santé et chambres déontologiques

Les psychologues ont toujours plaidé en faveur d'un fonctionnement multidisciplinaire. En ce sens, il y a lieu de se féliciter du mouvement vers un fonctionnement

nodig dat er aparte kamers blijven bestaan voor sector-specifieke thema's. Een belangrijke voorwaarde is dat het bureau van een overkoepelende raad evenwichtig samengesteld wordt en niet gedomineerd kan worden door één enkele beroepsgroep.

Eigen Orde van psychologen

De VVCP blijft het van het allergrootste belang vinden dat klinisch psychologen onder het toezicht blijven van de deontologische code voor psychologen zoals vastgelegd door de Psychologencommissie. Ze vindt het echter vanzelfsprekend dat samengewerkt kan worden met de andere ordes. Momenteel verblijft het deontologisch orgaan onder de bevoegdheid van de minister van Middenstand. Dit wordt het best juridisch uitgeklaard, om de Psychologencommissie te laten evolueren naar een Orde van klinisch psychologen onder de bevoegdheid van de minister van Volksgezondheid.

3.3. Toestand op het terrein

Wet op de geestelijke-gezondheidszorgberoepen

De wet op de geestelijke-gezondheidszorgberoepen is een feit. Het arrest van het Grondwettelijk Hof is heel helder met betrekking tot de positie van de klinisch psycholoog en de psychotherapie. De oprichting van een Federale Raad voor de Geestelijke Gezondheidszorgberoepen is een uitstekende zaak. De eerste adviezen met betrekking tot de koninklijke besluiten voor de erkenningsvoorwaarden werden reeds opgeleverd.

Terugbetaling

In het "Zomerakkoord" van 2017 maakte de federale regering een budget vrij van 22,5 miljoen euro voor de terugbetaling van de klinisch psycholoog. Voor veel cliënten goed nieuws. Dit budget is echter dermate beperkt dat het niet meer is dan een eerste stap. Een eerste stap betekent ook dat de fundamenten gelegd zullen worden voor de toekomstige financiering. Vandaag werken klinisch psychologen aan een tarief dat de helft is van hun collega's uit de buurlanden. Dit maakt het onmogelijk om voltijdse praktijken uit te bouwen op de eerste lijn, daar waar de grootste nood zit. De koppeling van financiering aan de doorverwijzing door een arts is niet logisch. De drempel om bij een psycholoog te consulteren ligt op dit moment al veel te hoog (slechts 5 % van de mensen die het nodig hebben, consulteren vandaag een psycholoog); huisartsen zijn geen vragende

transversal. Il est de toute évidence nécessaire que des chambres distinctes soient maintenues pour les thèmes sectoriels spécifiques. Il est essentiel que le bureau d'un conseil faîtier soit composé de façon équilibrée et ne puisse être dominé par un seul groupe professionnel.

Ordre des psychologues proprement dit

La VVCP estime qu'il est crucial que les psychologues cliniciens restent soumis au code de déontologie des psychologues, tel qu'il a été établi par la Commission des psychologues. À ses yeux, il est toutefois évident qu'il peut être collaboré avec les autres ordres. L'organe de déontologie relève actuellement de la compétence du ministre des Classes moyennes. Il serait utile de faire la clarté sur le plan juridique afin de permettre à la Commission des psychologues d'évoluer vers un Ordre des psychologues cliniciens relevant de la compétence du ministre de la Santé publique.

3.3. Situation sur le terrain

Loi réglementant les professions des soins de santé mentale

La loi réglementant les professions des soins de santé mentale est un fait. L'arrêt de la Cour constitutionnelle est très clair en ce qui concerne le statut du psychologue clinicien et de la psychothérapie. La création d'un Conseil fédéral des soins de santé mentale est une excellente chose. Les premiers avis concernant les arrêtés royaux fixant les conditions d'agrément ont déjà été rendus.

Remboursement

Dans l'accord d'été conclu en 2017, le gouvernement fédéral a dégagé un budget de 22,5 millions d'euros pour le remboursement des consultations chez le psychologue clinicien. Il s'agit d'une bonne nouvelle pour de nombreux patients. Ce budget est toutefois tellement limité qu'il ne constitue qu'une première étape. Une première étape signifie également que les bases du financement futur seront jetées. Actuellement, les psychologues cliniciens appliquent la moitié du tarif pratiqué par leurs collègues dans les pays voisins, ce qui ne permet pas de développer des pratiques à temps plein en première ligne, là où les besoins sont les plus aigus. Le fait de subordonner le financement à la prescription d'un médecin n'est pas logique. Le seuil à franchir pour consulter un psychologue est déjà beaucoup trop important (5 % seulement des personnes qui en éprouvent le

partij voor een dergelijke verwijzing, ze zijn vragende partij naar samenwerking;

IF-IC

Op dit moment staat de sector in rep en roer omtrent de nieuwe functietoewijzing volgens het model uitgewerkt door het IF-IC. Voor de klinisch psychologen, sowieso al onderbetaald, betekent de functietoewijzing in quasi alle gevallen loonverlies. De voorgestelde functies houden geen rekening met specialisaties zoals psychotherapie of neuropsychologie, laat staan met de leidinggevende en coachende taken die psychologen vaak opnemen in de teams. Tot slot werd dit IF-IC-model uitgewerkt zonder enig overleg. Als vereniging is de VVKP op geen enkel moment gecontacteerd geweest door het IF-IC, noch door de sociale partners die de uiteindelijke cao hebben afgesloten. Dit is ronduit onaanvaardbaar.

Ondersteuning van het veld

Tot vandaag steunt de gehele werking van onze vereniging voornamelijk op vrijwilligerswerk, daar waar verenigingen van andere zorgverstrekkers gefinancierd worden via verschillende kanalen door de overheid. De VVKP staat voor de immense taak om te digitaliseren, multidisciplinair te laten samenwerken, accreditatiesystemen uit te werken, wachtdiensten te ontwikkelen, enzovoorts. Dit is een onmogelijke opdracht om enkel met vrijwilligers te doen.

3.4. Conclusie

De voorgestelde hervorming is positief. Na eerste bemoedigende stappen is het echter windstil gebleven. Concrete teksten ontbreken nog. Als grootste vertegenwoordiger van de Vlaamse klinisch psychologen kan de VVKP alleen maar dankbaar zijn dat de wet op de GGZ-beroepen eindelijk gerealiseerd werd en dat er nagedacht wordt over de eerste mogelijkheden tot financiering in het licht van de immense uitdagingen om kwaliteitsvolle klinisch psychologische zorg blijvend te kunnen garanderen.

besoin prennent actuellement l'initiative de consulter un psychologue). Les médecins généralistes ne sont pas demandeurs d'une telle obligation de prescription, ils sont demandeurs d'une collaboration.

IFIC

Actuellement, le secteur est en émoi face à la nouvelle classification de fonctions selon le modèle développé par l'IFIC. Pour les psychologues cliniciens, qui sont de toute façon déjà sous-payés, cette classification de fonctions implique dans pratiquement tous les cas une perte de salaire. Les fonctions proposées ne tiennent pas compte des spécialisations telles que la psychothérapie ou la neuropsychologie, ni des tâches dirigeantes ou encadrantes que les psychologues assument souvent au sein des équipes. Enfin, ce modèle de l'IFIC a été élaboré sans aucune concertation. En tant qu'association, la VVKP n'a à aucun moment été contactée par l'IFIC, ni par les partenaires sociaux qui ont conclu la CCT finale, ce qui est totalement inacceptable.

Soutien du terrain

Jusqu'à présent, tout le fonctionnement de l'association repose principalement sur le bénévolat, alors que des associations d'autres prestataires de soins sont financées par les pouvoirs publics par le biais de différents canaux. La VVKP a l'immense tâche de devoir mettre en œuvre la numérisation, de mettre en place une collaboration multidisciplinaire, d'élaborer des systèmes d'accréditation, de développer des services de garde, etc. Cette mission ne peut être accomplie uniquement grâce à des bénévoles.

3.4. Conclusion

La réforme proposée est positive. Les premières mesures encourageantes n'ont toutefois pas été suivies d'autres avancées. Il manque encore des textes concrets. En tant que principale association représentative des psychologues cliniciens flamands, la VVKP ne peut qu'être reconnaissante que la loi sur les professions des soins de santé mentale ait enfin vu le jour et que l'on réfléchisse aux premières possibilités de financement à la lumière des défis immenses à relever pour pouvoir garantir en permanence des soins psychologiques cliniques de qualité.

4. Uiteenzetting van de heer Peter De Graef, Thomas More Hogeschool

4.1. De Bachelors Toegepaste Psychologie en de wet op de GGZ

De wet van 4 april 2014 behield de uitoefening van klinische psychologie voor aan universitair geschoold masters in de klinische psychologie. Voor de professionele bachelors toegepaste psychologie (de BaTP) kwam deze wet als een donderslag bij heldere hemel. Hoewel de opleiding op dat moment al 62 jaar een driejarige, volledig psychologische opleiding aanbood, werd bij de totstandkoming van deze regelgeving enkel overleg gepleegd met de universiteiten en de beroepsverenigingen voor masters psychologie. In een volgende reparatie van de wet van 2014 werd ook de uitoefening van de psychotherapie gereserveerd voor de universitaire masters klinische psychologie, masters klinische orthopedagogiek en artsen. Een beslissing die uitmondde in de gecoördineerde wet van mei 2015 op de hervorming van de gezondheidszorgberoepen en ten slotte in de wet van 10 juli 2016, die begin maart 2018 door het Grondwettelijk Hof bevestigd en verduidelijkt werd. De opleidingen toegepaste psychologie (4 Nederlandstalige en 2 Franstalige hogescholen) en de Nederlandstalige en Franstalige beroepsverenigingen van de BaTP hebben sindsdien op alle beleidsniveaus hun bestaan en expertise verdedigd.

4.2. Situering van de opleiding en alumni toegepaste psychologie

In Vlaanderen worden al sinds 1952 jongeren tot bachelor opgeleid, dit jaar zo'n 2600 studenten, om bij hun afstuderen als psychologisch consulent als *evidence-based practitioner* aan de slag te kunnen gaan.

Het curriculum van drie opleidingsjaren (180 ECTS, inclusief 5 maanden stage) vertrekt vanuit een bio-psycho-sociaal perspectief om professionals te vormen die in de geestelijke gezondheidszorg een diagnostische, begeleidende en preventieve rol kunnen op nemen in een multidisciplinaire context. De BaTP zijn momenteel tewerkgesteld in een breed gamma aan werksettings, zowel binnen organisaties (CAW, scholen, ziekenhuizen, groepspraktijken, CLB, personeelsdiensten, selectiekantoren...), als op zelfstandige basis. De focus van hun activiteiten ligt daarbij op de wetenschappelijk onderbouwde inzet van psychodiagnostische methodes en rapportering, op laagdrempelige psycho-educatie en op de kortdurende training, coaching en counseling van mensen met eenvoudiger psychosociale hulpvragen.

4. Exposé de M. Peter De Graef, Thomas More Hogeschool

4.1. Les bacheliers en psychologie appliquée et la loi réglementant les professions de soins de santé mentale

La loi du 4 avril 2014 a réservé l'exercice de la psychologie clinique aux titulaires d'un master universitaire en psychologie clinique. Pour les bacheliers professionnels en psychologie appliquée (les BaPA), cette loi a fait l'effet d'un coup de tonnerre dans un ciel bleu. Alors que ce baccalauréat offrait depuis 62 ans une formation psychologique complète de trois ans, seules les universités et les associations professionnelles de titulaires d'un master en psychologie ont été consultées lors de l'élaboration de cette réglementation. La réparation de la loi de 2014 qui a suivi a également réservé l'exercice de la psychothérapie aux titulaires d'un master universitaire en psychologie clinique, en orthopédagogie clinique et en médecine. Une décision qui a abouti à la loi coordonnée de mai 2015 réformant les professions des soins de santé et enfin à la loi du 10 juillet 2016, qui a été confirmée et précisée début mars 2018 par le Cour constitutionnelle. Depuis lors, les formations en psychologie appliquée (2 hautes écoles francophones et 4 néerlandophones) et les associations professionnelles francophones et néerlandophones des BaPA ont défendu leur existence et leur expertise à tous les niveaux de pouvoir.

4.2. Présentation de la formation et situation des alumni en psychologie appliquée

La Flandre forme depuis 1952 déjà de jeunes bacheliers, soit cette année environ 2 600 étudiants, à pouvoir travailler, après leurs études, comme "counselor" ("psychologisch consulent") et praticiens scientifiques.

Le curriculum de trois ans de formation (180 ECTS, y compris 5 mois de stage) s'appuie sur une perspective bio-psycho-sociale pour former des professionnels capables de jouer un rôle sur le plan du diagnostic, de l'accompagnement et de prévention dans les soins de santé mentale et ce, dans un contexte multidisciplinaire. Les BaPA sont actuellement occupés dans une large gamme de milieux professionnels, tant au sein d'organisations (CAW, écoles, hôpitaux, cabinets de groupe, CLB, services du personnel, bureaux de sélection ...), qu'en tant indépendants. Leurs activités se concentrent sur l'application scientifiquement fondée de méthodes de diagnostic et de rapport psychologiques, sur la psychoéducation simple et la formation courte, le coaching et l'encadrement de personnes ayant des demandes simples d'aide psychosociale.

4.3. De psychologisch consulent aan het werk

In al deze domeinen kan de psychologisch consulent "met een warm hart maar met een koel hoofd" autonoom optreden. Als psychosociaal hulpverlener in de eerste lijn is een psychologisch consulent echter meteen ook een case-manager, rapporteur, en doorverwijzer voor gespecialiseerde, langdurige hulp bij ernstiger pathologie waar de huisarts, klinisch psycholoog (master klinische psychologie) en/of psychotherapeut een centrale rol opneemt.

4.4. Een getrapt samenwerkingsmodel voor de GGZ

De BaTP zijn steeds voorstander geweest van een toegankelijke, betaalbare, en kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg waarbij multidisciplinaire teams van goed opgeleide zorgverstrekkers samen het psychologische zorgcontinuum afdekken. Het getrapte samenwerkingsmodel (*stepped care*) voor de geestelijke gezondheidszorg vormt daarom al vele jaren de leidraad in onze opleidingen. In de verschillende doelgroepen situeren zich aan het ene uiteinde van het continuum de "risicogroep zonder problemen" en aan het andere uiteinde de "chronisch uitbehandelden". Voor diagnostiek gaat het model er dus van uit dat de BaTP in de opleiding die competenties meekrijgt die hem toelaten een autonome rol op te nemen binnen de screening en het uitvoeren van een light-traject voor bepaalde doelgroepen (groen), waar het binnen het full-traject gaat om een aanvullende (oranje) of ondersteunde rol (rood), in tandem met de master.

4.5. Wat vraagt de bachelor toegepaste psychologie aan de wetgever?

Door de invoering van de opeenvolgende wetten op de geestelijke-gezondheidszorg, dreigt de bachelor *de facto* als enige beroepsgroep uitgesloten te worden van werksettings waar zij al vele jaren actief zijn. Er is in de wet van 2016 weliswaar de notie van ondersteunende GGZ-beroepen opgenomen, maar voorlopig is daar geen enkele invulling aan gegeven, wat in de dagelijkse praktijk van de psychologisch consulenter al ernstige gevallen begint te krijgen. Zo werd een psychologisch consulenter na 10 jaar ondersteunende diagnostiek en counseling in een algemeen ziekenhuis, ontslagen en vervangen door een beginnende Master klinische psychologie omdat zij niet langer wettelijk subsidiebaar zou zijn. Een andere psychologisch consulenter kreeg van de VDAB de mededeling dat hij in het kader van loopbaanbegeleiding niet langer intelligentietests mocht

4.3. Le "counselor" à l'œuvre

Dans tous ces domaines, le "counselor" peut agir de façon autonome, "avec cœur mais la tête froide". Comme prestataire psychosocial de première ligne, le "counselor" est également un *case manager*, un rapporteur, celui qui renvoie vers une aide spécialisée, de longue durée en cas de pathologie plus grave, où le médecin généraliste, le psychologue clinique (master en psychologie clinique) et/ou psychothérapeute joue un rôle central.

4.4. Un modèle de coopération en cascade pour les soins de santé mentale

Les BaPA ont toujours été partisans de soins de santé mentale de qualité, accessibles et financièrement abordables, dans le cadre desquels des équipes pluridisciplinaires de prestataires de soins bien formés couvrent ensemble le continuum des soins psychologiques. C'est pourquoi le modèle de coopération en cascade (*stepped care*) pour les soins de santé mentale constitue, depuis de nombreuses années déjà, le fil conducteur de nos formations. Dans les différents groupes cibles se situent à l'une extrémité du continuum le "groupe à risque sans problèmes" et à l'autre extrémité les "malades chroniques pour lesquels n'existe plus de traitement". Pour le diagnostic, le modèle part donc du principe que le bachelier en psychologie appliquée reçoit, durant sa formation, les compétences qui lui permettent de jouer un rôle autonome dans le screening et la réalisation d'un trajet "light" pour certains groupes cibles (vert), alors que dans le trajet "full" il s'agit d'un rôle complémentaire (orange) ou de soutien (rouge), en tandem avec le master.

4.5. Que demande le bachelier en psychologie appliquée au législateur?

La mise en œuvre des lois successives sur les soins de santé mentale fait, *de facto*, courir au bachelier le risque d'être le seul groupe professionnel à être exclu d'activités qu'il exerçait déjà depuis de nombreuses années. La loi de 2016 contient certes la notion de professions de support en soins de santé mentale, mais celle-ci n'a pas encore été concrétisée, ce qui commence à avoir de sérieuses conséquences dans la pratique pour les "counselors". Ainsi, une "counselor" a été licenciée d'un hôpital général après 10 ans d'activités de support au diagnostic et conseil, pour être remplacée par un master en psychologie clinique débutant parce qu'en vertu de la loi, elle n'était plus subsidiable. Un autre "counselor" a été informé par le VDAB qu'il ne pouvait plus faire passer de tests d'intelligence dans le cadre de l'accompagnement de carrière parce que

afnemen omdat dat met de nieuwe wetgeving enkel nog door masters zou mogen gebeuren.

België heeft nood aan een kwalitatieve, toegankelijke, betaalbare, en aan de zorgvraag aangepaste psychologische diagnostiek en hulpverlening. Dit kan alleen op voorwaarde dat:

1. verdere stappen worden gezet naar een expliciete erkenning van de psychologisch consulent als GGZ-beroep.

2. in een vertegenwoordiging wordt voorzien in de Federale Raad voor de GGZ.

5. Uiteenzetting van mevrouw Fabienne Deschoenmaecker, Marie Haps – “Haute Ecole Leonard de Vinci”

De aangeboden opleiding is een professionele bachelor gespreid over drie jaren en bedraagt in totaal 180 ECTS. De opleiding is opgebouwd rond vier assen:

- Het verwerven van de theoretische, wetenschappelijke en experiëntiële bagage;

- De overdracht van theoretische en praktische kennis in het psycho-medisch-sociaal vakgebied;

- Een opleiding toegespitst op de stages en de individuele begeleiding ervan;

- Een cultuur van procesevaluatie voor zowel de student als de docent.

Het opleidingstraject omvat drie pijlers:

- De lessen ontwikkelen de kennis en het denken met betrekking tot psychosociale verschijnselen, waaronder psychopathologische problemen;

- De praktische oefeningen ontwikkelen de vaardigheden in het gebruik van specifieke methoden van het beroep: interview, testing, relationele technieken, reflexieve praktijk;

- De begeleide stages bieden de mogelijkheid mensen die psychisch lijden te ontmoeten en zetten de studenten aan tot nadenken over een dergelijk professioneel engagement.

Elk academiejaar schrijven ruim zeshonderd studenten zich in voor deze bachelor.

Waarom “assistent” in de psychologie? Die titel ontstond meer dan zeventig jaar geleden, naar analogie

la nouvelle législation prévoyait que seuls des masters pouvaient le faire.

La Belgique a besoin de diagnostic et d'assistance psychologiques de qualité, accessibles, payables et adaptés à la demande de soins. Ce n'est possible qu'à la condition:

1. de progresser vers une reconnaissance explicite du “counselor” comme profession des soins de santé mentale;

2. d'assurer une représentation au sein du Conseil fédéral des soins de santé mentale.

5. Exposé de Mme Fabienne Deschoenmaecker, Marie Haps – Haute École Leonard de Vinci

La formation dispensée est un baccalauréat professionnelisant qui s'étend sur trois années pour un total de 180 ECTS. Elle s'articule autour de quatre axes:

- Un apprentissage centré sur un bagage théorique, scientifique et expérimentiel;

- La transmission d'un savoir théorico-pratique dans le domaine psycho-médico-social;

- Une formation centrée sur les stages et leur encadrement par des supervisions individuelles;

- Une culture de l'évaluation formative tant pour l'étudiant que pour l'enseignant.

Le trajet de formation repose ainsi sur trois piliers:

- Les cours développent les connaissances et la réflexion relative à des phénomènes psychosociaux, en ce compris les problématiques psychopathologiques;

- Les exercices pratiques développent des compétences dans l'utilisation d'outils spécifiques à la profession: entretien, testing, techniques relationnelles, pratique réflexive;

- Les stages supervisés permettent de rencontrer des personnes en souffrance et de se confronter aux questions que soulève ce type d'engagement professionnel.

Chaque année académique voit plus de 600 étudiants inscrits au Baccalauréat.

Pourquoi “assistant” en psychologie? Le titre est né il y a plus de 70 ans, en corrélation avec le métier

met het beroep van “maatschappelijk assistent”. De maatschappelijk assistent wordt nooit verward met de socioloog. De assistent in de psychologie zou daarentegen kunnen worden opgevat als de assistent “van de” psycholoog die houder is van een masterdiploma. In Franstalig België heeft men het over een “assistant en psychologie”. Het wäre raadzaam om die benaming, naar het voorbeeld van wat onze Nederlandstalige collega’s en vrienden hebben gedaan, in de nabije toekomst te veranderen in “bachelier en psychologie appliquée”, “consultant psychologique” of “counselor”.

De houders van een bachelordiploma van assistent in de psychologie oefenen hun beroep uit in teams waarvan ook psychiaters, huisartsen, psychologen, verplegers, maatschappelijk assistenten, leerkrachten, juristen, criminologen, logopedisten enzovoort deel uitmaken.

Welke plaats is voor hen weggelegd binnen de hervorming van de gezondheidszorg? Het beroep van assistent in de psychologie lijkt bijzonder goed aangepast aan de door de minister voorgestelde hervorming. In een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)¹ staat dat het “door de verwachte stijging van de zorgvraag bij de organisatie van een eerste lijn, (...) het realistisch [zou] zijn dat ze een deel van de zorg op zich zouden kunnen nemen, op voorwaarde dat ze dit doen onder het toezicht van een gediplomeerd klinisch psycholoog”. Deze hervorming is dus een goede zaak, op voorwaarde dat formeel wordt bepaald wat wordt verstaan onder “toezicht door een psycholoog” voor de ondersteunende beroepen in de betrokken sectoren.

Opgemerkt zij dat het beroep van bachelor in de psychologie zich niet beperkt tot louter klinische psychologie maar ook andere sectoren omvat waarin de bachelors op zelfstandiger basis werken (bijvoorbeeld in sectoren zoals de jeugdzorg en de opvang van jonge kinderen, of in de bedrijfswereld).

Een duidelijke definitie van het beroep van assistent in de psychologie en van de bijbehorende professionele handelingen zal bijdragen tot meer transparantie – zowel voor de patiënten en voor de andere gezondheidswerkers als voor de studenten.

Wanneer we Europa in zijn geheel beschouwen, mogen, zoals het KCE-rapport aangeeft, de assistenten in de psychologie (bachelorniveau) in Nederland en in het Verenigd Koninkrijk in de huisartspraktijken bepaalde taken uitvoeren onder het toezicht van de huisartsen.

d’“assistant social”. L’assistant social n’est jamais confondu avec le sociologue. En revanche, l’assistant en psychologie pourrait être considéré comme l’assistant “du” psychologue détenteur d’un master. Il conviendra, dans un proche avenir, de corriger l’appellation “assistant en psychologie” en la modifiant, à l’instar de nos homologues et amis néerlandophones, en “bachelier en psychologie appliquée”, “consultant psychologique”, ou “counselor”.

Les Bacheliers Assistants en Psychologie exercent leur métier au sein d’équipes incluant psychiatre, médecin généraliste, psychologue, infirmier, assistant social, enseignant, juriste, criminologue, logopède, etc.

Quelle place au sein de la réforme des soins de santé? Au sein de la réforme de la ministre, la profession d’assistant en psychologie s’avère particulièrement adaptée. Le rapport KCE¹ énonce: “étant donné la demande importante à laquelle on peut s’attendre si une première ligne devait être mise en place, il serait réaliste de prévoir que les bacheliers puissent y exercer une partie de soins, à condition que ce soit sous la supervision d’un psychologue clinicien”. Cette réforme est donc positive pour autant que se voit définie formellement l’expression “sous la supervision par un psychologue” au sein des professions de support pour les secteurs concernés.

Il est à préciser que le métier de bachelier en psychologie dépasse la simple psychologie clinique et englobe d’autres secteurs dans lesquels les bacheliers exercent de manière plus autonome (secteurs de l’aide à la jeunesse, de la petite enfance, de l’entreprise, etc.).

Une définition claire du métier d’assistant en psychologie et des actes professionnels y afférant va contribuer à une plus grande transparence – tant pour le patient et les autres professionnels que pour les étudiants.

Au niveau européen, comme le souligne le rapport KCE, tant aux Pays-Bas qu’au Royaume-Uni, les assistants en psychologie (niveau Bachelor) prennent certaines tâches au sein des cabinets de médecine générale, sous la supervision des médecins généralistes.

¹ KCE, Rapport 265A, “Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg” (2016), https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf.

¹ KCE, Rapport 265A, “Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg” (2016), https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf.

De bachelor-assistent in de psychologie stelt, als eerstelijnswerker, professionele handelingen die vallen onder het Angelsaksische begrip “counseling” (Verenigd Koninkrijk, Canada). *Counseling* kan worden omschreven als een laagdrempelige vorm van sociale en psychologische hulp, die tot doel heeft diverse problemen die zich op moeilijke momenten in het leven voordoen, uit te klaren en op te lossen.²

De mogelijke verwarring tussen een psycholoog en een assistent in de psychologie zal op die manier verdwijnen en de drempel tot de psychologische zorg zal worden verlaagd. Mevrouw Deschoenmaecker is het eens met de inhoud van de door IFIC uitgewerkte functieclassificatie met betrekking tot de functie van assistent in de psychologie.

6. Uiteenzetting van de heer Xavier Van Cauter, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

De spreker schetst de huidige wetgevende situatie van het beroep van klinisch psycholoog en klinisch orthopedagoog. De gecoördineerde wet van 10 mei 2015 – met inwerkingtreding op 1 september 2016 – is op deze beroepen van toepassing met als gevolg dat alle voorwaarden van een medisch beroep (diploma, visum, rechten van de patiënt, ...) ook van toepassing zijn. De drie nieuwe, in de wet opgenomen beroepen zijn klinisch psycholoog (artikel 68/1), klinisch orthopedagoog (artikel 68/2) en beoefenaars van psychotherapie (artikel 68/2/2). Voor deze laatste categorie gelden een aantal uitdovende maatregelen. De Federale Raad voor de geestelijke-gezondheidsberoepen behandelt alle zaken die de betreffende beroepen aanbelangen, hetzij op verzoek van de minister, hetzij uit eigen beweging. Deze Raad telt 16 klinisch psychologen, 8 geneesheren, 4 klinisch orthopedagogen en één secretaris. Voorzitter is mevrouw N. Van Broeck; de ondervoorzitter de heer Benoît Gillain.

De Raad moet nog een aantal adviezen verstrekken over te nemen uitvoeringsbesluiten die betrekking hebben op de volgende onderwerpen:

1° Kwaliteitscriteria met betrekking tot opleiding en professioneel gesuperviseerde erkenning;

2° Uitoefening volgens de toepasselijke wetenschappelijke aanbevelingen (“evidence-based practices”);

3° Grenzen van eigen wettelijke en persoonlijke bekwaamheid;

² Brison, Van Broeck en Zech. Mevrouw N. Van Broeck zit thans de Federale raad voor geestelijke gezondheidsberoepen voor.

Le Bachelier Assistant en Psychologie, praticien de première ligne, pose des actes professionnels qui renvoient à la notion anglo-saxonne de *Counseling* (Royaume-Uni, Canada). Le *counseling* (...) peut être défini comme une forme plus facilement accessible d'aide sociale et psychologique, qui a l'objectif de clarifier et de résoudre différents problèmes survenant dans des situations difficiles de la vie.²

La confusion pouvant exister entre psychologue et assistant en psychologie se verra ainsi dissipée et le seuil d'accès aux soins psychologiques abaissée. Mme Deschoenmaecker dit valider le contenu de la classification de la fonction d'assistant en psychologie réalisée par l'IF-IC.

6. Exposé de M. Xavier Van Cauter, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

L'orateur décrit la situation législative actuelle de la profession de psychologue clinicien et d'orthopédagogue clinicien. La loi coordonnée du 10 mai 2015 – entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2016 – s'applique à ces professions, de sorte que toutes les conditions d'une profession médicale (diplôme, visa, droits du patient, etc.) s'appliquent également. Les trois nouvelles professions prévues dans la loi sont le psychologue clinicien (article 68/1), l'orthopédagogue clinicien (article 68/2) et le psychothérapeute (article 68/2/2). Cette dernière catégorie fait l'objet d'un certain nombre de mesures à caractère extinctif. Le Conseil fédéral des professions de la santé mentale traite tous les dossiers qui concernent les professions concernées, soit à la demande du ministre, soit de sa propre initiative. Ce conseil compte 16 psychologues cliniciens, 8 médecins, 4 orthopédagogues cliniciens et un secrétaire. La présidente est Mme N. Van Broeck. Son vice-président est M. Benoît Gillain.

Le Conseil doit encore rendre des avis sur des arrêtés d'exécution qui portent sur les sujets suivants:

1° les critères de qualité relatifs à la formation et à la reconnaissance supervisée par des professionnels;

2° les pratiques selon les recommandations scientifiques applicables (“evidence-based practices”);

3° les limites de la capacité légale et personnelle;

² Brison, Van Broeck et Zech. Mme N. Van Broeck préside actuellement le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale.

4° Verplicht doorverwijzen van patiënten naar bevoegde practicus (voorwaarden waarin verplicht naar andere geestelijke-gezondheidszorgberoepen moet worden verwezen);

5° Bewijs van voldoende opleiding en bijscholing.

Voorts zullen de kwaliteitscriteria ook voorzien in de maatregelen die de continuïteit van de zorg moeten garanderen alsook in de verplichting een patiëntendossier bij te houden en te delen.

4° le renvoi obligatoire des patients vers un praticien compétent (conditions dans lesquelles il y a obligation de renvoyer vers d'autres professions des soins de santé mentale);

5° la preuve d'une formation et d'une formation continue suffisantes.

Par ailleurs, les critères de qualité prévoiront également les mesures qui doivent garantir la continuité des soins, ainsi que l'obligation de tenir un dossier du patient et de le partager.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt de sprekers nadere toelichting over twee thema's.

Ten eerste wenst zij, wat de aangekondigde mogelijke terugbetaling tegen einde 2018 betreft, terug te komen op de aankondiging dat de minister een budget van 22 500 000 euro zou toekennen aan de klinisch psychologen in de op artikel 107 gegronde zorgnetwerken. Zij zou willen weten wat voor de sector en de patiënten het gevolg van deze budgettoekenningswijze is. Werd er ter zake overleg gepleegd met de sector? Welke mogelijkheden bestaan er voor de klinisch psychologen om in de artikel 107-netwerken te worden ingeschakeld? Hoe zit het met de patiënten die niet in aanmerking komen voor begeleiding door de artikel 107-netwerken?

Ten tweede heeft de spreekster, wat hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen aangaat, genoteerd dat de psychologen waarborgen willen dat zij hun beroep ten aanzien van de artsen autonoom kunnen uitoefenen en dat heel in het bijzonder geen medisch voorschrift vereist is om toegang tot psychologische zorg te krijgen. Zij begrijpt ook dat het nodig is een correcte verhouding te vinden tussen de diverse beroepen in verband met geestelijke gezondheid, in het bijzonder tussen de psychologen en de houders van een bachelordiploma. Zij vraagt of de sector in staat is een gebiedsoverschrijdend gemeenschappelijk standpunt vast te leggen. Op die manier zou de sector ten aanzien van de regering sterker staan om de zaken in de gewenste richting te doen evolueren.

Ook *mevrouw Nathalie Muylle (CD&V)* vraagt of de aanwezige verenigingen werden geraadpleegd over de wijze waarop het budget van 22 500 000 euro zal worden besteed en welke doelgroepen volgens hen prioritair zijn. Hebben de aanwezige verenigingen voorts hun mening kunnen geven over het voorontwerp van wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg? Wat de houders van een bachelordiploma betreft, herinnert zij eraan dat deze commissie er steeds van is uitgegaan dat hun toekomst op beroepsvlak moet worden gewaarborgd. Zij zou een overzicht willen krijgen van de huidige toestand van die studenten. De spreekster informeert naar het standpunt van de aanwezige verenigingen inzake de toekomstige financiering van het beroep "klinisch psycholoog", nu dat beroep erkend is. Zij beklemtoont dat het haar moeilijk lijkt een terugbetalingssysteem op te starten zolang de uitvoeringsbesluiten niet zijn genomen.

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) acht het budget van 22 500 000 euro volstrekt ontoereikend. Zij vraagt de

B. Questions et observations des membres

Mme Catherine Fonck (cdH) souhaite interroger les orateurs sur deux thèmes.

Premièrement, à propos de l'ouverture à un remboursement annoncé pour fin 2018, elle souhaite revenir sur l'annonce de la ministre qu'un budget de 22 500 000 euros serait alloué aux psychologues cliniciens dans le cadre des réseaux 107. Elle souhaiterait savoir quelle sera la conséquence pour le secteur et les patients de cette manière d'allouer ce budget. Y a-t-il concertation avec le secteur à ce sujet? Quelles possibilités les psychologues cliniciens ont-ils de s'articuler avec les réseaux 107? Qu'en est-il des patients qui n'entrent pas en ligne de compte pour une prise en charge par les réseaux 107?

Deuxièmement, concernant la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, l'intervenante dit avoir pris bonne note du souhait exprimé par les psychologues que l'autonomie de leur pratique professionnelle par rapport à celle des médecins soit garantie et, tout particulièrement, que l'accès aux soins psychologiques ne soit pas conditionné à une prescription médicale. Elle comprend aussi la nécessité de trouver une juste articulation entre les différentes professions de la santé mentale, en particulier entre les psychologues et les porteurs d'un diplôme de niveau *bachelor*. Elle demande si le secteur est capable de définir une position commune transversale qui le rendrait plus fort vis-à-vis du gouvernement pour faire bouger les lignes dans le sens souhaité.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) souhaiterait aussi savoir si les associations présentes ont été consultées sur la manière dont le budget de 22 500 000 euros sera alloué et quels sont, selon elles, les groupes cibles prioritaires? De la même manière, les associations présentes ont-elles pu donner leur avis sur l'avant-projet de loi relative aux pratiques de qualité dans les soins de santé? Concernant les porteurs d'un diplôme de niveau *bachelor*, elle rappelle que l'idée de cette commission a toujours été de leur garantir un avenir professionnel. Elle souhaite avoir un aperçu de la situation actuelle de ces étudiants. À présent que la profession de psychologue clinicien est reconnue, elle demande comment les associations présentes voient le futur financement de cette profession. Elle souligne qu'il lui paraît difficile de démarrer un système de remboursement tant que les arrêtés d'exécution ne sont pas pris.

Mme Karin Jiroflée (sp.a) estime que le budget de 22 500 000 euros est tout-à-fait insuffisant. Elle

aanwezige verenigingen of zij voorstellen hebben voor de toekomstige financiering. Tevens wenst zij nadere uitleg over de concrete moeilijkheden die de beroepsbeoefenaars ervaren in verband met de pilootfunctie van de patiënt bij het beheer van zijn dossier. Welke eisen hebben de houders van een bachelordiploma aangaande hun toekomstige erkenning?

De heer Daniel Senesael (PS) vindt dat er zeker terugbetaling van de psychologische en psychotherapeutische zorg moet komen. Die uitgaven zullen volgens hem worden goedgemaakt door een betere opsporing van de stoornissen, een daling van het aantal behandelingen met geneesmiddelen, een afname van het leed en dus een betere preventie inzake ongeschiktheid en invaliditeit als gevolg van bijvoorbeeld burn-out of depressie. Hij wil weten hoe ver de gesprekken gevorderd zijn over de wijze waarop het budget van 22 500 000 euro zal worden toegewezen voor de terugbetaling van psychologische zorg. Is in een zorgtraject voorzien? Hij vreest dat een dergelijk kleine enveloppe niet zal volstaan om de noden te lenigen en dat de therapeutische vrijheid van de beroepsbeoefenaars aan banden zal worden gelegd door een zorgtraject dat maar weinig zinvol zou zijn wanneer het om “verbale” beroepen gaat.

Hij herinnert eraan dat hij de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg niet heeft gesteund omdat zij volgens hem de kern zelf van de psychotherapie miskende door die praktijk louter in verband te brengen met de *evidence based*-logica en door het belang te ontkennen van de subjectieve en met het leven zelf samenhangende aspecten alsook van de draagwijdte die woorden kunnen hebben in de relatie tussen patiënt en psychotherapeut. Hij laakt het feit dat het diploma priemt op de ervaring en meteen ook de omvang van de verworven rechten in deze hervorming, zodat de patiënt volgens hem uiteindelijk niet beter zal zijn beschermd. De hervorming voorzag eveneens in een aspect waar hij positief tegen aankijkt, meer bepaald de erkenning van steunberoepen in de geestelijke gezondheidszorg. Hij wil dan ook weten hoe ver het met die erkenning staat en welke beroepen precies daarbij betrokken zijn.

De heer Damien Thiéry (MR) heeft de indruk dat in het noorden anders tegen het beroep wordt aangekeken dan in het zuiden van het land, wat hij betreurt. Hij vraagt of de sector punten van overeenstemming zou kunnen vinden om met één stem te spreken met de minister. Volgens hem zou dat veel productiever zijn. Aangaande het overleg met de sector wil hij weten of elke aanwezige vereniging wel degelijk door de minister is geraadpleegd en wat elk van hen precies van dat overleg verwacht. Hij onderstreept de grote verdienste van de wet van 10 juli 2016 tot wijziging van de wet van

demande aux associations présentes si elles ont des propositions à formuler pour le financement futur. Elle souhaite aussi plus de précisions sur les difficultés concrètes rencontrées par les professionnels par rapport au rôle de pilote du patient dans la gestion de son dossier. Quant aux porteurs d'un diplôme de niveau *bachelor*, quelles sont leurs revendications sur le plan de leur reconnaissance future?

M. Daniel Senesael (PS) considère qu'il est indispensable d'arriver à un remboursement des soins psychologiques et psychothérapeutiques. Il estime que cette dépense sera compensée par une meilleure détection des troubles, une diminution des traitements médicalement, une réduction de la souffrance et donc une prévention accrue en termes d'incapacité et d'invalidité dues, par exemple, au *burn-out* ou à la dépression. Il souhaite savoir l'état des discussions au sujet de la manière dont le budget de 22 500 000 euros sera alloué aux remboursements des soins psychologiques. Est-il prévu un trajet de soins? Il craint qu'une si petite enveloppe ne soit pas suffisante pour répondre aux besoins et que la liberté thérapeutique des professionnels soit cadenassée par un trajet de soins qui n'aurait que peu de sens quand il s'agit de métiers de la parole.

Il rappelle qu'il n'a pas soutenu la réforme des soins de santé mentale car elle mettait, selon lui, à mal l'essence même de la psychothérapie en soumettant cette pratique à la seule logique de l'*evidence based* et en ignorant l'importance des éléments subjectifs et de vie ainsi que la portée que peuvent avoir les mots dans la relation entre le patient et le psychothérapeute. Il dénonce la primauté du diplôme sur l'expérience et, en même temps, l'étendue des droits acquis contenus dans cette réforme, de sorte que, à son avis, le patient n'en ressort pas plus protégé. La réforme prévoyait aussi un élément qu'il considère positivement, à savoir la reconnaissance de professions de support en soins de santé mentale. Il souhaiterait dès lors savoir où en est cette reconnaissance et quelles professions exactes sont concernées.

M. Damien Thiéry (MR) a l'impression que la manière de considérer la profession diffère entre le Nord et le Sud du pays, ce qu'il trouve regrettable. Il demande si le secteur serait capable de trouver des points de convergence afin de parler d'une seule voix à la ministre. Il estime que ce serait beaucoup plus productif. Au sujet de la concertation avec le secteur, il souhaite savoir si chaque association présente a bien été consultée par la ministre et ce que chacune attend précisément de cette concertation. Il souligne que le grand mérite de la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014

4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen enerzijds en tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015 anderzijds, namelijk dat zij een rechtsvacuüm heeft weggewerkt. Met betrekking tot het recht op terugbetaling met overschrijding van het voormelde budget van 22 500 000 euro, verwijst de spreker naar de budgettaire verplichtingen en roept hij in dat verband op tot omzichtigheid, teneinde de patiënten noch de beroepsbeoefenaars teleur te stellen.

Mevrouw Véronique Caprasse (DéFI) vindt het belangrijk dat, gezien het onbehagen dat momenteel in de samenleving heerst, het beroep van psycholoog in de verf wordt gezet; volgens haar moet een psycholoog worden beschouwd als een arts die het gevoel van "onwelbevinden" behandelt. Zij betreurt dat sommige stromingen en bepaalde opleidingen, zoals die van psychoanalist, werden geweerd bij de aanneming van de voormelde wet van 10 juli 2016. Volgens haar is het budget van 22 500 000 euro veel te laag en moeten ondanks de budgettaire verplichtingen extra financiële middelen worden vrijgemaakt. Zij vraagt zich af welke beroepstoekomst is weggelegd voor de bachelors-psychologisch assistenten en over welke overstapmogelijkheden zij al dan niet zullen beschikken. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bepaalt dat deze laatste zijn dossier aanstuurt. De spreekster vraagt zich af of een en ander werkbaar is wanneer het patiënten betreft die het mentaal moeilijk hebben. Tot slot wil de spreekster meer weten over de planning van de tenuitvoerlegging van de voormelde wet van 10 juli 2016.

Voorzitter Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) vraagt welk overleg heeft plaatsgehad tussen de minister en de aanwezige verenigingen. De Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen vertegenwoordigt immers niet alle richtingen of stromingen van de psychologie en van de psychotherapie. Het lid beklemtoont dat het belangrijk is rekening te houden met de pluraliteit en de diversiteit van de psychotherapeutische benaderingen. Inzake het budget van 22 500 000 euro wijst zij erop dat dat budget bestemd is voor de klinisch psychologen, en niet voor de psychotherapeuten. In dat verband vraagt zij zich af of dat budget dan wel kan worden toegewezen voordat de uitvoeringsbesluiten zijn uitgevaardigd. Tevens staat zij ervan versteld dat de minister de door haar in uitzicht gestelde regeling zo sterk aflijnt, zowel inzake de doelgroep (bijvoorbeeld patiënten met een burn-out of met een matige depressie), de doelstellingen (bijvoorbeeld wedertewerkstelling), de behandelingsmethoden (bijvoorbeeld het precieze

réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part, a été de combler un vide juridique. Enfin, en ce qui concerne l'ouverture au remboursement, au-delà du budget de 22 500 000 euros déjà évoqué, il invite à considérer la question avec prudence compte tenu des contraintes budgétaires, afin que ni les patients, ni les professionnels ne soient déçus.

Mme Véronique Caprasse (DéFI) estime que, compte tenu du mal-être auquel on est actuellement confronté dans la société, il est important de mettre en avant le métier de psychologue et de le considérer comme un médecin du mal-être. Elle regrette que certains courants et certaines formations, comme la psychanalyse, aient été écartées lors de l'adoption de la loi du 10 juillet 2016 dont question ci-dessus. Elle considère que le budget alloué de 22 500 000 euros est beaucoup trop faible et qu'il faut essayer de dégager des moyens supplémentaires malgré les contraintes budgétaires. Elle s'interroge sur l'avenir professionnel des bacheliers assistants en psychologie et sur les possibilités de passerelles qui s'offrent ou non à eux. Concernant le fait que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient considère ce dernier comme le pilote de son dossier, elle souhaite savoir si c'est praticable avec des patients qui sont en mal de vivre. Elle demande enfin des précisions sur la planification de la mise en œuvre de la loi du 10 juillet 2016 précitée.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen), présidente, demande quelles concertations ont eu lieu entre la ministre et les associations présentes, compte tenu du fait que toutes les orientations ou courants de la psychologie et de la psychothérapie ne sont pas représentées au sein du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale. Elle souligne l'importance que la pluralité et la diversité des approches psychothérapeutiques soient prises en compte. En ce qui concerne le budget de 22 500 000 euros, l'orateur s'interroge si le fait que ce budget soit destiné aux psychologues cliniciens et non aux psychothérapeutes, rend son allocation possible avant que les arrêtés d'exécution soient pris. Elle exprime aussi sa perplexité par rapport au dispositif très précis envisagé par la ministre, tant en termes de groupes cibles (ex.: burn-out ou dépression modérée), d'objectifs (ex.: la remise au travail), de méthodes de traitement (ex.: nombre précis de séances) et de résultats attendus. La précision du dispositif lui paraît être

aantal sessies) als van de verwachte resultaten. Volgens het lid staat de precisie van die regeling haaks op de autonomie van het beroep. Tevens had mevrouw Gerkens graag gezien dat de Federale raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen meer werk zou maken van de onderlinge complementariteit van het beroep van psychiater, dat van psycholoog en dat van psychologisch assistent. Dat is des te belangrijker omdat momenteel een functieclassificatie binnen de ziekenhuizen wordt uitgewerkt, met alle gevolgen van dien voor onder meer de bezoldiging. Met betrekking tot het patiëntendossier geeft de spreekster tot slot aan dat zij begrip heeft voor de bezorgdheid van de sector over de vertrouwelijkheid bij de invoering van het gedeeld medisch dossier. Wat de aansturende rol van de patiënt betreft, meent zij effectief dat de bij de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt gewaarborgde keuze van de patiënt in acht moet worden genomen.

C. Antwoorden

De heer Bernard Dehan (UPPCF en FPB-BFP) antwoordt dat de minister wel degelijk de verenigingen die hij vertegenwoordigt over het terugbetalingsvraagstuk heeft geraadpleegd, maar dat er weinig ruimte en tijd voor echt overleg vorhanden was omdat de hun voorgelegde plannen al in een gevorderd stadium verkeerden. Volgens zijn informatie zal het toegewezen budget van 22 500 000 euro dienen voor de uitbouw van de 107-netwerken, die momenteel worden overstelpet. Dat zal gebeuren dankzij de samenwerking met klinisch psychologen met een zelfstandigenstatuut. Laatstgenoemden zouden worden erkend door een regionaal ziekenhuis dat de prestaties aan de patiënten zou aanrekenen en vervolgens de psychologen zou betalen. De honoraria zouden 45 euro bedragen voor een consult van 45 minuten, en het persoonlijke aandeel van de patiënt zou daarbij ongeveer 11 euro belopen. De bepaling voorziet in een éénmaal hernieuwbare reeks van vier sessies, mits er verslag wordt uitgebracht. De spreker beklemtoont dat de UPPCF en de BFP-FBP pleiten voor een algemeen principiële terugbetaling en niet voor een dermate welomschreven regeling.

De heer Koen Lowet (VVKP) geeft aan dat de minister wel degelijk de door hem vertegenwoordigde vereniging heeft geraadpleegd. Aangaande de terugbetalingsregeling maakt de VVKP zich zorgen over de centrale positie die ziekenhuizen bij het plan van de minister toebedeuten krijgen, over de onrealistische (want te bescheiden) honoraria van de klinisch psychologen, alsmede over het feit dat de artsen – en niet de klinisch psychologen – de eerstelijnszorg verstrekken, ook al zijn die artsen daar niet echt vragende partij voor. Volgens de VVKP moet de terugbetaling gelden voor de eerstelijns-klinisch psychologen, en zou die terugbetaling moeten gebeuren

en contradiction avec l'autonomie de la profession. Elle souhaiterait aussi que la complémentarité des professions de psychiatre, de psychologue et d'assistant en psychologie soit davantage travaillée au sein du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale. Ceci est d'autant plus important qu'il y a actuellement un travail sur la classification des fonctions au sein des hôpitaux, avec des conséquences notamment en termes de rémunération. Enfin, concernant le dossier de patient, l'orateur comprend les préoccupations exprimées par le secteur au sujet de la confidentialité dans le cadre de la mise en place du dossier médical partagé. Quant au rôle pilote du patient, elle estime effectivement que le choix du patient tel que garanti par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient doit être respecté.

C. Réponses

M. Bernard Dehan (UPPCF et FBP-BFP) répond que les associations qu'il représente ont bien été consultées par la ministre sur la question du remboursement, mais qu'il y a eu peu de marge de manœuvre et de temps pour une réelle concertation, tant les projets qui leur ont été soumis étaient déjà avancés. Selon ses renseignements, le budget alloué de 22 500 000 euros servira à renforcer les réseaux 107, actuellement débordés, grâce à la collaboration de psychologues cliniciens sous statut d'indépendant. Ces derniers seraient agréés par un hôpital régional qui facturerait les prestations aux patients et payerait ensuite les psychologues. Les honoraires s'élèveraient à 45 euros pour une consultation de 45 minutes, la quote-part personnelle du patient s'élevant à environ 11 euros. Le dispositif prévoit une série de 4 séances renouvelable une fois, moyennant rapport. Il souligne que l'UPPCF et la FBP-BFP plaident, quant à elles, pour un remboursement de principe général et non pour une dispositif aussi précis.

M. Koen Lowet (VVKP) répond que l'association qu'il représente a bien été consultée par la ministre. En ce qui concerne le système de remboursement, le VVKP est préoccupé par la position centrale qui sera accordée aux hôpitaux dans le projet de la ministre, par le caractère non réaliste car trop modique des honoraires des psychologues cliniciens, et par le fait que ce sont les médecins et non les psychologues cliniciens qui se retrouvent en première ligne, alors même que les médecins n'en sont pas spécialement demandeurs. Le VVKP estime que ce sont les psychologues cliniciens de première ligne qui doivent être visés par le

op grond van een vereenvoudigde nomenclatuur. De spreker verwijst naar het door de VVKP geformuleerde voorstel van alomvattende financiering, dat een specifieke financiering per soort zorgverstrekking beoogt te combineren met een forfaitaire financiering. Over de rol van de patiënt bij het beheer van zijn eigen dossier onderstreept hij de diversiteit van de patiënten die bij klinisch psychologen te rade gaan. Volgens hem doet het patiëntendossierbeheer op grond van de vigerende wetgeving betreffende de rechten van de patiënt soms moeilijkheden rijzen met sommige door bepaalde stoornissen getroffen patiënten. Hij pleit voor de instelling van een overlegprocedure tussen de beroepsbeoefenaars en de betrokken patiënt.

De heer Francis Martens (APPPsy) betreurt dat de minister beweert de APPPsy te hebben ontvangen, terwijl dat niet klopt. Ook vindt hij het jammer dat de APPPsy niet is vertegenwoordigd in de Federale raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen. Hij betreurt de verdwijning van het beroep van psychotherapeut ingevolge de herziening van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Hij vindt dat het plan om aan de studie klinische psychologie een jaar stage onder supervisie toe te voegen geenszins de zorgkwaliteit kan waarborgen. Hij is bovendien erg verontrust door de afzwakking van het begrip "beroepsgeheim" in het raam van het gedeelde medische dossier. Met betrekking tot de door de minister aangekondigde terugbetaling vindt hij dat het om een aankondigingseffect gaat. Hij pleit voor een financieringsmodel dat gebaseerd is op het bestaande netwerk van geestelijke gezondheidsdiensten, waarvan de budgetten opwaarts zouden kunnen worden herzien, zonder er de controle over te verliezen. Hij betreurt tot slot het gebrek aan invraagstelling over de nauwe banden tussen geestelijke gezondheid en sociale gezondheid. Depressie, die volgens de Wereldgezondheidsorganisatie de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid is, hangt bijvoorbeeld heel nauw samen met eenzaamheid en werkloosheid.

Mevrouw Tania Schuddinck (UPPsy-BUPsy) stelt dat de door haar vertegenwoordigde vereniging niet vaak door de minister is geraadpleegd. Haar organisatie is daarentegen vertegenwoordigd in de Federale raad voor geestelijke gezondheidsberoepen. Volgens haar zijn er inzake geconstateerde discrepanties tussen psychologen minder verschillen tussen het noorden en het zuiden van het land dan verschillen tussen stromingen in de psychologie. Zij vindt dat de hervorming van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen door de sector niet goed is verteerd, zoals blijkt uit de talrijke beroepen bij het

remboursement et que ce dernier devrait être effectué sur base d'une nomenclature simplifiée. Il se réfère à la proposition de financement global formulée par le VVKP qui mêle un financement spécifique par type de soins avec un financement forfaitaire. Concernant le rôle du patient dans la gestion de son dossier, il souligne la diversité des patients qui consultent des psychologues cliniciens. Il estime que la gestion du dossier du patient sur base de la législation actuelle sur les droits du patient pose parfois problème avec certains patients atteints de certains troubles. Il plaide pour l'instauration d'une procédure de concertation entre les professionnels et le patient concerné.

M. Francis Martens (APPPsy) déplore que la ministre ait prétendu avoir reçu l'APPPsy alors que ce n'est pas le cas. Il regrette aussi que l'APPPsy ne soit pas représentée au sein du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale. Il déplore la disparition de la profession de psychothérapeute suite à la révision de la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale. Il estime que le projet d'ajouter une année de stage supervisé aux études de psychologie clinique n'est pas de nature à assurer la qualité des soins. Il est en outre très préoccupé par l'affaiblissement de la notion de secret professionnel dans le cadre du dossier médical partagé. Concernant le remboursement annoncé par la ministre, il considère qu'il relève d'un effet d'annonce. Il prône un modèle de financement basé sur le réseau existant de Services de Santé Mentale dont les budgets pourraient être revus à la hausse, tout en restant maîtrisés. Il déplore enfin le manque de questionnement sur les liens étroits entre la santé mentale et la santé sociale. À titre d'exemple, la dépression qui est la première cause d'invalidité selon l'Organisation Mondiale de la Santé est intimement corrélée avec la solitude et le chômage.

Mme Tania Schuddinck (UPPsy-BUPsy) affirme que l'association qu'elle représente n'a pas été souvent consultée par la ministre. Son organisation est par contre représentée au sein du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale. Elle considère que les divergences relevées entre psychologues sont moins des divergences entre le Nord et le Sud du pays que des divergences entre courants de la psychologie. Elle estime que la réforme de la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale n'a pas été bien digérée par le secteur, comme en témoignent les nombreux recours introduits devant la

Grondwettelijk Hof. Zij pleit voor het behoud van de diversiteit aan praktijken binnen de psychologie en dat die diversiteit niet verdwijnt ten gunste van het enige model van *evidence based psychology*. In dat verband verwijst ze naar het advies van de Federale raad voor geestelijke gezondheidsberoepen aan de minister.

De heer Peter De Graef (Thomas More hogeschool) bevestigt dat de bachelors in de toegepaste psychologie niet zijn geraadpleegd door de minister. Hij werd op zijn verzoek twee keer op het kabinet van de minister ontvangen, maar ondanks zijn actieve inspanningen werd geen rekening gehouden met het standpunt van de psychologisch consulenten tijdens het opstellen van de wet van 10 juli 2016 tot wijziging van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen. Hij is nog altijd vragende partij voor overleg binnen de sector. Sinds 2008 onderhoudt hij regelmatig contact met de BFP-FBP, maar het is helaas nooit mogelijk geweest om tot een gemeenschappelijk standpunt te komen over een samenwerkingsmodel tussen psychologen en psychologisch consulenten. Wat de financiering betreft, benadrukt hij dat de huidige situatie voor de psychologisch consulenten een kwestie is van overleven. Gezien de weinige beschikbare financiële middelen heeft hij voor de psychologisch consulenten geen specifiek financieringsmodel ontwikkeld. Hij vindt het door de VVKP voorgestelde model voor de psychologen een goede aanzet en neemt aan dat de psychologisch consulenten erin kunnen worden opgenomen. Wat de toekomstmogelijkheden betreft, stelt de spreker vast dat het voor de psychologisch consulenten bijzonder moeilijk wordt om als werknemer in dienst te worden genomen en dat ze vaak geen andere mogelijkheid zien dan hun loopbaan aan te vatten als zelfstandige, hoewel ze zich daar niet klaar voor voelen. Hij merkt op dat veel afgestudeerden na hun studie nog een universitaire master volgen en is van mening dat vele afgestudeerden de bacheloropleiding toegepaste psychologie zien als een eerste stap, die toegankelijker is dan universitaire studies. De spreker hoopt dat deze opstap, die de toegang tot de opleiding democratiseert, in de toekomst zal blijven bestaan.

Mevrouw Fabienne Deschoenmaecker (Marie Haps "Haute École Léonard de Vinci") schaart zich achter het standpunt van de heer Peter De Graef dat er geen overleg is geweest. Zo wijst ze erop dat de directeurs van de afdeling sociale studies van de *Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur* (ARES) ongeveer een jaar geleden een ontmoeting met het kabinet van de minister hebben aangevraagd met het oog op een gedachtwisseling over de competenties van de assistenten in de psychologie die kunnen worden erkend met het oog op de uitoefening van functies binnen de eerstelijnscontext. Er werd echter niet op het verzoek

Cour constitutionnelle. Elle plaide pour un maintien de la diversité des pratiques au sein de la psychologie et que cette diversité ne disparaît pas au profit du seul modèle de l'*evidence based psychology*. Elle se réfère à cet égard à l'avis remis à la ministre par le Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale.

M. Peter De Graef (Thomas More hogeschool) affirme que les bacheliers en psychologie appliquée n'ont pas été consultés par la ministre. Il a été reçu à deux reprises au cabinet de la ministre, à sa demande. Mais, malgré ses démarches actives, il n'a pas été tenu compte du point de vue des "*counselors*" ("*psychologisch consulenten*") lors de l'élaboration de la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale. Il est toujours demandeur de concertation au sein même du secteur. Il entretient depuis 2008 des contacts réguliers avec la FBP-BPF mais il n'a malheureusement jamais été possible d'aboutir à un point de vue commun sur un modèle de collaboration entre psychologues et "*counselors*". En ce qui concerne le financement, il souligne que la situation actuelle pour les "*counselors*" relève de la survie. Vu le peu de moyens financiers disponibles, il n'a pas développé un modèle de financement propre aux assistants en psychologie. Il estime que le modèle proposé par le VVKP pour les psychologues est bon et souhaiterait que les "*counselors*" puissent y être intégrés. Quant aux débouchés, il constate qu'il est extrêmement difficile pour les "*counselors*" d'être engagés comme salariés et qu'ils sont souvent forcés de se lancer sous statut d'indépendant alors qu'ils ne s'y sentent pas prêts. Il observe que de nombreux diplômés poursuivent leurs études par un master universitaire. Il considère que, pour de nombreux diplômés, les études de bacheliers en psychologie appliquée constituent une première étape, plus accessible que l'université. Il espère que ce premier échelon qui démocratise l'accès aux études continuera à exister à l'avenir.

Mme Fabienne Deschoenmaecker (Marie Haps Haute École Léonard de Vinci) rejoint le point de vue de M. Peter De Graef au sujet de l'absence de concertation. Ainsi, les directeurs de la catégorie sociale de l'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES) ont demandé, il y a environ un an, une rencontre avec le cabinet de la ministre pour avoir un échange de vues sur les compétences de l'assistant en psychologie pouvant être reconnues dans l'exercice de sa fonction au sein de la première ligne, mais la demande est restée sans réponse. Concernant la passerelle vers le master universitaire en psychologie clinique, il s'agit d'une année complémentaire qui est récemment passée

ingegaan. Het schakelprogramma naar een universitaire master in de klinische psychologie is een bijkomend opleidingsjaar waarvan het aantal studiepunten recent werd verlaagd van 60 naar 45. Die vermindering van het aantal credits met betrekking tot het schakelprogramma toont aan dat het bachelordiploma van assistent in de psychologie (op zich een heuse manier om zich sociaal op te werken) stoelt op een accurate opleiding, die een eventuele latere masteropleiding faciliteert. Met het oog op een vlottere voortzetting van de studies hebben regelmatig ontmoetingen plaatsgevonden met de decanen van de psychologiefaculteiten. Ongeveer een derde van de afgestudeerden maakt gebruik van een dergelijk schakelprogramma. Een ander derde gaat meteen aan de slag. Nog een derde heroriënteert zich. Momenteel wordt een studie naar de jongste vijf promoties gevoerd die nauwkeurigere cijfers zou moeten opleveren.

De heer Xavier Van Cauter (*FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu*) wijst erop dat er nog een hele weg moeten worden afgelegd naar de erkenning van de klinisch psychologen. De minister volgt de werkzaamheden van nabij op en streeft naar een zo snel mogelijke afhandeling. Wat de terugbetaling betreft, stelt de spreker de leden van de commissie voor de minister te ondervragen of vertegenwoordigers van het RIZIV uit te nodigen. Naar zijn mening moet het overleg bij uitstek worden gevoerd binnen de recent opgerichte Federale raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen, waarvan de samenstelling de diversiteit van de sector wil weerspiegelen. Die Raad heeft met name de opdracht na te denken over de relatie tussen de verschillende geestelijke gezondheidszorgberoepen. Wat ten slotte de centrale rol van de patiënt bij het beheer van zijn dossier betreft, is de spreker van oordeel dat de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt al een aantal beperkingen bevat om rekening te houden met de situatie van patiënten met psychologische stoornissen. Hij erkent evenwel dat dit vraagstuk zich nog scherper zal stellen in het kader van het gedeeld medisch dossier.

de 60 à 45 crédits. Cette diminution des crédits liés à l'année passerelle montre que le diplôme de bachelier assistant en psychologie (véritable "ascenseur social" en soi) s'appuie sur une formation rigoureuse qui facilite la poursuite éventuelle d'un trajet de formation au niveau master. Des rencontres ont lieu régulièrement avec les doyens des facultés de psychologie pour faciliter la poursuite des études. Environ un tiers des diplômés font usage de cette passerelle. Un autre tiers commence à travailler directement. Le dernier tiers se réoriente. Une étude sur les cinq dernières promotions de diplômés est actuellement en cours et devrait permettre d'affiner ces chiffres.

M. Xavier Van Cauter (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement) souligne le travail considérable à réaliser pour aboutir à un agrément des psychologues cliniciens. La ministre suit les travaux de près et essaie d'aboutir au plus vite. En ce qui concerne le sujet du remboursement, il suggère que les membres de la commission interroge la ministre ou invite des représentants de l'INAMI. Il estime que le nouveau Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale dont la composition se veut représentative de la diversité du secteur est précisément le lieu de la concertation. Ce Conseil a notamment pour mission de réfléchir à la relation entre les différentes professions de soins de santé mentale. Enfin, à propos du rôle central du patient dans la gestion de son dossier, il estime que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient comporte déjà un certain nombre de limites pour prendre en compte la situation de patients atteints de troubles psychologiques. Il reconnaît néanmoins que cette problématique deviendra plus aiguë dans le cadre du dossier médical partagé.

**DEEL V — HOORZITTING MET DE
VERTEGENWOORDIGERS VAN DE ARTSEN
(16 MEI 2018)**

A. Inleidende uiteenzettingen

1. Uiteenzetting van de heren Paul De Munck en Renier Hueting, Cartel-GBO (Groupement belge des omnipraticiens)

Bij wijze van inleiding brengt de heer De Munck het verloop in herinnering van de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen. Het project werd op 28 september 2016 in de steigers gezet en het wetsontwerp werd een eerste maal op 27 oktober 2016 door professor Vandewoude van het kabinet van de minister van Volksgezondheid gepresenteerd. Op 16 november 2016 werd het ontwerp dan bij de Hoge Gezondheidsraad (HGR) besproken.

Van september 2016 tot februari 2017 werd een elektronische raadpleging gehouden: daarop hebben 101 organisaties geantwoord, wat 709 reacties opleverde. Op 14 maart 2017 heeft professor Vandewoude een tweede presentatie van het project gegeven, waarin hij duidelijk de opmerkingen van de HGR had opgenomen, alsook die welke online waren uitgebracht.

Vervolgens werd een voorontwerp van wet over de kwaliteit van de gezondheidszorg opgesteld en op 21 december 2017 werd dat voorgelegd aan de artsensyndicaten. Op het kabinet van de minister heeft op 16 januari 2018 ook een vergadering plaatsgehad. Sindsdien is niets meer gebeurd en het Cartel heeft de indruk niet langer te worden uitgenodigd om zich te beraadslagen over alle punten die voor het Cartel problemen doen rijzen. Het is niet duidelijk of de andere sectoren van de gezondheidszorgberoepen ook werden geraadpleegd.

Volgens de spreker is er tot op heden nog geen document of overleg over het wetsontwerp “uitvoering van de gezondheidszorgberoepen”. Het Cartel vraagt zich af waarom de minister niet heeft voorzien in een routekaart voor de grondige hervorming van de gezondheidszorgberoepen.

De spreker gaat vervolgens gedetailleerd in op de punten die het Cartel in het ontwerp tot algemene herziening positief acht. De hervorming is gebaseerd op drie pijlers, namelijk bevoegde hulpverstrekkers, geïntegreerde interdisciplinaire gezondheidszorg en de centrale plaats van de patiënt. Voor het Cartel vormen die drie pijlers een belangrijke stap voorwaarts qua visie

**PARTIE V — AUDITION DE
REPRÉSENTANTS DES MÉDECINS
(16 MAI 2018)**

A. Exposés introductifs

1. Exposé de MM. Paul De Munck et Renier Hueting, Cartel-GBO (Groupement belge des omnipraticiens)

En guise d'introduction, M. De Munck rappelle le déroulement de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. Le projet a été lancé le 28 septembre 2016 et une première présentation du projet a été faite le 27 octobre 2016 par le professeur Vandewoude du cabinet de la ministre de la Santé publique. Le projet a ensuite été examiné au sein du CSS (Conseil supérieur de la Santé) le 16 novembre 2016.

De septembre 2016 à février 2017, une consultation électronique a été organisée à laquelle 101 organisations ont répondu et qui a comptabilisé 709 réactions. Le 14 mars 2017, le professeur Vandewoude a fait une deuxième présentation du projet dans lequel il avait manifestement intégré les remarques du CSS et celles émises en ligne.

Un avant-projet de loi relatif à la qualité des soins de santé a ensuite été rédigé et soumis aux syndicats médicaux le 21 décembre 2017. Une rencontre a également eu lieu au cabinet de la ministre le 16 janvier 2018. Depuis cette rencontre, plus rien ne s'est passé et le cartel a l'impression de ne plus être invité à réfléchir sur tous les points qui lui posaient problème. Il n'est pas clair si les autres secteurs des professions de santé ont également été consultés.

Selon M. De Munck, il n'existe pas encore de document ou de concertation à ce jour sur le projet de loi “exercice des professions de santé”. Le Cartel se demande pourquoi la ministre ne prévoit pas de feuille de route pour le vaste projet de réforme des professions de santé.

L'orateur détaille ensuite les points que le Cartel juge positifs dans le projet de réforme globale. La réforme est axée sur trois piliers, à savoir des prestataires d'aide compétents, des soins de santé interdisciplinaires intégrés et la place centrale du patient. Pour le Cartel, ces trois piliers constituent une avancée majeure en termes de vision de l'exercice de la profession. Il va de soi que

op de uitoefening van het beroep. Het spreekt voor zich dat de artsen zelf vragende partij zijn voor een controle op de uitoefening van het beroep.

De heer Reinier Hueting gaat gedetailleerd in op de zwakke punten van de hervorming. Het Cartel betreurt dat in het ontwerp tot hervorming in onvoldoende samenwerking wordt voorzien tussen de eerstelijnsverstrekkers en degenen die geen beoefenaar van een gezondheidszorgberoep zijn, zoals de beroepen uit de sociale sector. Bovendien ontbreekt het de voorstellen in het wetsontwerp vaak aan duidelijkheid – sommige zijn heel gedetailleerd, maar andere dan weer niet –, doordat wordt gepoogd verschillende problemen tegelijkertijd op te lossen.

De hervorming voorziet in een directe toegang van de patiënten tot bepaalde gezondheidszorgberoepen, zonder doorverwijzing door een arts. Het Cartel vindt dat de diagnose tot het bevoegdheidsgebied van de arts moet blijven behoren. Bovendien vraagt directe toegang om een nauwkeurige beschrijving van de bevoegdheden in elke discipline; dat is een lastige en tijdrovende oefening.

De heer De Munck maakt vervolgens een aantal opmerkingen over het aan het Cartel voorgelegde voorontwerp inzake de kwaliteit van de uitoefening van de gezondheidszorg. Volgens het Cartel zijn de sterke punten van het voorontwerp de volgende:

- er zijn criteria voor het elektronisch medisch dossier (EMD) en voor de softwarehomologatie;
- mogelijkheid van taakverdeling en subsidiariteitsbeginsel. Dat laatste komt dan wel in het voorontwerp ter sprake, maar maakt geen melding van enige echelondering (hoe moet het zorgtraject worden gebruikt met inachtneming van het eerstelijns- en tweedelijnsfilter);
- meer autonomie voor de niet-medische beroepen. Men moet echter verduidelijken wat die autonomie inhoudt (wie mag wat doen en hoe?);
- het voorontwerp van wet stelt in uitzicht dat de zorgkwaliteit niet alleen wordt gewaarborgd door het diploma, maar ook door de portfolio, namelijk een portefeuille waarin de zorgverlener – elektronisch – heel zijn opleiding registreert om zijn *knowhow* en zijn bijscholing aan te tonen. Wat gebeurt er derhalve met het accreditatiesysteem?

— er is gepland dat de patiënt het recht heeft om behandeld te worden in de taal van zijn taalgebied, namelijk in één van de drie landstalen. Dat beginsel is nieuw maar ligt gevoelig. Hoe zal worden nagegaan of een zorgverlener in staat is om een patiënt in zijn taal

les médecins-mêmes sont demandeurs d'un contrôle de l'exercice de la profession.

M. Reinier Hueting detaille à son tour les points faibles de la réforme. Le Cartel déplore que le projet de réforme ne prévoie pas assez de collaboration entre les prestataires de la première ligne et ceux qui ne sont pas des professionnels de la santé, comme par exemple les professions du secteur social. En outre, les propositions contenues dans le projet de loi manquent souvent de clarté – certaines sont très détaillées et d'autres moins – étant donné qu'elles essayent de résoudre plusieurs problèmes simultanément.

La réforme prévoit un accès direct des patients à certaines professions de soins de santé sans renvoi par un médecin. Le Cartel est d'avis que le diagnostic doit rester dans le champ de compétence du médecin. En outre, un accès direct presuppose une description précise des compétences requises dans chaque discipline; il s'agit là d'un exercice difficile et de longue haleine.

M. De Munck formule ensuite quelques commentaires sur l'avant-projet de loi relatif à la qualité de la pratique des soins de santé, qui a été soumis à l'avis du Cartel. Selon le Cartel, les points forts de l'avant-projet sont les suivants:

- l'avant-projet prévoit des critères pour le DMI (dossier médical informatisé) et l'homologation des logiciels.
- Possibilité de partage de tâches et principe de subsidiarité. Si l'avant-projet de loi évoque le principe de subsidiarité, il ne parle pas d'un échelonnement (comment utiliser la filière de soins en suivant le filtre de la première ligne et ensuite de la deuxième ligne).
- Une plus grande autonomie des professions non-médicales. Toutefois, il faudra préciser ce que recouvre cette autonomie (qui peut faire quoi et comment);
- L'avant-projet de loi prévoit de garantir la qualité des soins non seulement par le diplôme mais également par le portfolio, à savoir un portefeuille dans lequel le prestataire enregistre – de manière électronique – tout sa formation pour justifier son savoir-faire et la mise à niveau de ses connaissances. Que devient dès lors le système d'accréditation?
- Il est prévu que le patient a le droit d'être traité dans la langue de sa région, à savoir dans une des trois langues nationales. Ce principe est neuf mais sensible. Comment va-t-on vérifier si un prestataire de soins est capable de soigner un patient dans sa langue (quid des

te behandelen (*quid* met de buitenlandse artsen)? Dat impliceert dat elke patiënt van de Duitstalige gemeenschap in het Duits moet kunnen worden behandeld. Zullen er genoeg tweetalige artsen zijn in Brussel?

— het voorontwerp van wet beoogt het onderscheid te maken tussen continuïteit van de zorg (duurzame *follow-up* van een patiënt) en de permanentie ervan (toegang tot de diensten). Andere aspecten van de zorgkwaliteit komen echter niet aan bod.

— Het kabinet hoopt de wet in 2020 te kunnen doen aannemen en de koninklijke besluiten in 2030 bekend te maken. Hoewel de hervorming dringend is, is het wenselijk om voor overleg met de betrokkenen in het veld de nodige tijd te nemen, teneinde tot een consensus te komen.

Als zwakke punten van het voorontwerp van wet stipt de heer De Munck onder meer het volgende aan:

— het Cartel heeft de indruk dat het een verzamelwet is die erg uiteenlopende artikelen groepeert. Zo gaat het voorontwerp van wet ook over anesthesie door hypnose, terwijl de tandartsen in hun praktijk geen lachgas mogen gebruiken (in tegenstelling tot wat de HGR daarover vindt);

— het voorontwerp bevat veel onnauwkeurigheden;

— de tekst van het voorontwerp gaat opnieuw in op de niet-conventionele praktijken; eerst zal moeten worden bepaald wat onder de conventionele geneeskunde valt;

— niet alle zorgkwaliteitscriteria worden in aanmerking genomen, zoals de (financiële, geografische, culturele) toegankelijkheid, de alomvattendheid enzovoort. Het Cartel hoopt dat het over een nieuwe versie van het wetsontwerp zal worden geraadpleegd.

Na lectuur van het voorontwerp van wet stelt het Cartel zich nog de volgende vragen:

— het is de bedoeling om een Federale Raad voor de Kwaliteit en een commissie voor kwaliteitscontrole op te richten. Wat worden de Hoge Gezondheidsraad, de huidige kwaliteitsvoorzieningen (de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) en de Profielcommissie), de provinciale geneeskundige commissies alsook de vroegere gezondheidsinspecteurs ten opzichte van de nieuwe gezondheidsinspecteurs?

— het is de bedoeling om voor de NRKP ten hoogste 300 deskundigen te benoemen op grond van een door de Orde der artsen voorgestelde kandidatenlijst. Waarom

médecins étrangers)? Cela implique que tout patient de la communauté germanophone doit pouvoir être traité en allemand. Y aura-t-il assez de médecins bilingues à Bruxelles?

— L'avant-projet fait la différence entre continuité des soins (suivi d'un patient dans la durée) et permanence (accès des services). Toutefois, d'autres aspects de la qualité des soins ne sont pas abordés.

— Le cabinet espère pouvoir faire adopter la loi en 2020 et publier les arrêtés royaux en 2030. Bien que la réforme soit urgente, il convient de prendre le temps de la concertation avec le terrain afin de dégager un consensus.

Parmi les points faibles de l'avant-projet de loi, M. De Munck relève:

— Le Cartel a l'impression qu'il s'agit d'une loi fourre-tout regroupant des articles très disparates. Ainsi, l'avant-projet traite également de l'anesthésie par hypnose alors que les dentistes ne peuvent pas utiliser de gaz hilarant dans leur pratique (contrairement à l'avis du CSS).

— l'avant-projet de loi contient beaucoup d'imprécisions.

— Le texte de l'avant-projet traite à nouveau des pratiques non-conventionnelles. Il faudra d'abord définir ce que recouvre la médecine conventionnelle.

— tous les critères de qualité des soins en sont pas pris en compte comme par exemple l'accessibilité (financière, géographique, culturelle), la globalité, ... Le Cartel espère qu'il sera consulté sur une nouvelle version du projet de loi.

A la lecture de l'avant-projet de loi, le Cartel se pose encore les questions suivantes:

— Il est prévu de créer un Conseil fédéral pour la qualité et une commission de contrôle de la qualité. Que deviennent le Conseil supérieur de la Santé, les actuelles structures de qualité (le Conseil national pour la promotion de la qualité (CNPQ) et la Commission des profils), les commissions médicales provinciales, les inspecteurs d'hygiène par rapport aux inspecteurs de santé?

— Il est prévu de nommer un maximum de 300 experts pour le CFDQ sur base d'une liste de candidats présentés par l'Ordre des médecins. Pourquoi l'Ordre

kan alleen de Orde deskundigen inzake kwaliteitscontrole benoemen? Op basis van welke criteria gebeurt dat? Is de Orde de geschikte instantie om deskundigen te benoemen voor de andere gezondheidsberoepen?

— er is gepland dat de zorgverleners een toereikende kennis van het Belgische gezondheidszorgstelsel moeten hebben. Hoe zal die kennis worden gecontroleerd?

De heer Huetting preciseert dat het Cartel het beginsel van "license to practice" goedkeurt, maar vindt wel dat de verplichting om een portfolio aan te leggen niet tot overmatige administratieve beslommeringen mag leiden.

Het concept "karakterisatie" van de patiënt (risicoanalyse van de patiënt) zou moeten worden verduidelijkt en mag niet voor alle patiënten gelden.

Het Cartel waarschuwt voor een wildgroei aan commissies en adviseurs.

Het wetsontwerp gaat uit van het beginsel dat de informatica goed werkt; dat is niet altijd het geval. In de praktijk slagen de artsen er immers niet altijd in om op een beveiligde manier een bericht te sturen naar een specialist in een ziekenhuis, naar een beroepsbeoefenaar van een andere discipline of zelfs naar een andere huisarts. Het wetsontwerp mag dus geen onrealistische verwachtingen wekken omtrent de inhoud van het elektronisch dossier, het gedeelde dossier of nog de vlotte gegevensuitwisseling met andere zorgverleners.

2. Uiteenzetting van mevrouw Greet Van Kerschaever, Domus Medica

Mevrouw Greet Van Kerschaever licht de visie van Domus Medica toe rond de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Vijftig jaar nadat het in voege trad, is het KB 78 aan vervanging toe. De laatste vijftig jaar is de visie van Domus Medica omtrent organisatie van gezondheidszorg en hoe de zorgverleners samenwerken sterk gewijzigd. Het is dan ook noodzakelijk dat de wetgeving hierin volgt. Aan het huidige KB 78 is al heel wat in de marge gewijzigd sinds publicatie, maar voor Domus Medica is het nu tijd om een volledige nieuwe wet te schrijven die past binnen de huidige realiteit maar ook ruimte biedt om in de toekomst mee te evolueren.

seul peut-il nommer des experts en matière de contrôle de la qualité? sur base de quels critères? L'Ordre est-il bien placé pour nommer des experts pour les autres professions de santé?

— Il est prévu que les prestataires de soins doivent avoir une connaissance suffisante du système belge des soins de santé. De quelle manière va-t-on contrôler ces connaissances?

M. Huetting précise que le Cartel approuve le principe "licence to practice" mais il estime que l'obligation de constituer un portefolio ne peut pas entraîner de surcharge administrative.

Le concept de "caractérisation" du patient (analyse des risques du patient) devrait être précisé et ne peut pas être applicable à tous les patients.

Le Cartel met en garde contre une inflation de commissions et de conseillers.

Le projet part du principe que l'informatique fonctionne bien, ce qui n'est pas toujours le cas. En effet, dans la pratique, les médecins ne parviennent pas toujours à transmettre, de manière sécurisée, un message à un médecin spécialiste dans un hôpital, à un praticien d'une autre discipline ni même à un autre médecin généraliste. Le projet ne doit dès lors pas créer d'attentes irréalistes au sujet du contenu du dossier électronique, du dossier partagé ou encore de l'échange aisément de données avec d'autres prestataires.

2. Exposé de Mme Greet Van Kerschaever, Domus Medica

Mme Greet Van Kerschaever commente le point de vue de Domus Medica concernant la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé.

Cinquante ans après son entrée en vigueur, il est temps de remplacer l'AR 78. Au cours des cinquante dernières années, le point de vue de Domus Medica concernant l'organisation des soins de santé et le mode de coopération des prestataires de soins a fortement changé. Il est dès lors nécessaire que la législation suive. L'AR 78 a déjà fait l'objet de nombreuses modifications marginales depuis sa publication, mais pour Domus Medica, il est temps d'écrire une toute nouvelle loi qui s'inscrive dans la réalité actuelle tout en étant en mesure d'évoluer avec son temps.

Vanuit Domus Medica kunnen we ons zeker achter het vertrekpunt zetten rond de nieuwe wetgeving gezondheidsberoepen: "Een interdisciplinaire gezondheidszorg is immers een gezondheidszorg die met competente zorgverleners kwaliteitsvolle zorg aanbiedt aan de patiënt, op maat van de patiënt en met de patiënt". Binnen dit vertrekpunt komen al enkele essentiële elementen naar voor. De patiënt staat centraal binnen de gezondheidszorg, er moet interdisciplinair samengewerkt worden en kwaliteit van zorg is de basis van alle zorg.

De patiënt staat centraal

De patiënt centraal stellen in de zorg wil zeggen dat de zorg respectvol is voor en responsief is aan individuele voorkeur, nood en waarden van de patiënt. Bij de zorg van de patiënt moet elke zorgverlener de wensen van de patiënt respecteren, in de mate dat dit de zorg en veiligheid niet in gedrang komt, dit is het vertrekpunt bij elke vorm van zorg.

Een belangrijke voorwaarde om dit te creëren is dat de patiënt goed geïnformeerd is. De patiënt en zijn naaste omgeving moet op de hoogte zijn van de verschillende opties hoe zijn zorg georganiseerd kan worden.

Voor Domus Medica is hier een belangrijke rol weggelegd voor de GMD-houdende huisarts van de patiënt. De huisarts kan de patiënt op medisch vlak, van bij de geboorte tot op het sterfbed begeleiden om de beste zorg naar zijn wens te krijgen rekening houdend met de sociale context van de patiënt. De huisarts kan doorverwijzen waar nodig, kan medicatie of andere behandelingen voorschrijven enzovoort.

Daarvoor is het belangrijk dat zo veel mogelijk inwoners een globaal medisch dossier (GMD) hebben bij een huisarts zodat deze coördinatie van medische zorg zo breed mogelijk uitgevoerd kan worden.

Daarom pleiten we vanuit Domus Medica dan ook voor verplicht GMD voor elke Belg als toegangspoort tot de gezondheidszorg en daar uit volgend een automatische verlening van dit GMD.

Interdisciplinaire gezondheidszorg

Zorg verlenen is nog amper een taak van een individu. In heel veel gevallen is het een samenwerking tussen verschillende disciplines waarbinnen met respect voor elke discipline samen gewerkt wordt om kwalitatieve zorg te verlenen aan de patiënt. Taken worden

Domus Medica souscrit certainement au principe de base de la nouvelle législation relative aux professions des soins de santé: "En effet, on entend par soins de santé interdisciplinaires des soins de santé qui, par le biais de prestataires de soins compétents, visent à proposer des soins de qualité, sur mesure et en collaboration avec le patient". Ce principe de base énonce quelques éléments essentiels. En matière de soins de santé, le patient occupe une place centrale, il convient de veiller à une coopération interdisciplinaire et la qualité des soins est à la base de tous les soins.

Le patient occupe une place centrale

Donner une place centrale au patient en matière de soins de santé signifie que les soins doivent être respectueux des préférences, besoins et valeurs individuels du patient et qu'ils doivent y répondre. Dans le cadre des soins dispensés au patient, chaque prestataire de soins doit respecter les souhaits du patient, dans la mesure où ces derniers ne compromettent pas les soins et la sécurité: c'est le principe de base de toute forme de soins.

Une condition importante à cet effet est que le patient soit bien informé. Le patient et ses proches doivent être au courant des différentes options possibles quant à l'organisation des soins octroyés.

Domus Medica estime qu'un rôle important est réservé en l'occurrence au médecin généraliste détenteur du DMG du patient. Le généraliste peut accompagner le patient sur le plan médical de sa naissance à la fin de sa vie et lui prodiguer les meilleurs soins en fonction de ses souhaits tout en tenant compte de la situation sociale du patient. Le médecin généraliste peut, le cas échéant, réorienter le patient, prescrire des médicaments ou d'autres traitements, ...

Aussi est-il important qu'un maximum de citoyens disposent d'un dossier médical global (DMG) auprès d'un généraliste afin que cette coordination des soins de santé puisse être la plus large possible.

C'est la raison pour laquelle Domus Medica plaide en faveur d'un DMG obligatoire pour tous les Belges en tant qu'accès aux soins de santé et, partant, pour l'octroi automatique de ce DMG.

Interdisciplinarité des soins de santé

Administrer des soins n'est plus que rarement l'affaire d'une seule personne. Dans de très nombreux cas, c'est le fait d'une collaboration entre différentes disciplines dans le cadre de laquelle ces disciplines coopèrent, dans le respect l'une de l'autre, pour prodiguer des soins

interdisciplinair verdeeld tussen disciplines maar sommige taken worden ook gezamenlijk opgenomen.

Voor sommige taken wordt een grote professionele vaardigheid vereist en kan deze enkel uitgevoerd worden na het volgen van een intense beroepsopleiding.

Daarnaast zijn er gemeenschappelijk taken zoals bijvoorbeeld duidelijk communiceren en het scheppen van een goed zorgklimaat waar elke discipline een belangrijke rol in speelt bij goede zorg voor de patiënt.

Bij interdisciplinair samenwerken speelt ook de gezamenlijke verantwoordelijkheid een rol. Dit is een verantwoordelijkheid die zowel door ieder lid als door het gehele team als groep gezamenlijk opgenomen wordt. De verantwoordelijkheid van het interdisciplinair team is meer dan de optelsom van de persoonlijke verantwoordelijkheden van de teamleden, het is tevens een collectieve verantwoordelijkheid van het team als groep. Belangrijk is dat deze collectieve verantwoordelijkheid ook een juridische vertaling krijgt.

Om dit te realiseren is gegevensdeling de ruggraat. Het wettelijk kader moet toelaten om tussen de verschillende zorgverleners en gezondheidsberoepen gegevens te delen met respect voor de wensen van de patiënt. De patiëntgegevens zijn eigendom van de patiënt en deze waarborg moet ingeschreven worden.

Zorgverleners moeten op een veilige en digitale manier deze patiëntgegevens kunnen delen om de best zorgen aan de patiënt te kunnen verlenen.

Kwaliteitsvolle zorg

In België wil men kwaliteitsvolle zorg verlenen aan alle patiënten. Dit moet dan ook voor alle zorgberoepen een basisprincipe zijn. Kwaliteit in zorg wordt opgebouwd rond enkele dimensies:

- Gelijkheid: Iedereen zou dezelfde kwaliteitsvolle zorg moeten krijgen.
- Effectiviteit: Patiënten moeten de zorg krijgen die ze nodig hebben
- Tijdigheid: Op elk moment moeten patiënten dezelfde kwaliteit van zorg krijgen
- Veiligheid: De behandeling die een patiënt krijgt moet zo veilig als mogelijk zijn.

de qualité au patient. Les tâches sont réparties entre les différentes disciplines, mais il arrive aussi que certaines tâches soient assumées collégialement.

Certaines tâches requièrent une grande expertise professionnelle et ne peuvent être exécutées qu'à l'issue d'une formation professionnelle intensive.

Il existe par ailleurs des tâches communes, comme, par exemple, le fait de communiquer clairement et de créer un climat thérapeutique favorable auquel chaque discipline apporte une contribution importante de manière à soigner le patient le mieux possible.

La responsabilité collective joue également un rôle dans la collaboration interdisciplinaire. Il s'agit d'une responsabilité qui est assumée tant individuellement, par chaque membre de l'équipe, que collégialement, par l'équipe dans son ensemble. La responsabilité de l'équipe interdisciplinaire est plus que la somme des responsabilités individuelles de ses membres: il s'agit aussi d'une responsabilité collective de l'équipe en tant que groupe. Il est important de veiller à donner également une traduction juridique à cette responsabilité collective.

La clé pour y parvenir réside dans le partage des données. Le cadre légal doit permettre aux différents prestataires de soins et aux différentes professions de la santé de partager des données dans le respect des souhaits du patient. Les données du patient sont sa propriété, et cette garantie doit être inscrite dans la loi.

Les prestataires de soins doivent pouvoir partager ces données numériquement et de manière sûre afin de pouvoir prodiguer les meilleurs soins possibles au patient.

Soins de qualité

En Belgique, l'objectif est de fournir des soins de qualité à tous les patients. Cet objectif doit dès lors constituer un principe fondamental pour toutes les professions des soins de santé. La qualité des soins s'articule autour de quelques aspects:

- Égalité: tout le monde devrait recevoir les mêmes soins de qualité.
- Efficacité: les patients doivent recevoir les soins dont ils ont besoin.
- Constance: la qualité des soins fournis aux patients doit être la même à tout moment.
- Sécurité: le traitement administré à un patient doit être aussi sûr que possible.

— Efficiëntie: De beschikbare middelen zoals geld en personeel moeten ingezet worden op een manier dat er zoveel mogelijk resultaten mee bereikt kunnen worden.

— Patiëntgerichtheid: Kwaliteit houdt ten slotte in dat er rekening gehouden wordt met wat de individuele patiënt wil.

Om dit te realiseren is er nood aan sterke beroepsopleidingen voor alle gezondheidsberoepen waarbinnen *evidenced based practice* de basis vormt. Voor Domus Medica moet iedere zorgverlener zich regelmatig bijscholen om de evoluties binnen zijn discipline op te volgen. Deze continue professionele vorming moet aangepast zijn aan de noden van de zorgverlener. Ze moet inspelen op de verbeterpunten van de zorgverleners en ruimte blijven bieden voor intervisie met collega's om thema's te bespreken.

Welzijn zorgverlener

Om kwalitatieve zorg te verlenen aan een patiënt, is het belangrijk dat de zorgverlener goed in zijn vel zit. De druk bij zorgverleners ligt hoog, daarom is het essentieel om oog te hebben voor het welzijn van de zorgverlener. Een goede work/life-balance is volgens Domus Medica één van de basisprincipes voor een beter welzijn voor de zorgverlener.

Besluit

Sinds de opmaak van het KB78 is er heel wat gewijzigd. Het is inderdaad tijd om een nieuwe wetgeving te schrijven die voldoet aan de huidige realiteit, maar ook die een antwoord kan bieden op de uitdagingen van de toekomst. Voor Domus Medica moeten er drie basisprincipes verwerkt worden in de nieuwe wetgeving:

- 1) de patiënt staat centraal
- 2) interdisciplinaire gezondheidszorg
- 3) kwaliteitsvolle zorg

Domus Medica is altijd bereid om actief mee te werken aan de hervorming van wetgeving rond de gezondheidsberoepen.

— Efficience: les moyens disponibles tels que l'argent et le personnel doivent être affectés de manière à ce qu'ils permettent d'atteindre un maximum de résultats.

— Orientation patient: la qualité implique enfin que la volonté du patient considéré individuellement est prise en compte.

Pour y parvenir, il est nécessaire de mettre en place des formations professionnelles solides pour toutes les professions des soins santé, sur la base d'une pratique fondée sur des données probantes. Domus Medica estime que chaque prestataire de soins doit se recycler régulièrement afin de suivre les évolutions au sein de sa discipline. Cette formation professionnelle continue doit être adaptée aux besoins du prestataire de soins. Elle doit miser sur les points perfectibles des prestataires de soins et continuer à offrir des possibilités d'intervision avec des collègues afin de discuter de thèmes.

Bien-être du prestataire de soins

Afin de fournir des soins de qualité à un patient, il importe que le prestataire de soins soit bien dans sa peau. Dès lors que les prestataires de soins sont soumis à un niveau de pression élevé, il est essentiel d'être attentif à leur bien-être. Domus Medica considère qu'un bon équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle constitue l'un des piliers de l'amélioration du bien-être du prestataire de soins.

Conclusion

Depuis son élaboration, l'arrêté royal n° 78 a connu de nombreuses modifications. Il est effectivement temps de rédiger une nouvelle législation qui réponde à la réalité actuelle mais qui permette également d'apporter une réponse aux défis du futur. Domus Medica estime que trois principes fondamentaux doivent être intégrés dans la nouvelle législation:

- 1) Le place centrale occupée par le patient.
- 2) L'interdisciplinarité des soins de santé.
- 3) La qualité des soins.

Domus Medica est disposé à collaborer activement à la réforme de la législation relative aux professions des soins de santé.

3. Uiteenzetting van de heer Marc Moens, voorzitter van de BVAS (Belgische Vereniging van de Artsensyndicaten)

De heer Marc Moens, voorzitter van de BVAS, steekt van wal met de mededeling dat zijn vereniging betrokken wil worden bij de hervorming van de gezondheidszorgberoepen. Hij is dan ook verheugd dat hem in de huidige hoorzittingen de gelegenheid wordt geboden zijn mening te geven.

Verwijzend naar de uiteenzetting van de heer De Munck van het Cartel, wijst de spreker erop dat de sector wel degelijk werd geraadpleegd van bij de start van de procedure, maar dat een en ander sindsdien niet meer is geëvolueerd. Bij de voorstelling van de hervorming kreeg de gezondheidszorg bij het koninklijk besluit nr. 78 een "bloemstructuur": de verschillende zorgverleners vormen de bloemblaadjes, de patiënt de kern van de bloem. De heer Moens maakt zich echter zorgen over de positie die de artsen binnen dat geheel bekleden.

Het nieuwe concept bevat basisvoorwaarden, zoals de inter- en de multidisciplinariteit. De BVAS steunt dat idee en beklemtoont dat de patiënt zijn arts vrij moet kunnen blijven kiezen (de keuze van een arts mag hem niet door de ziekenfondsen worden opgedrongen). Binnen het pluri- en/of multidisciplinair team moet de arts zijn patiënt betrekken bij de keuze van andere gezondheidswerkers.

De BVAS is tevens ingenomen met het idee de patiënt centraal te stellen en diens autonomie in acht te nemen. Daarmee wordt afgestapt van de paternalistische relatie van weleer tussen de arts en zijn patiënt. Die autonomie brengt echter rechten en plichten voor de beide partijen met zich. Er bestaat weliswaar een wet die de rechten van de patiënt beschermt, maar tevens zou moeten worden bepaald dat de patiënt ook welbepaalde verplichtingen heeft, zoals de plicht zijn behandeling te volgen, zijn arts te informeren, zich niet agressief te gedragen en de honoraria te betalen.

De heer Moens wijst erop dat er momenteel dertien paramedische beroepen bestaan, die verheugt zijn dat ze meer autonomie krijgen. Hij beklemtoont evenwel dat de beslissing inzake het behandelingstraject alleen de artsen mag toekomen.

Als de nieuwe wet de paramedische beroepen ondanks alles de mogelijkheid biedt handelingen te verrichten zonder medisch voorschrift en zonder doorverwijzing door een arts, dan moeten deze beroepsbeoefenaars de volledige aansprakelijkheid daarvoor dragen. Men moet voorkomen dat een arts als beheerder van het

3. Exposé de M. Marc Moens, président de l'ABSYM (Association belge des syndicats médicaux)

M. Marc Moens, Président de l'ABSYM, déclare d'emblée que son organisation souhaite être impliquée dans la réforme des professions de soins de santé et il se réjouit que les auditions de ce jour lui donnent l'occasion de s'exprimer.

Relayant les propos de M. De Munck du Cartel, il rappelle que si le secteur a bien été consulté dès le début de la procédure, force est de constater qu'il n'y a plus eu de développements depuis lors. Lors de la présentation de la réforme, l'AR 78 s'est transformé en une marguerite avec tous ses pétales représentant les différents acteurs des soins de santé avec au centre le patient. M. Moens s'inquiète toutefois de la place des médecins dans tous ces pétales ...

Le nouveau concept comporte des conditions de base comme l'inter- et la multidisciplinarité. L'ABSYM soutient cette idée et insiste afin que le patient conserve le libre choix de son médecin (et non pas les mutualités) et qu'au sein de l'équipe pluri- et/ou multidisciplinaire, le médecin consulte son patient pour choisir d'autres collaborateurs de soins de santé.

L'ABSYM soutient également l'idée d'accorder une place centrale au patient et de respecter son autonomie, faisant fi de la relation paternaliste d'autan entre le médecin et son patient. Toutefois, cette autonomie implique des droits et des obligations des deux parties. Certes, il existe une loi sur les droits du patient mais il conviendrait également de prévoir certaines obligations dans son chef comme par exemple, le devoir de suivre le traitement, d'informer son médecin, de ne pas avoir de comportement agressif et de payer les honoraires.

M. Moens rappelle qu'il existe actuellement 13 professions paramédicales qui se réjouissent qu'on leur accorde un regain d'autonomie. Toutefois, M. Moens souligne que la décision du traitement doit ressortir aux seuls médecins.

Si la nouvelle loi permettait malgré tout aux professionnels paramédicaux de poser des actes sans prescription médicale ou sans renvoi par un médecin, alors il conviendrait qu'ils en portent l'entièvre responsabilité. Il faudrait éviter qu'un médecin, gestionnaire du dossier médical global, soit tenu responsable pour un acte posé

globaal medisch dossier aansprakelijk kan worden gesteld voor een handeling die autonoom is verricht door bijvoorbeeld een kinesitherapeut, een verpleegkundige of een apotheker.

De voorwaarde bij uitstek om de geïntegreerde zorg te kunnen bewerkstelligen en transparant te kunnen werken binnen een organisatiennetwerk, is dat de gegevens worden gedeeld en uitgewisseld door middel van goed werkende softwarepakketten. Momenteel wordt zeer ondermaats geïnvesteerd in personeel en gaan veel te weinig financiële middelen naar de informaticamiddelen in de gezondheidszorg.

Met betrekking tot de continuïteit van de zorg maakt de heer Moens een onderscheid tussen de wachtdiensten en de wachtposten. De minister wil dat alle artsen een wachtpost oprichten – kostenplaatje vandaag al ongeveer 20 miljoen euro –, terwijl de lokale huisartsenkringen in bepaalde gebieden al in efficiënte wachtdiensten voorzien. Sinds artikel 10 van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 werd gewijzigd, zijn de artsen weliswaar niet langer verplicht deel te nemen aan een wachtdienst om erkend te zijn, maar er bestaat uiteraard wel nog zoiets als de deontologische plicht.

De BVAS is verheugd dat de nieuwe wet tevens voorziet in een wachtdienst voor artsen-specialisten.

Volgens de BVAS moet de arts kunnen kiezen of hij instapt in een wachtpost, dan wel of hij deelneemt aan een lokale wachtdienst van een artsenkring.

De heer Moens somt de voorwaarden op om het be-roep van arts te mogen uitoefenen, met name beschikken over een diploma en een visum, de taal beheersen van de regio waarin de arts werkt en het bewijs van permanente medische bijscholing leveren.

De BVAS steunt het idee dat de toekenning van een aanvullend kwaliteitslabel zou worden gestoeld op een individuele accreditering. Momenteel zijn zowat 70 % van de artsen geaccrediteerd.

Ook de ziekenhuizen beschikken over een accreditering, die hun onder meer wordt toegekend op grond van de NIAZ-kwaliteitsnormen (Nederlands Instituut voor Accreditatie van de Zorg). Deze accreditering vereist zeer veel administratief werk, terwijl internationaal niet bewezen is dat ze een meerwaarde voor de patiënten inhoudt. In Denemarken heeft men trouwens teruggegrepen naar de traditionele ziekenhuisinspectie.

de manière autonome par, par exemple, un kinésithérapeute, un infirmier ou un pharmacien.

La condition par excellence pour permettre des soins intégrés et un travail transparent au sein d'un réseau organisationnel réside dans le partage et l'échange d'informations au moyen d'un ensemble de logiciels performants. Il existe actuellement un manque criant d'investissements en personnel et en moyens financiers pour les supports informatiques dans les soins de santé.

En ce qui concerne la continuité des soins, M. Moens fait la distinction entre les services de garde et les postes de garde. La ministre envisage d'imposer à tous les médecins la création d'un poste de garde – ce qui coûte déjà aujourd'hui environ 20 millions d'euros – alors que dans certaines régions un service de garde efficace est mis en place par les cercles locaux de médecins. Or, depuis la modification de l'article 10 de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010, un médecin n'est plus obligé de participer à un service de garde pour être agréé; mais il existe bien entendu une obligation déontologique.

L'ABSYM se réjouit que la nouvelle loi prévoie également un service de garde pour les médecins spécialistes.

L'ABSYM est d'avis que le médecin doit avoir le choix entre sa participation à un poste de garde ou sa participation à un service de garde local organisé par un cercle de médecins.

M. Moens rappelle les conditions pour l'exercice de la profession: un diplôme, un visa, la maîtrise de la langue de la région dans laquelle le médecin exerce et faire la preuve d'une formation médicale continue.

L'ABSYM soutient l'idée qu'un label de qualité complémentaire soit fondé sur une accréditation individuelle. Actuellement, environ 70 % des médecins sont accrédités.

Les hôpitaux bénéficient également d'une accréditation, par exemple sur base des normes de qualité NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van de Zorg). Cette accréditation requiert énormément de travail administratif alors qu'au niveau international, il n'est pas prouvé qu'elle représente une plus-value pour les patients. Le Danemark est d'ailleurs revenu à une inspection hospitalière classique.

Momenteel wordt geopperd een accreditering voor de artsenpraktijken in te stellen. Gevreesd wordt dat zulks zeer tijdrovend zal zijn en administratieve overlast zal veroorzaken. Wat is de meerwaarde van die accreditering voor de patiënt?

4. Uiteenzetting van de heer Jean-Luc Demeere, voorzitter van het Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten (VBS)

De heer Jean-Luc Demeere, voorzitter van het VBS, herinnert eraan dat zijn vereniging ongeveer 8 500 leden heeft, die 29 verschillende specialismen vertegenwoordigen.

De spreker herinnert er in de eerste plaats aan dat een onderzoek van de OESO heeft uitgewezen dat België zich in de kopgroep bevindt wat de zorgtoegankelijkheid betreft, niet alleen voor de kwaliteit van de zorgverstrekkers, maar ook voor de technische middelen die hun ter beschikking worden gesteld. De Belgische patiënten blijken heel tevreden te zijn over de kwaliteit van de zorg die zij krijgen.

Nochtans bestaan er in België weinig statistieken om de zorgkwaliteit te meten. Daartegenover staat dat het opleidingsniveau van het zorgpersoneel heel hoog ligt.

Wat zijn de nadelen van het Belgische systeem? Het is niet goedkoop en er is onmiskenbaar sprake van overconsumptie van onderzoeken en van geneesmiddelen.

België beschikt niet over gegevens inzake gezondheidszorg en loopt achter op het vlak van de informativering van de gezondheidszorg. Bovendien is België geen goede leerling wat de inachtneming van de rechten van de patiënt betreft.

De door de minister van Volksgezondheid in uitzicht gestelde hervorming is in de eerste plaats gericht op besparingen, die gerechtvaardigd zijn wegens de vergrijzing, de toenemende complexiteit en kostprijs van de zorg alsmede de technologische revolutie en de aanzienlijke kostprijs van de geneesmiddelen.

De minister zet tegelijkertijd in op alle werven: de hervorming van de gezondheidszorgberoepen, de zorginstellingen en de zorgfinanciering. Die drie pijlers zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De heer Demeere verwijst opnieuw naar het bloemblaadjesmodel, dat de verandering weerspiegelt van de bestaande piramidestructuur naar een cirkelvormige structuur waarin de patiënt centraal staat. De piramidestructuur met bovenaan de arts plaatst de verschillende partners van de gezondheidszorgberoepen op gelijke

Il est actuellement question d'instaurer une accréditation pour les cabinets médicaux. Il est à craindre qu'elle soit très chronophage et entraîne une surcharge administrative. Quelle en serait la plus-value pour le patient?

4. Exposé de M. Jean-Luc Demeere, président du Groupement des unions professionnelles belges des médecins spécialistes (GBS)

M. Jean-Luc Demeere, président du GBS, rappelle que son association regroupe quelque 8 500 membres représentant 29 spécialités différentes.

L'orateur rappelle tout d'abord qu'une étude de l'OCDE a démontré que la Belgique se situait dans le peloton de tête en ce qui concerne l'accès aux soins non seulement en ce qui concerne la qualité des prestataires de soins mais aussi des moyens techniques qui sont mis à leur disposition. Il apparaît que les patients belges sont très satisfaits de la qualité des soins qu'ils reçoivent.

Toutefois, il existe peu de statistiques en Belgique pour mesurer la qualité des soins. En revanche, le niveau de formation des soignants est très élevé.

Quels sont les inconvénients du système belge? Son coût n'est pas négligeable et il existe une réelle surconsommation d'examens et de médicaments.

La Belgique manque de données relatives aux soins de santé et accuse un retard dans l'informatisation des soins de santé. En outre, la Belgique n'est pas un bon élève en ce qui concerne le respect des droits du patient.

La réforme envisagée par la ministre de la Santé est avant tout une réforme à visée économique, justifiée en raison du vieillissement de la population, de la complexification et du coût des soins ainsi qu'en raison de la révolution technologique et du coût non négligeable des médicaments.

La ministre a ouvert simultanément tous les chantiers: la réforme des professions de santé, les institutions de soins et le financement des soins. Ces trois axes sont indissociables.

M. Demeere reprend l'image de la marguerite avec ses pétales qui symbolise la transformation de la structure pyramidale actuelle en une structure circulaire autour du patient. La structure pyramidale avec le médecin à son sommet place les différents partenaires des professions de santé sur un pied d'égalité en fonction

voet naargelang van competenties die voor elk beroep afzonderlijk moeten zijn erkend. Binnen die beroepen wordt een onderscheid gemaakt tussen huisartsen en artsen-specialisten, die twee verschillende competentieniveaus zullen hebben.

De minister wijzigt de structuur van een vrij beroep en overweegt een standaardisering en een industrialisering van de zorg. Dat is de enige manier om besparingen te kunnen doen, te kunnen bepalen wat de kwaliteitsstandaard is om morgen in een heel ander systeem te kunnen werken, met een heel andere financiering. Dat betekent dat de beroepstitels worden gewijzigd en dat de huisarts en de arts-specialist opnieuw zullen worden gedefinieerd. Bij die definitie zal rekening worden gehouden met de afbakening van de competenties. Één van de kenmerkende competenties van de arts zal bijvoorbeeld de diagnose- en behandelingskeuzecompetentie zijn. Er zullen zorgstructuren moeten worden opgezet, met hiërarchische niveaus en eenvormige praktijken.

De standaardisering zal verlopen via zorgprocessen. De productieketen zal van de eerste lijn overgaan naar het ziekenhuis en eindigen bij de terugkeer naar huis. De betaling zal gebeuren per budget, op forfaitaire basis. Als men beschikt over een zorgketen en over een budget om die te verwesenlijken, moet met het toegekende budget winst worden gemaakt.

Men zal de patiënt die de zorgketen betreedt, correct moeten selecteren, de aan de patiënten verstrekte zorg moeten afbouwen via *low cost* en de productieketens moeten controleren. Controleren betekent echter ook dat de mogelijkheid bestaat om te foefelen en de regels te manipuleren om de gunstigste tarivering te kiezen.

De vraag rijst welke plaats de huisarts in het nieuwe systeem zal bekleden.

Volstaat zijn opleiding om te beschikken over een universele en volledige kennis van wat geneeskunde is? Moet veeleer een specifiek competentiedomein voor de huisartsgeneeskunde worden afgebakend en bijvoorbeeld de pediatrie uit de huisartsgeneeskunde worden gehaald?

Welke plaats hebben de gynaecologie en de oftalmologie in de huisartsgeneeskunde? Wat is de plaats van de oftalmoloog in de eerstelijnszorg?

Een en ander betekent dat het uitwerken van een nieuw zorgsysteem inhoudt dat de huisartsgeneeskunde opnieuw moet worden gedefinieerd. In Zwitserland, bijvoorbeeld, werd de pediatrie uit de huisartsgeneeskunde gehaald. Ook is er nood aan een zorghierarchie: eerste, tweede en derde lijn (universitair niveau).

de compétences qui doivent être reconnues par profession. Parmi ces professions, on fait la distinction entre médecins généralistes et médecins spécialistes qui auront deux niveaux de compétences différents.

La ministre modifie la structure d'une profession libérale et envisage une standardisation et une industrialisation des soins. C'est le seul moyen de pouvoir faire des économies, de définir ce qu'est le standard de qualité pour pouvoir travailler demain dans un tout autre système avec un tout autre financement. Cela signifie que l'on modifie les titres professionnels et que l'on va redéfinir ce que sont le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Cette définition se fera en fonction de la délimitation des compétences. Ainsi, une des compétences qui caractérise le médecin, sera la compétence de diagnostic et de thérapeutique de traitement. Il faudra créer des structures de soins avec une hiérarchisation des niveaux et une uniformisation des pratiques.

La standardisation se fera par des processus de soins. La chaîne de production passera de la première ligne à l'hôpital pour se terminer au retour au domicile. Le paiement devient un paiement par budget, par forfait. Si l'on dispose d'une chaîne de soins et d'un budget pour la réaliser, il faudra faire du bénéfice avec le budget alloué.

Il faudra sélectionner correctement le patient qui entre dans la chaîne de soins, diminuer les soins aux patients en faisant du *low cost* et contrôler les chaînes de production. Or, contrôler signifie que l'on donne la possibilité de tricher et de manipuler les règles pour choisir la tarification la plus avantageuse.

On peut se poser la question de la place du médecin généraliste dans le nouveau système.

Sa formation permet-elle de lui donner une connaissance universelle et complète de ce qu'est la médecine? Faut-il plutôt cibler un domaine de compétences spécifiques à la médecine générale et par exemple, sortir la pédiatrie de la médecine générale?

Quelle est la place de la gynécologie et de l'ophtalmologie en médecine générale? Quelle est la place de l'ophtalmologue au niveau la première ligne?

Cela signifie que si l'on imagine un nouveau système de soins, il faudra redéfinir ce qu'est la médecine générale. En Suisse, par exemple, la pédiatrie a été enlevée de la médecine générale qui a été réorientée vers la médecine interne.

Uit het door de minister opgestelde hervormingsplan voor de ziekenhuisstructuren kan worden afgeleid dat er morgen een basisziekenhuis zal zijn, met een systeem van inwendige geneeskunde en basisheelkunde en een spoeddienst. Dat basisziekenhuis zal niet interessant zijn voor een anesthesist, gelet op de aandoeningen die er zullen worden behandeld. Het locoregionale basisziekenhuis met specialismen zal daarentegen veel interessanter zijn.

Het ankerpunt wordt het ziekenhuis, waar elke arts-specialist van droomt. Men zal er immers een geneeskunde beoefenen die qua diagnose en behandeling gespecialiseerder en gevarieerder is.

Het derde niveau is het universitair ziekenhuis waarvan onderwijs verstreken volgens de minister de hoofdopdracht zou moeten vormen.

In heel die nieuwe structuur wordt geen rekening gehouden met de gespecialiseerde artsen *extra muros*, noch met de raadplegingen buiten het ziekenhuis. Welke band zal er bestaan tussen de gespecialiseerde geneeskunde buiten het ziekenhuis en de medische informatiewerken?

Tevens moeten de bevoegdheden opnieuw worden vastgelegd. Zoals andere sprekers al hebben gezegd, blijft de diagnose de bevoegdheid van de arts. In sommige ziekenhuizen bestaat er echter een verpleegkundige diagnose. Ook de verpleegkundigen en de kinesitherapeuten stellen diagnoses en nemen behandelingsbeslissingen. Men kan er dus niet omheen de bevoegdheidsgebieden opnieuw vast te leggen. Hoe zit het met de bijkomende onderzoeken? Wat is de rol van de technicus?

Een en ander betekent dat de thans bestaande artsenopleiding niet langer overeenstemt met de beoogde hervorming van de gezondheidszorgberoepen. In dat verband is het paradoxaal dat de opleiding geneeskunde van 7 tot 6 jaar wordt verkort, terwijl de opleiding verpleegkunde van 3 op 4 jaar wordt gebracht. In de verpleegkunde komen er minder gespecialiseerde richtingen en in de geneeskunde komen er meer.

Het VBS is absoluut vragende partij om aan de besprekking van die hervorming te mogen deelnemen. Het probleem is dat er kwaliteitsgerichte procedures moeten worden ingesteld om onderconsumptie te voorkomen. Voor het vastleggen van zijn op basis van het portfolio nagetrokken bevoegdheden zal de arts een

Il faudra aussi hiérarchiser les soins: première, deuxième et troisième ligne (niveau universitaire). A la lecture du plan de réforme des structures hospitalières de la ministre, on constate qu'il y aura demain un hôpital de base avec un système de médecine interne et de chirurgie de base et un service d'urgences. Cet hôpital de base ne sera pas très intéressant pour un anesthésiste compte tenu des pathologies qui y seront soignées. En revanche, l'hôpital de base loco-régional avec des spécialités sera nettement plus intéressant.

Le point de référence sera l'hôpital dont rêve tout médecin spécialiste. En effet, on y pratiquera une médecine plus spécialisée et plus diversifiée en terme de diagnostic et de traitement.

Le troisième niveau est l'hôpital universitaire qui, selon la ministre, devrait avoir principalement une mission d'enseignement.

Dans toute cette nouvelle structure, il n'a pas été tenu compte des médecins spécialistes extra muros et des consultations de ville. Quel sera dès lors le lien entre la médecine spécialisée de ville et les réseaux d'information médicale?

Il faudra également redéfinir les compétences. D'autres orateurs l'ont dit, le diagnostic reste de la compétence du médecin. Or, dans certains hôpitaux, il existe un diagnostic de nursing. Les infirmières et les kinésithérapeutes posent également des diagnostics et prennent des décisions de traitement. Il faudra donc inévitablement redéfinir les champs de compétences. Que faire des examens complémentaires? Quelle est la place du technicien?

Cela signifie que la formation des médecins telle qu'elle existe aujourd'hui ne répond plus à la réforme envisagée des professions des soins de santé. A cet égard, il est paradoxalement de voir que l'on raccourcit les études de médecins de 7 à 6 ans alors que les études d'infirmières passent de 3 à 4 ans. On réduit les spécialités infirmières et on augmente les spécialités médicales.

Le GBS est très demandeur de pouvoir participer à la discussion de cette réforme. Le problème est qu'il faudra mettre en place des processus de qualité pour éviter la sous consommation. Le médecin devra obtenir un visa pour définir ses compétences qui seront contrôlées par le portefolio. Qui va définir les compétences et les règles

ondertekende akkoordbevinding moeten verkrijgen. Wie gaat die bevoegdheden en de regels voor de goede praktijk vastleggen: de wetenschapsverenigingen, de artsensyndicaten of de beroepsorganisaties?

Ook de zorgketens moeten worden omschreven.

Tot besluit stelt de heer Demeere dat de hervormingen nodig zijn. Momenteel berusten zij op de noodzaak te besparen en de kosten onder controle te houden. Over kwaliteitsbenaderingen wordt in dat verband niet gesproken.

Er moet worden vastgelegd welke keuzes op het vlak van de zorgketens en de bevoegdheden moeten worden gemaakt, en welke positie in verband met die diverse bevoegdheden wordt bekleed door de artsen en de niet-artsen.

Dat kan alleen gebeuren door onafhankelijke instanties die niet betrokken zijn bij de financiering en die niet geopolitiseerd zijn, maar die de pathologie-gedicteerde patiëntenzorg verdedigen.

Het nieuwe systeem berust op een standaardaanpak die bedoeld is om een patiënt te verzorgen die helaas een standaardpatiënt wordt.

5. Uiteenzetting van de heer Pierre Drielsma, Fédération des maisons médicales

De heer Pierre Drielsma geeft aan dat de *Fédération des maisons médicales* een duizendtal huisartsen vertegenwoordigt.

Hij merkt op dat sommige beginselen van de hervorming al 40 jaar door de huisartsen worden toegepast, bijvoorbeeld het beginsel inzake de autonomie van de patiënt, de euthanasie, de palliatieve zorg, de multidisciplinaire samenwerking, de zorg buiten het ziekenhuis (inclusief de thuisverpleging).

De heer Drielsma meent dat er in de eerstelijnszorg geen behoefte is aan artsen-specialisten, maar veeleer aan spelers die gebiedsoverschrijdend werken.

Hij beklemtoont dat de technologische en digitale evolutie moet worden gevuld.

Voorts beoogt de hervorming dat interdisciplinaire gezondheidszorg leidt tot een kwaliteitsvol gezondheidszorgaanbod op maat, uitgewerkt in samenwerking met de patiënt. Het nieuwe model legt de nadruk op meer

de bonnes pratiques? Les sociétés savantes? Les syndicats médicaux? ou les organisations professionnelles?

Il faudra aussi définir les chaînes de soins.

En conclusion, M. Demeere déclare que les réformes sont nécessaires. Elles sont actuellement dictées par l'économie et la maîtrise des coûts. Elles ne parlent pas de processus de qualité.

Il faudra définir les choix à opérer au niveau des chaînes de soins, des compétences et définir la place des médecins et des non médecins dans ces différentes compétences.

Ces définitions ne peuvent se faire que par des organes indépendants qui ne sont pas impliqués dans le financement, qui ne sont pas politisés, mais qui défendent les soins aux patients en fonction des pathologies.

Le nouveau système est basé sur un processus standard destiné à soigner un patient qui malheureusement devient un patient standard.

5. Exposé de M. Pierre Drielsma, Fédération des Maisons médicales

M. Pierre Drielsma précise que la *Fédération des maisons médicales* représente environ un millier de médecins généralistes.

Il fait remarquer que certains principes prônés par la réforme sont déjà pratiqués par les médecins généralistes depuis 40 ans, comme par exemple le principe de l'autonomie du patient, l'euthanasie, les soins palliatifs, la collaboration multidisciplinaire, les soins extra-muraux (y compris l'hospitalisation à domicile).

M. Drielsma estime qu'il n'y a pas besoin de médecins spécialistes en première ligne mais plutôt d'acteurs transversaux.

Il insiste sur la nécessité de suivre l'évolution technologique et numérique.

La réforme prône également des soins de santé interdisciplinaires qui visent à proposer des soins de qualité, sur mesure et en collaboration avec le patient. Le nouveau modèle met en avant des professions des

horizontaal gestructureerde gezondheidszorgberoepen, waarbij meer wordt gedeeld, en het moedigt interdisciplinaire praktijken aan.

Het nieuwe model gaat uit van bekwame zorgverleners, die dus zeker in staat zijn om autonoom te functioneren. Door in multidisciplinaire teams te werken, wordt concurrentie tussen beoefenaars voorkomen, want doordat zij in het kader van een samenwerkingsmodel optreden, hoeven zij niet langer "hun territorium te beschermen".

De spreker is voorstander van het idee om te voorzien in geïntegreerde interdisciplinaire gezondheidszorg, alsook in een samenwerking met de functionele hiërarchie.

In tegenstelling tot de heer Demeere meent hij dat de pediatrie geen deel van de eerstelijnsgeneeskunde moet uitmaken. Pediatrie dient niet voor de gezonde maar voor de zieke kinderen. In België studeren jaarlijks tweemaal te veel pediaters af. Hetzelfde geldt inzake de gynaecologie, die veel zorgprestaties omvat die door de eerstelijnsgeneeskunde kunnen worden verstrekt (uitstrijkje, voorbehoedsmiddelen enzovoort).

Het spreekt voor zich dat de patiënt in de gezondheidszorg centraal moet staan. Ter zake herinnert de heer Drielsma eraan dat in 1983 de patiënten betrokken waren bij het beheer van de wijkgezondheidscentra. Die praktijk zou opnieuw moeten worden ingevoerd.

De spreker is het eens met het beginsel dat de patiënt op voorschrift wordt doorgestuurd naar een lager niveau, dus naar een beoefenaar die ondanks zijn lager studieniveau (verpleegkundige, kinesitherapeut) bekwaam is om de patiënt te verzorgen, of naar een hoger niveau, dus naar een arts-specialist, die echt gespecialiseerd is in zijn materie en die niet de algemene geneeskunde beoefent tegen een hoger tarief. De mogelijkheid voor de specialisten om aan huisartsgeneeskunde te doen, moet worden beperkt. Elke beoefenaar van een gezondheidszorgberoep moet binnen zijn eigen vakgebied blijven.

De hervorming voorziet in een groepsvoorschrift. Het is een heel interessant voorstel om bijvoorbeeld chronische ziekten te kunnen behandelen binnen een zelfde groep (bestaande uit bijvoorbeeld een arts, een diabetoloog, een zorgopvoeder, een diëtist enzovoort).

De directe toegang van de patiënt valt daarentegen doorgaans niet aan te bevelen. Wat samenwerken betreft, schaart de spreker zich achter het idee dat de gezondheidszorgbeoefenaar aanvullend samenwerkt met andere beoefenaars van een gezondheidszorgberoep teneinde kwaliteitsvolle zorg te verstrekken. Een dergelijke samenwerking is uiteraard gemakkelijker

soins de santé plus horizontales et plus partagées et encourage des pratiques interdisciplinaires.

Le nouveau système prévoit des prestataires d'aide compétents, c'est-à-dire capables de garantir une autonomie fonctionnelle. Le fait de travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires permet d'éviter la concurrence entre praticiens qui ne doivent plus en quelque sorte protéger leur territoire étant donné qu'ils travaillent au sein d'un modèle coopératif.

L'intervenant approuve l'idée de prévoir des soins de santé interdisciplinaires intégrés ainsi qu'une collaboration avec la hiérarchie fonctionnelle.

Contrairement à M. Demeere, il estime que la pédiatrie ne doit pas être une médecine de première ligne. Elle ne s'adresse pas aux enfants en bonne santé mais aux enfants malades. La Belgique produit deux fois trop de pédiatres chaque année. Il en va de même en ce qui concerne la gynécologie dont beaucoup de soins peuvent être prodigues en première ligne (frottis, contraception, ...)

Il va de soi que le patient doit avoir la place centrale dans les soins de santé. A cet égard, M. Drielsma rappelle qu'en 1983, les patients participaient à la gestion des maisons médicales. Il conviendrait de restaurer cette pratique.

L'orateur marque son accord sur le principe du renvoi sur prescription soit vers le bas, vers un praticien qui est capable de soigner le patient même s'il a fait moins d'études (infirmier, kinésithérapeute), soit vers le haut vers un spécialiste qui est vraiment spécialisé dans sa matière et qui ne fait pas de la médecine générale en étant mieux payé. Il convient de limiter pour les spécialistes la possibilité de faire de la médecine générale. Tous les professionnels des soins de santé doivent rester chacun dans leur champ de compétences.

La réforme prévoit une prescription de groupe. Il s'agit d'une proposition très intéressante pour pouvoir prendre en charge, par exemple des pathologies chroniques au sein d'un même groupe (médecin, diabétologue, éducateur de soins, diététicien...)

En revanche, l'accès direct du patient est à déconseiller en général. En ce qui concerne la collaboration, l'orateur soutient l'idée que le professionnel des soins de santé travaille de façon complémentaire avec d'autres professionnels des soins de santé afin d'offrir des prestations de soins de qualité. Cette collaboration est évidemment plus facile au sein d'un groupe

binnen een multidisciplinaire groep. Binnen een netwerk zal de zorgverstrekking altijd minder efficiënt verlopen dan geïntegreerde geneeskunde onder een zelfde dak. De beoefenaar van een gezondheidszorgberoep zal de patiënt moeten doorverwijzen naar een andere, ter zake deskundige collega wanneer het gezondheidsprobleem waarvoor een ingreep is vereist buiten zijn eigen vakgebied valt (of wanneer hij daarentegen een te hoge graad van specialisatie heeft).

Wat de organisatie betreft, kan de heer Drielsma zich vinden in het hervormingsplan, dat tot doel heeft de gezondheidszorgbeoefenaar ertoe aan te zetten de zorgverstrekking zo te organiseren dat de continuïteit van de zorg voor de patiënt kan worden gewaarborgd, eventueel in samenwerking met andere actoren uit de zorgverstrekking. Een werkweek van zestig uren is evenwel onaanvaardbaar; er moet worden gestreefd naar een bezoldiging van de artsen op basis een 40-urenweek teneinde het evenwicht tussen werk en privéleven te bewaren. Die wens is des te meer gerechtvaardigd in het licht van de vervrouwelijking van het beroep en van de verzuchtingen van de jonge artsen.

De hervorming heeft ook tot doel de taken in de context van een gecontroleerde zorg te delegeren en te delen met beoefenaars van andere dan gezondheidszorgberoepen. De heer Drielsma organiseert al een tweevoudige follow-up van chronisch zieke patiënten waarbij zowel artsen als verplegers betrokken zijn.

De samenstelling van de Raad voor de gezondheidszorgberoepen wordt uitgebreid (geneeskunde, verpleegkundige zorg, farmaceutische zorg, tandheelkunde, geestelijke gezondheidszorg, verloskunde, revalidatiezorg en binnenkort ook klinische psychologie). Ook de vroedvrouwen zouden binnen dat multidisciplinair kader moeten kunnen werken.

De heer Drielsma is verheugd dat de hervorming wil komen tot interdisciplinaire gezondheidszorg waarbij deskundige gezondheidszorgbeoefenaars worden betrokken en waarbij wordt gestreefd naar kwaliteitsvolle zorgverstrekking op maat van en in samenwerking met de patiënt.

Voorts betreurt de spreker een aantal zaken. Hoewel de wetgeving sinds 1998 voorziet in het organiseren van eerstelijnsgezondheidszorg, werd ze helaas nooit toegepast.

Ten slotte benadrukt de spreker net als de heer Demeere dat de hervorming vooral is ingegeven door besparingsoverwegingen, aangezien meer bepaald het aantal beroepen wordt verhoogd (zes verschillende disciplines voor de verpleegkundigen) en nieuwe functies

multidisciplinaire. La médecine en réseau restera moins efficace qu'une médecine intégrée sous un même toit. Le professionnel des soins de santé devra renvoyer le patient vers un autre professionnel des soins de santé compétent en la matière lorsque la problématique de santé pour laquelle une intervention est requise dépasse les limites de son propre champ de compétence (ou au contraire lorsqu'il est sur-competent).

En ce qui concerne l'organisation, M. Drielsma est d'accord avec le projet de réforme qui préconise que le professionnel des soins de santé organise les prestations de soins de santé de façon à garantir la continuité des soins pour le patient, le cas échéant en collaboration avec d'autres acteurs concernés par les soins de santé. Toutefois, un horaire de travail de 60 heures semaine n'est pas acceptable; il faut envisager une salarisation des médecins avec un horaire hebdomadaire de 40 heures afin de garantir un équilibre entre travail et vie privée. La féminisation de la profession et les demandes des jeunes médecins justifient encore plus cette requête.

La réforme prévoit une délégation et un partage des tâches avec des professions autres que celles des soins de santé dans le cadre d'un contexte de soins contrôlés. M. Drielsma organise déjà un suivi binaire entre médecins et infirmiers pour des patients chroniques.

La composition du Conseil des professions des soins de santé est élargie (médecine, soins infirmiers, soins pharmaceutiques, médecine dentaire, soins de santé mentale, obstétrique, professions de revalidation et bientôt les psychologues cliniciens). Les sages-femmes devraient également pouvoir travailler dans ce cadre pluridisciplinaire.

En conclusion, M. Drielsma se réjouit que la réforme prévoit des soins de santé interdisciplinaires impliquant des professionnels des soins de santé compétents et visant à offrir des soins de qualité et sur mesure au patient et en collaboration avec lui.

Il formule *in fine* quelques regrets: depuis 1998, la législation prévoit l'organisation des soins de santé de première ligne mais elle n'a malheureusement jamais été appliquée.

Il rejoint enfin M. Demeere pour souligner que la réforme poursuit principalement des objectifs économiques, notamment en démultipliant les professions (6 disciplines différentes pour les infirmiers) et en créant des nouvelles fonctions (éducateurs de soins). Toutefois,

in het leven worden geroepen (zorgopvoeders). Wat de eerstelijnszorg betreft, kan men het beter houden op geïntegreerde zorg in plaats van het aantal beroepen te verhogen. Voor de verpleegkundige zorgverstrekking ware het beter het aantal disciplines te beperken tot twee of drie.

en ce qui concerne la première ligne, il vaudrait mieux s'en tenir à des soins intégrés et ne pas multiplier le nombre de professions. En ce qui concerne les soins infirmiers, il conviendrait de limiter le nombre de disciplines à deux ou trois.

6. Uiteenzetting van de heer Jean-Jacques Rombouts, Orde der geneesheren

De heer Rombouts preciseert vooraf dat de Orde der geneesheren geen beroepsvereniging is maar een reguleringsorganisme ingesteld bij wet in het belang van de volksgezondheid. De Orde heeft tot taak de naleving van de medische deontologie door haar leden te controleren en te bevorderen, overeenkomstig het Koninklijk Besluit nr. 79 van 10 november 1967 – van dezelfde datum als het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd bij wet van 10 mei 2015 en waarvan de hervorming nu voorligt.

De medische wereld is sinds 1967 uiteraard sterk veranderd. Zo is het (bio)medisch recht sterk uitgebreid, is er wetgeving betreffende de rechten van de patiënt en er is ook een uitgebreide jurisprudentie die de patiënt veel meer centraal stelt. De Orde van geneesheren is vragende partij voor een hervorming van het KB nr. 79 waarover ze in 2016 een voorstel overhandigd heeft aan minister De Block. Hierover werd sindsdien niets meer vernomen, tot onlangs een nieuw voorstel werd bekendgemaakt toegespitst op het disciplinaire luik, dat volgens de Orde van geneesheren volstrekt irrealistisch en niet-toepasbaar is. De Orde is immers veel meer dan een louter disciplinair orgaan en heeft ook een belangrijke deontologische, educatieve en bemiddelingsfunctie te vervullen.

De Orde heeft kennis genomen van de voorstellen ter hervorming van de wet van 10 mei 2015 van minister De Block en is het eens met de onderliggende doelstellingen ervan, namelijk: de opwaardering van elk gezondheidsberoep, de multidisciplinaire samenwerking, de kwaliteit van de zorg en de centrale plaats van de patiënt. De Orde hoopt dat deze hervorming deze doelstellingen daadwerkelijk zal realiseren.

Volgende punten in de voorstellen genieten de bijzondere aandacht van de Orde van geneesheren:

- De definitie van het begrip geneeskunde: de Orde verkiest het behoud van een ruime interpretatie die niet alleen zorg (diagnose en behandeling) omvat maar tevens de preventie, evaluatie (expertise-, arbeids-, verzekeringsgeneeskunde...) evenals het medisch handelen bij het levenseinde (euthanasie).

De Orde meent dat een beperking van deze definitie ertoe zou leiden dat sommige medische praktijken uitgesloten worden van de bepalingen die ertoe strekken de beroepsbekwaamheid, de fysieke en psychische geschiktheid en het goed gedrag van de arts te waarborgen.

6. Exposé de M. Jean-Jacques Rombouts, Ordre des médecins

M. Rombouts précise d'emblée que l'Ordre des médecins n'est pas une fédération professionnelle mais un organisme de régulation institué par la loi dans l'intérêt de la santé publique. L'Ordre a pour mission de contrôler et de promouvoir le respect de la déontologie médicale par ses membres, conformément à l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 – de la même date que l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, coordonné par la loi du 10 mai 2015 et dont la réforme est aujourd'hui à l'examen.

Depuis 1967, le monde médical a bien entendu profondément évolué. C'est ainsi que le droit (bio)médical s'est considérablement élargi, qu'une législation a vu le jour au sujet des droits du patient et qu'une vaste jurisprudence accorde un rôle beaucoup plus central au patient. L'Ordre des médecins est favorable à une réforme de l'arrêté royal n° 79. Il a d'ailleurs transmis à la ministre De Block une proposition à cet égard en 2016. Depuis lors, rien n'a bougé jusqu'à ce qu'il y a peu, une nouvelle proposition soit publiée. Celle-ci est focalisée sur le volet disciplinaire et est, selon l'Ordre des médecins, totalement irréaliste et inapplicable. L'Ordre est en effet bien plus qu'un simple organe disciplinaire et il doit assumer une importante fonction déontologique, éducative et de médiation.

L'Ordre a pris connaissance des propositions de réforme de la loi du 10 mai 2015 de la ministre De Block et souscrit à son objectif sous-jacent, à savoir la revalorisation de chaque profession de la santé, la collaboration pluridisciplinaire, la qualité des soins et la place centrale du patient. L'Ordre forme le vœu que cette réforme réalisera effectivement ces objectifs.

L'Ordre des médecins accorde une attention particulière aux points suivants des propositions:

- La définition de la notion de médecine: l'Ordre privilégie le maintien d'une interprétation large englobant non seulement les soins (diagnostic et traitement) mais aussi la prévention, l'évaluation (médecine d'expertise, médecine du travail, médecine d'assurances, ...), ainsi que le traitement médical en fin de vie (euthanasie).

L'Ordre estime qu'une limitation de cette définition entraînerait l'exclusion de certaines pratiques médicales des dispositions visant à garantir les capacités professionnelles, l'aptitude physique et psychique et le bon comportement du médecin.

- De rol van de arts in een zorgteam: het is de taak van de arts het zorgteam, samengesteld uit autonome en verantwoordelijke zorgbeoefenaars, te coördineren. Hiertoe dient hij over voldoende transversale bekwaamheden te beschikken. Het aanleren van deze vaardigheden tijdens de basisopleiding dient voortgezet te worden gedurende de gehele specialistenopleiding (momenteel is deze opleiding alleen voorzien in de eerste twee jaar van de specialistenopleiding).

- Voortgezette vorming: hierbij dient meer aandacht te gaan naar accreditatie (momenteel minimaal) en indien men evolueert naar een systeem van hercertificering van zorgverleners die zich heroriënteren, zoals voorzien in de voorbereidende teksten, dan dient ook rekening te worden gehouden met de beroepservolutie van de zorgverlener die zich specialiseert in een bijzonder gebied van zijn discipline (superspecialisering). Tevens dient het behoud gewaarborgd te worden van een minimale transversale bekwaamheid die borg staat voor leiderschap en communicatie.

- Controle van gezondheidsberoepen: voor de Orde van geneesheren moet dit gebeuren door een beroepsorde samengesteld uit verkozen actieve beroepsbeoefenaars, opdat deze controle niet te ambtelijk zou worden.

- Regulering van gezondheidsberoepen: momenteel gebeurt dit door meerdere instanties, nl. de erkenningscommissie (wetenschappelijke aspecten), de Provinciale geneeskundige commissie (fysieke en psychische geschiktheid) en de beroepsorde (gedrag).

De Orde vreest dat de huidige voorstellen zullen leiden tot een verambtelijking van de structuren voor het toezicht op het beroep (bijvoorbeeld de federale commissie voor de medische praktijkvoering). Het toezicht op het goede gedrag dient absoluut te gebeuren door een beroepsorde van actieve professionelen en niet door ambtenaren.

Wat betreft de bevoegdheden van de Provinciale geneeskundige commissie en gelet op eerdere negatieve ervaringen hiermee, meent de Orde dat ook de beoordeling van de fysieke en psychische geschiktheid moet gebeuren door een beroepsorde met onderzoeksbevoegdheden en de mogelijkheid om expertises te verrichten.

- Onderscheid “care” en “cure”: het gebruik van deze termen om een onderscheid te maken tussen datgene wat tot de bevoegdheden van de

- Le rôle du médecin au sein d'une équipe de soins: il appartient au médecin de coordonner l'équipe de soins, qui se compose de prestataires autonomes et responsables. Il doit disposer à cet effet de compétences transversales suffisantes, qui doivent être enseignées non seulement au cours de la formation de base, mais aussi pendant toute la durée de la spécialisation (à l'heure actuelle, l'enseignement de ces compétences est uniquement prévu durant les deux premières années de spécialisation).

- Formation continuée: il convient en l'espèce d'accorder une attention accrue à l'accréditation (qui se situe actuellement à un niveau minimum). Par ailleurs, si l'on évolue vers un système de recertification des dispensateurs de soins qui choisissent une nouvelle orientation, comme le prévoient les textes préparatoires, il faudra également tenir compte de l'évolution professionnelle du dispensateur de soins qui se spécialise dans un domaine particulier de sa discipline (hyperspecialisation). Il y aura aussi lieu de veiller à maintenir une compétence transversale minimale, de façon à garantir le *leadership* et la communication.

- Contrôle des professions des soins de santé: l'Ordre des médecins estime que ce contrôle doit être effectué par un ordre professionnel composé de professionnels actifs élus, l'idée étant d'éviter un contrôle trop bureaucratique.

- Régulation des professions des soins de santé: cette régulation est actuellement répartie entre plusieurs instances, à savoir la commission d'agrément (aspects scientifiques), la commission médicale provinciale (aptitude physique et psychique) et l'ordre professionnel (comportement).

L'Ordre craint que les propositions actuelles entraînent une fonctionnarisation des structures de contrôle de la profession (on peut citer notamment à cet égard la commission fédérale pour la pratique médicale). Le contrôle du comportement devrait impérativement être confié à un ordre de professionnels actifs et non à des fonctionnaires.

En ce qui concerne les compétences de la commission médicale provinciale et eu égard aux expériences plutôt négatives qu'il a eues avec cette instance, l'Ordre estime que l'évaluation de l'aptitude physique et psychique doit également être réalisée par un ordre professionnel doté de pouvoirs d'enquête et habilité à effectuer des expertises.

- Distinction entre “care” et “cure”: l'utilisation de ces termes pour distinguer ce qui est de la compétence des professionnels de la santé (“cure”) de ce qui est

gezondheidszorgberoepsbeoefenaars behoort ("cure") en de rol van de deelstaatinstellingen ("care") blijkt een bron van verwarring te zijn en strookt niet met de ethische vereiste dat beide geïntegreerd horen te zijn. Goede geneeskunde is deze die de patiënt tegelijk behandelt, geneest en begeleidt.

7. Uiteenzetting van de heer Xavier Van Cauter, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

De heer Van Cauter overloopt de krachtlijnen van het bestaande wettelijke kader en schets de voornaamste uitdagingen en hervormingen.

- Reglementair kader van het beroep van arts

De absolute wettelijke basis voor de gezondheidszorgberoepen en in het bijzonder dat van arts, is de Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015 (oud KB nr. 78). Deze omvat onder meer de definitie van artsenijbereikdheid (art. 3), de piramide structuur van de gezondheidszorg met de arts aan de top, de voorwaarden tot uitoefening van het beroep (art. 25), de verplichting van continuïteit van de zorg en de organisatie van de permanenties, de regeling van internationale mobiliteit overeenkomstig de Europese regelgeving (art. 103 e.v.), de bevoegdheden van de geneeskundige commissies (art. 118 –119), regels betreffende aanbodbeheersing (art. 91 – 92/1) en de permanente federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen (art. 97 – 101).

Deze wet telt talrijke uitvoeringsbesluiten zoals het koninklijk besluit van 7 oktober 1976 betreffende de organisatie en de werkwijze van de geneeskundige commissies, het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen (gedeeltelijk geregionaliseerd), het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde en het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.

- Erkenning van geneesheren en specialisten

Voor de specialisten wordt dit geregeld in het Ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheerspecialisten, stagemeesters en stagediensten, voor de huisartsen in Ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van

de celle des institutions relevant des entités fédérées ("care") est source de confusion et va à l'encontre de la nécessité éthique d'intégrer ces deux aspects. Une bonne médecine est une médecine qui traite, guérit et accompagne le patient.

7. Exposé de M. Xavier Van Cauter, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

M. Van Cauter passe en revue les lignes de force du cadre légal existant et esquisse les réformes et défis principaux.

- Cadre réglementaire de la profession de médecin

La base légale absolue des professions des soins de santé et, en particulier, de celle de médecin est la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 (ancien arrêté royal n° 78). Celle-ci contient notamment la définition de l'art pharmaceutique (art. 3), la structure pyramidale des soins de santé dans laquelle le médecin se trouve au sommet, les conditions auxquelles l'exercice de leur art est soumis (art.25), l'obligation de continuité des soins et d'organisation des permanences, la réglementation de la mobilité internationale conformément à la réglementation européenne (art. 103 et suivants), les compétences des commissions médicales (art. 118 –119), des règles concernant la maîtrise de l'offre médicale (art. 91 – 92/1) et la banque de données fédérale permanente des professionnels des soins de santé (art. 97 – 101).

Cette loi compte une multitude d'arrêtés d'exécution tels que l'arrêté royal du 7 octobre 1976 relatif à l'organisation et au fonctionnement des commissions médicales, l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (en partie régionalisé), l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire et l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.

- Agrément des médecins généralistes et des médecins spécialistes

Ce point est réglé, pour les médecins spécialistes, dans l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage et, pour les médecins généralistes, dans l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des

huisartsen. De erkenning verloopt via de Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen, die ook de erkenningscriteria vastlegt. De Hoge raad geeft advies aan de minister inzake erkenning, inzake de erkenning als stagemeester en andere algemene aangelegenheden betreffende het beroep.

De Hoge raad telt 102 leden actief in een aantal permanente werkgroepen met uiteenlopende bevoegdheden.

- Uitdagingen op korte termijn voor de Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen

Voornamelijk het beheer van de dubbele instroom (afgestudeerden op zeven jaar en op zes jaar ten gevolge wetswijziging), adviseren aan de minister ter voorbereiding van aanpassingen van de regelgeving en het beheer van het nieuwe stagesysteem.

- Planning van het medisch aanbod

De planningscommissie onderzoekt de noden inzake medisch aanbod, inz. van artsen (Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015).

- Hervormingen in voorbereiding

Wijziging van de Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015 en invoering van een wet betreffende kwaliteitsvolle praktijkvoering. Dit wordt momenteel besproken in een interkabinettenwerkgroep.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

De heer Daniel Senesael (PS) verwelkomt de consensus tussen de sprekers over de noodzaak aan hervorming maar stelt tevens vast dat veel hervormingen louter worden ingegeven door besparingsoverwegingen. De spreker uit zijn bezorgdheid hierover aangezien dit belangrijke gevolgen zal hebben voor de patiënt en betreurt tevens het gebrek aan overleg hierover. De heer Senesael stelt dat de eerstelijnszorg, typisch voor de algemene geneeskunde, moet voorop staan en de toegangsdeur is tot de gezondheidszorg met doorverwijzing indien nodig; wat denken de sprekers over de problemen van de toegankelijkheid op geografisch vlak maar ook ten gevolge van aanbodbeheersing? Hoe denkt men aan deze schaarste te verhelpen, moet de aanbodbeheersing worden aangepast, hoe wil men de aantrekkelijkheid van het beroep verhogen en moet er in dat verband meer transparantie zijn over erelonen?

médecins généralistes. L'agrément est effectué par le biais du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes, qui fixe également les critères d'agrément. Celui-ci conseille le ministre en ce qui concerne l'agrément, l'agrément en tant que maître de stage et d'autres matières concernant la profession.

Le Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes compte 102 membres actifs dans une série de groupes de travail permanents exerçant différentes compétences.

- Défis à court terme pour le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

Essentiellement la gestion de la double cohorte (des diplômés en sept ans et des diplômés en six ans à la suite de la modification de loi), conseiller le ministre quant à la préparation des adaptations de la réglementation et la gestion du nouveau système de stage.

- Planification de l'offre médicale

La commission de planification examine les besoins en matière d'offre médicale, en particulier en ce qui concerne les médecins (Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé).

- Réformes en préparation

Modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et élaboration d'une loi relative aux pratiques de qualité dans les soins de santé. La question est actuellement examinée dans le cadre d'un groupe de travail intercabines.

B. Questions et observations des membres

S'il se réjouit du consensus intervenu entre les orateurs quant à la nécessité d'une réforme, *M. Daniel Senesael (PS)* constate aussi que de nombreuses réformes sont uniquement dictées par des soucis d'économie. L'intervenant s'en inquiète, dès lors que cela aura d'importantes conséquences pour le patient, et déplore également le manque de concertation en la matière. *M. Senesael* indique qu'il y a lieu de privilégier la première ligne de soins, typiques de la médecine générale, qui doit constituer la porte d'accès aux soins de santé suivis, le cas échéant, d'un renvoi. Comment les orateurs jugent-ils les problèmes de l'accessibilité sur le plan géographique, mais aussi à la suite de la gestion de l'offre? Comment est-il envisagé de remédier à cette pénurie, faut-il adapter la gestion de l'offre, comment entend-on accroître l'attrait de la profession et faut-il à cet égard davantage de transparence au sujet

Moet de verloning van specialismen niet meer worden gelijkgeschakeld, kan “tele-geneeskunde” een rol spelen en zo ja hoe?

Daarnaast is uiteraard ook de financiële toegankelijkheid uiterst belangrijk: op heden stelt nog steeds één op de vijf Belgen de aankoop van geneesmiddelen en doktersbezoek en tandzorg uit om financiële redenen ook al worden vele zorgen integraal terugbetaald. Het remgeld werd destijds ingevoerd om overconsumptie tegen te gaan maar blijkt niet erg efficiënt aangezien het niet ontradend werkt voor hen die voldoende vermogend zijn en anderzijds een belemmerende factor is voor mensen in armoede, wat uiteindelijk tot grotere kosten kan leiden doordat patiënten zich onmiddellijk laten hospitaliseren teneinde geen voorschotten te moeten betalen. Vandaar dat de heer Senesael pleit voor een veralgemeening van het systeem van derde-betaler, wat zowel voor de patiënt, voor de zorgverstrekker als voor de verzekeraar gunstig is; wat is de mening van de sprekers hierover? Ook de wachtdiensten zijn essentieel, zeker in sommige regio's. Deze diensten zouden dichter bij de urgenterdiensten moeten worden gebracht. Het zou wellicht nuttig zijn om het systeem van de wachtdiensten te standaardiseren, welke verbeteringen kunnen volgens de sprekers worden aangebracht?

Wat denken de sprekers over de vooropgestelde nieuwe deontologie voor het geheel van de gezondheidsberoepen en de oprichting van een deontologische commissie die volledig losstaat van het beroep, die ook bevoegd zou zijn inzake klachtenbehandeling? Zou dit niet de oplossing zijn om elke vrees dat de Orde rechter en partij zou zijn, uit te sluiten? In het noorden van het land pleiten sommige artsenvertegenwoordigers de laatste maanden om de opleidingsmogelijkheid te creëren van assistent-zorgverstrekkers. Dit zou volgens hen de werklast van artsen verlichten in de mate dat deze assistenten bepaalde taken van de arts zouden overnemen, wat hen deskundiger zou maken dan verpleegkundigen. Is het volgens de sprekers inderdaad nodig om de werklast van de huisartsen te verlichten en zo ja, hoe gebeurt dat dan best?

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) stelt dat de oppositie niet over de voorontwerpen van de regering beschikt en dat daarover dus geen vruchtbaar debat mogelijk is. Uit de uiteenzettingen blijkt trouwens dat de vertegenwoordigers van de gezondheidssector meer betrokken wensen te worden in de voorbereiding van nieuwe regelgeving.

Wat is de plaats van de arts in het bestuur van ziekenhuizen en netwerken en welke is de noodzakelijke evolutie van de plaats van de arts daarin? Hoe kan men, gegeven de opeenstapeling van bestuurlijke niveaus,

des honoraires? La rémunération des spécialités ne doit-elle plus être alignée, la “télémédecine” peut-elle jouer un rôle et, dans l'affirmative, de quelle manière?

Bien sûr, l'accessibilité financière est aussi extrêmement importante: à l'heure actuelle, un Belge sur cinq reporte encore l'achat de médicaments, les visites chez le médecin et les soins dentaires pour des raisons financières, même si de nombreux soins sont remboursés intégralement. Le ticket modérateur a été instauré à l'époque pour lutter contre la surconsommation mais il n'est pas très efficace dès lors qu'il ne décourage pas ceux qui sont suffisamment nantis et que, d'autre part, il constitue un obstacle pour les personnes vivant dans la pauvreté, ce qui peut finalement entraîner une augmentation des coûts du fait que les patients se font immédiatement hospitaliser afin de ne pas avoir à payer d'avances. C'est pourquoi M. Senesael plaide pour une généralisation du système du tiers-payant, ce qui est bénéfique pour le patient, pour le prestataire de soins et pour l'assureur; quelle est l'opinion des orateurs à ce sujet? Les gardes sont également essentielles, surtout dans certaines régions. Ces services devraient être rapprochés des services d'urgence. Il serait peut-être utile de normaliser le système des gardes, et quelles améliorations pourraient être apportées, selon les orateurs?

Que pensent les orateurs de la nouvelle déontologie préconisée pour l'ensemble des professions de santé et de la création d'une commission de déontologie totalement indépendante de la profession, qui serait également chargée de traiter les plaintes? Ne serait-ce pas la solution pour écarter toute crainte que l'Ordre soit juge et partie? Dans le nord du pays, certains représentants des médecins ont plaidé ces derniers mois pour que l'on crée la formation d'assistant dispensateur de soins. Selon eux, cela réduirait la charge de travail des médecins dans la mesure où ces assistants prendraient en charge certaines des tâches des médecins, ce qui les rendrait plus compétents que les infirmiers. Les orateurs sont-ils d'accord pour dire qu'il est nécessaire de réduire la charge de travail des médecins généralistes et, dans l'affirmative, comment faire au mieux?

Mme Catherine Fonck (cdH) indique que l'opposition ne dispose pas des avant-projets du gouvernement et qu'il ne peut donc pas y avoir de débat fructueux à leur sujet. En outre, il ressort clairement des exposés que les représentants du secteur de la santé souhaitent être davantage associés à la préparation de la nouvelle réglementation.

Quelle est la place des médecins dans la gestion des hôpitaux et des réseaux et quelle évolution celle-ci va-t-elle connaître? Compte tenu de l'accumulation des niveaux d'administration, comment garantir qu'une

een daaraan verbonden medisch beheer waarborgen? Welke modellen zijn daarin mogelijk?

Wat betreft de groepspraktijken, welke modellen zijn daar mogelijk inzake eerstelijnszorg en dan in het bijzonder voor de behandeling van chronisch zieken? Hoe kan het samenwerkingsmodel geneesheer – verpleegkundige daar bijdragen tot een betere zorg? De invoering van het forfait voor de laagvariabele zorgen is één element in de ziekenhuishervorming en zoals aanvankelijk door de minister aangekondigd, zouden er nog twee andere aanvullende stappen moeten volgen. Zolang deze niet gekend zijn is het vrijwel onmogelijk de potentiële impact van het forfait op de financiering van de ziekenhuizen in te schatten, evenals op hun menselijk kapitaal (geneesheren en andere gezondheidszorgberoepen) en op de patiënt. Is daarover overleg en behandelt men de verschillende fasen van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering als één geheel of gaat het vandaag enkel over de weinig veranderlijke forfaits? Klopt het dat het voorontwerp de Provinciale geneeskundige commissies zou afschaffen en dat er een controlecommissie in de plaats zou komen bevoegd voor de vaststelling van de fysieke en psychische beroepsgeschiktheid van de beoefenaars gezondheidszorgberoepen, met delegatie op het terrein aan de hygiëne inspecteurs? Is daarover nog overleg mogelijk?

Wat de talrijke Europese maar niet-Belgische artsen en tandartsen betreft, doen de contingentering en de kennis van één van de landstalen vragen rijzen. In Oostenrijk is een dergelijke taalkennis al verplicht. Als de kennis van één van de landstalen wordt opgelegd, zullen veel meer buitenlandse artsen en tandartsen zich in Franstalig België vestigen. Niet alleen het taalaspect is van belang, ook moeten alle artsen en tandartsen die hun beroep in België willen uitoefenen, aan de contingentering worden onderworpen - en dus niet alleen diegenen die in België zijn opgeleid. De kennis van één van de landstalen valt onder de patiëntenrechten. Er moet echter met de diverse realiteit in België rekening worden gehouden. In Brussel kan men ook bezwaarlijk alle artsen verplichten om tweetalig te zijn, al moet met dit criterium wellicht wel rekening worden gehouden op de spoeddiensten.

M. Dirk Janssens (Open Vld) vraagt aan de heer Hueting of de slechte werking van het informaticasysteem te wijten is aan het systeem zelf dan wel aan een gebrekkige kennis ervan bij de gebruikers?

gestion médicale y soit associée? Quels sont les modèles envisageables en la matière?

En ce qui concerne les pratiques de groupe, quels sont les modèles possibles en matière de soins de première ligne, notamment en matière de traitement des maladies chroniques? Comment le modèle de coopération associant le médecin et l'infirmière peut-il contribuer à l'amélioration des soins? L'instauration du forfait pour les soins à faible variabilité n'est qu'un élément de la réforme des hôpitaux et, comme l'a annoncé initialement la ministre, deux étapes supplémentaires devraient suivre. Tant que ces étapes ne seront pas connues, il est pratiquement impossible d'évaluer l'incidence potentielle du forfait sur le financement des hôpitaux, ainsi que sur leur capital humain (médecins et autres professions des soins de santé) et sur le patient. Une concertation est-elle menée à cet égard? Les différentes phases de la réforme du financement des hôpitaux sont-elles gérées comme faisant partie d'un tout ou bien est-il seulement question, pour l'heure, des forfaits à faible variation? Est-il exact que l'avant-projet de loi vise à supprimer les commissions médicales provinciales pour les remplacer par une commission de contrôle compétente pour attester des aptitudes professionnelles physiques et psychiques des professionnels des soins de santé, en déléguant des compétences sur le terrain aux inspecteurs de l'hygiène? Est-il encore possible de mener une concertation à cet égard?

Par rapport aux nombreux médecins et dentistes européens non belges, se posent les questions du contingentement et de la connaissance d'une des langues nationales. L'Autriche impose déjà une telle connaissance linguistique. Si l'on impose la connaissance d'une des langues nationales, il y aura beaucoup plus de médecins et dentistes étrangers qui s'installeront côté francophone. Au-delà de la question de la langue, il faut contingenter tous les médecins et dentistes qui veulent pratiquer en Belgique (et pas que ceux formés en Belgique). La connaissance d'une des langues du pays relève des droits du patient. Mais il faut faire attention à la réalité variée en Belgique. À Bruxelles on peut difficilement obliger tous les médecins à être bilingues, même s'il faut probablement tenir compte de ce critère dans les services d'urgence.

M. Dirk Janssens (Open Vld) demande à M. Hueting si le mauvais fonctionnement du système informatique est dû au système lui-même ou bien à un manque de connaissances de la part des utilisateurs?

De heer Damien Thiéry (MR) betreurt dat veel vragen buiten het kader van het koninklijk besluit “nummer 78” treden terwijl de sprekers zich daar wel dienden toe beperken.

Kennelijk is er overleg geweest over de hervorming, de vraag is wat daar nu verder mee gebeurt. Nu lopen er politieke onderhandelingen en de spreker veronderstelt dat daarna nieuw overleg volgt met de betrokkenen. Dit betekent weliswaar niet dat alle eisen aanvaardbaar zijn, maar het is wel noodzakelijk om iedereen rond de tafel te brengen teneinde de gevoeligheden van alle partijen te kennen.

De spreker wijst op de absolute noodzaak van het gebruik van uniforme definities in de herziening om te vermijden dat elke partij interpretaties naar eigen goeddunken zou hanteren (bijvoorbeeld “conventionele geneeskunde” tegenover “niet-conventionele geneeskunde”). Zijn hiervoor bepaalde onbetwiste referenties beschikbaar?

Een spreker beweerde dat de huidige opleiding niet meer voldoet aan het beleid dat in de steigers staat, wat is hier van aan? De vertegenwoordiger van de Orde der geneesheren had het over de mogelijke opheffing en vervanging van de Provinciale geneeskundige commissies door controlecommissies. Wat is de mening van de sprekers inzake de nabijheid van die controlecommissies, aangezien dat net één van de oogmerken was van de Provinciale commissies?

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) stelt vast dat er weliswaar informatie-uitwisseling is maar geen volwaardig interactief overleg. De drijfveren van de hervorming zijn veeleer economisch maar daarbij mag men de fundamenten van gewaarborgde kwaliteit en continuïteit van de gezondheidszorg voor iedereen niet uit het oog verliezen.

De sprekers wezen op het belang van correcte en betere definiëring bij de hervorming van de gezondheidszorgberoepen, met preciezere aanduiding van taakverdeling, op- of neerwaartse delegatie tussen beroeps categorieën; dit moet uiteraard ten dienste van de patiënt staan.

De evolutie naar meer en complexere thuiszorg door meerdere dienstverleners maakt dat de patiënt dit alles zelf zal moeten beheren. Is dit voorzien in de hervorming en past dit in de visie over groepspraktijken? De multidisciplinariteit vereist dat elke verstrekker de diagnose kan stellen waarvoor hij bekwaam en bevoegd is, waarbij die informatie dan complementair moet samenkommen.

M. Damien Thiéry (MR) déplore que de nombreuses questions sortent du cadre de l’arrêté royal “numéro 78”, alors que les intervenants étaient censés s’y tenir.

Il y a manifestement eu une concertation à propos de la réforme; la question est maintenant de savoir ce qu'il va en advenir. Des négociations politiques sont en cours actuellement, et l'intervenant suppose qu'elles seront suivies d'une nouvelle phase de concertation avec les intéressés. Cela ne veut pas dire que toutes les revendications sont acceptables, mais il est nécessaire de réunir tout le monde autour de la table afin de connaître les sensibilités de chacune des parties.

L'intervenant souligne la nécessité absolue d'utiliser des définitions uniformes dans la réforme afin d'éviter que chaque partie puisse avoir ses propres interprétations (par exemple, “médecine conventionnelle” vs “médecine non conventionnelle”). Dispose-t-on de références incontestables pour ce faire?

Un orateur a affirmé que la formation actuelle ne satisfait plus à la politique actuellement en préparation: qu'en est-il? Le représentant de l'Ordre des médecins a évoqué l'éventuelle suppression des commissions médicales provinciales et leur remplacement par des commissions de contrôle. Que pensent les orateurs de la proximité de ces commissions de contrôle, sachant que c'était précisément l'un des objectifs des commissions provinciales?

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) constate qu'il y a certes des échanges d'informations, mais pas de véritable concertation interactive. La réforme repose plutôt sur des motivations d'ordre économique, mais il ne faudrait pas perdre de vue les principes fondamentaux que sont la qualité garantie et la continuité des soins de santé pour tous.

Les orateurs ont souligné l'importance d'améliorer les définitions dans le cadre de la réforme des professions des soins de santé, en définissant notamment plus précisément la répartition des tâches et les délégations de tâches vers l'amont et vers l'aval entre catégories professionnelles. Ces précisions doivent évidemment être apportées dans l'intérêt des patients.

L'évolution des soins à domicile, qui deviennent plus fréquents et sont administrés par un plus grand nombre de prestataires, fait en sorte que le patient devra gérer tout cela lui-même. Est-ce prévu dans la réforme et est-ce compatible avec la conception que l'on a des maisons médicales? La multidisciplinarité exige que chaque prestataire de soins puisse poser les diagnostics

Welke maatregelen zijn nodig om dit te realiseren?
Vereist dit een permanente coördinatiestructuur?

De Orde der geneesheren heeft veel voorbereidend werk verricht voor de hervorming, het zou interessant zijn hier bij een volgende gelegenheid inhoudelijk wat meer over te vernemen. Kan de heer Moens wat nader toelichten wat hij precies bedoelde toen hij het had over een vorm van sanctivering van “patiënten die niet voldoen aan de verwachtingen”, dreigt dit niet te leiden tot uitsluiting van bepaalde patiënten?

en accord avec ses aptitudes et compétences et que les informations des uns et des autres soient ensuite mises en commun. Quelles mesures sont nécessaires pour y parvenir? Cela nécessite-t-il une structure de coordination permanente?

L’Ordre des médecins a accompli un gros travail de préparation de la réforme; il serait intéressant, à une prochaine occasion, d’en savoir un peu plus sur le contenu de ce travail préparatoire. M. Moens peut-il préciser sa pensée lorsqu’il parlait d’une forme de sanctification des “patients qui ne répondent pas aux attentes”. Cela ne risque-t-il pas d’entraîner l’exclusion de certains patients?

C. Antwoorden

De heer Reinier Hueting (Kartel) meent dat gegevens alleen elektronisch doeltreffend kunnen worden gedeeld. Dat zulks nog niet optimaal gebeurt, is te wijten aan verschillende factoren. Volgens de spreker is de achterstand inzake de opleiding van de zorgverstrekkers thans bijgebeend. Een aantal oudere zorgverstrekkers die overwegen om binnen een termijn van vijf jaar hun activiteit stop te zetten, doen daarentegen niet mee met de elektronische gegevensuitwisseling. Voorts is het gebruikte systeem op technisch vlak buitengewoon ingewikkeld, want de gegevens worden niet centraal beheerd; ze blijven namelijk op de plaats waar ze zijn gecreëerd en er worden verbindingen gemaakt om de diverse zorgverstrekkers er toegang toe te verlenen. Door de opeenvolgende technische incidenten raken de betrokken zorgverstrekkers ontmoeidigd. De heer Hueting meent tot slot dat de geldelijke investering om dat elektronisch delen werkelijk doeltreffend te maken, absoluut niet volstaat.

Wat de rol van de patiënt betreft, meent de spreker dat omdat er meerdere zorgverstrekkers betrokken zijn, het des te belangrijker is dat de patiënt meester van zijn medisch dossier blijft. Volgens hem is de huisarts bij uitstek de partner van de patiënt bij het beheer van diens dossier. Voor de patiënten met geestelijke stoornissen moet één van de zorgverstrekkers worden aangewezen als *case manager*, belast met de coördinatie van het dossier. De spreker beklemtoont dat alle zorgverleners met elkaar moeten communiceren. Hij meent dat ter zake de uitgevoerde *shared-care*-proefprojecten op het vlak van specifieke pathologieën goed hebben gewerkt en zouden moeten worden uitgebreid tot alle patiënten, op basis van hun zorgbehoefthen. Hij benadrukt het belang van een aangepaste opleiding inzake die nieuwe praktijken, zowel aan de universiteit als tijdens de stages.

Wat de organisatie van de wachtposten betreft, is de spreker voorstander van het *full-option*-wachtpostmodel, met chauffeur. Hij merkt op dat talrijke lokaal ontstane initiatieven uiteindelijk daarvoor kiezen. Waar dat model is ingevoerd, zijn de problemen in verband met de weekendwachten nagenoeg verdwenen. Hij is er dan ook voorstander van dat dit model daar waar dat nodig is, ook in de week zou kunnen worden toegepast.

De heer Hueting pleit tot slot voor een verdere veralgemeening van de derde-betalersregeling, opdat die niet alleen zou gelden voor de patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Hij oppert dat de huisartsen bijvoorbeeld de derde-betalersregeling zouden kunnen toepassen voor alle patiënten van wie zij het globaal medisch dossier beheren.

C. Réponses

M. Reinier Hueting (CARTEL) considère que la voie électronique est la seule manière efficace de partager des données. Le fait que ce partage de données électronique ne fonctionne pas encore de manière optimale est dû à plusieurs facteurs. Selon lui, le retard pris au niveau de la formation des prestataires de soins est à présent résorbé. Par contre, un certain nombre de prestataires de soins plus âgés qui envisagent d'arrêter leurs activités dans un délai de 5 ans ne participent pas à l'échange électronique de données. Par ailleurs, le système mis en place est particulièrement complexe sur le plan technique puisqu'il n'y a pas de centralisation des données: ces dernières restent à l'endroit où elles ont été produites et des connections sont établies pour permettre l'accès à ces données par les différents prestataires de soins. L'accumulation d'accrocs techniques ont tendance à décourager les prestataires de soins concernés. Il estime enfin que l'investissement financier pour rendre ce partage électronique réellement efficace est tout-à-fait insuffisant.

Concernant le rôle du patient, il considère qu'il est d'autant plus important que le patient soit maître de son dossier médical qu'il y a plusieurs prestataires de soins impliqués. A ses yeux, le médecin généraliste est le partenaire privilégié du patient dans la gestion de son dossier. Pour les patients atteints de troubles mentaux, il a lieu de désigner, parmi les prestataires de soins, un *case manager* qui coordonnera le dossier. Il souligne la nécessité d'une communication entre tous les prestataires de soins. Il estime à cet égard que les projets pilotes de *share care* qui ont été menés pour des pathologies spécifiques ont bien fonctionné et devraient être étendus à tous les patients, sur la base de leurs besoins de soins. Il souligne l'importance d'une formation adéquate à ces nouvelles pratiques, tant à l'université que durant les stages.

En ce qui concerne l'organisation des postes de garde, il prône le modèle de poste de garde *full option*, avec chauffeur. Il observe que de nombreuses initiatives nées localement finissent pas s'y rallier. Aux endroits où ce modèle a été mis en place, il n'y a pratiquement plus de problème de garde durant les week-ends. Il est dès lors favorable à ce que ce modèle puisse aussi être appliqué en semaine aux endroits où c'est nécessaire.

Il plaide enfin pour généraliser davantage le tiers payant, au-delà de la catégorie des patients bénéficiaires de l'intervention majorée. Il suggère par exemple que les médecins généralistes puissent appliquer le tiers payant vis-à-vis de tous les patients dont ils gèrent le dossier médical global.

De heer Marc Moens (BVAS) bevestigt dat de digitalisering zeer ingewikkeld is; hij doet dat met name vanuit zijn ervaring als voorzitter van de vzw Recip-e, die er door het RIZIV mee belast is het elektronisch voorschrijven uit te rollen. Hij klaagt aan dat het systeem al op de markt wordt gebracht, terwijl het nog niet helemaal klaar is. Hij betreurt ook dat men niet om de software-uitgevers heen kan. De heer Moens is sterk gekant tegen eventuele sancties jegens de patiënten. De relatie tussen een zorgverstrekker en zijn patiënt moet op vertrouwen blijven berusten.

Wat de toegankelijkheid van de zorg betreft, meent de spreker dat die al groot is. Hij meent bovendien dat het moeilijk is om het actiererrein van elk paramedisch beroep wettelijk af te bakenen omdat die actierreinen elkaar gedeeltelijk overlappen. Algemeen is hij gekant tegen volledig gestandaardiseerde zorg want elke patiënt heeft zijn eigenheden en dé standaardpatiënt bestaat dus niet. Die zorgopvatting verhindert echter niet dat voor een aantal specifieke aandoeningen zorgprocedures worden toegepast.

In verband met de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen meent de heer Moens dat in veel gevallen de huisarts de coördinatie op zich kan nemen. Aangaande het netwerk rond de patiënt stelt de spreker dat de huisartsen doorgaans weliswaar beschikken over hun eigen netwerk van zorgverstrekkers met wie zij regelmatig samenwerken, maar dat het toch van wezenlijk belang is dat de vrije keuze van de patiënt altijd in acht wordt genomen.

Aangaande de niet-Belgische artsen vindt hij het ontbeerlijk dat zij de taal van de streek waar zij werken voldoende beheersen. Het probleem lijkt pregnanter aan Franstalige dan aan Nederlandstalige zijde. In dat verband pleit hij ervoor dat de Europese Unie voor het aantal artsen een contingentering per lidstaat invoert.

Wat het tekort aan artsen betreft, merkt hij op dat het niet algemeen is: het doet zich vooral in bepaalde minder aantrekkelijke gebieden voor. Hij stelt voor om het probleem op te lossen door de aantrekkelijkheid op te voeren met behulp van financiële stimuli.

Hij vindt het tot slot niet nodig de organisatie van wachtposten te veralgemenen daar waar het lokale huisartsennetwerk een eigen wachtdienst organiseert.

De heer Pierre Drielsma (Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones) is

M. Marc Moens (ABSyM) confirme le caractère très complexe de la numérisation, notamment à partir de son expérience comme président de l'asbl Recip-e, chargée par l'INAMI de mettre en œuvre la prescription électronique. Il dénonce le fait que le système soit mis sur le marché alors qu'il n'est pas encore entièrement prêt. Il regrette aussi la position incontournable des éditeurs de logiciels. Concernant d'éventuelles sanctions à l'égard des patients, il y est tout-à-fait opposé. La relation entre un prestataire de soins et son patient doit rester basée sur la confiance.

A propos de l'accessibilité des soins, il estime qu'elle est déjà grande. Il considère en outre qu'il est difficile de baliser sur le plan légal les champs d'action de chaque profession paramédicale car ils se recouvrent partiellement. De manière générale, il est opposé à des soins entièrement standardisés dans la mesure où il n'existe pas non plus de patient standard: chaque patient a sa propre singularité. Cette manière de concevoir les soins n'empêche cependant pas d'appliquer des protocoles de soins pour un certain nombre d'affections spécifiques.

Concernant la collaboration entre médecins et infirmiers, il considère que, dans bien des cas, le médecin généraliste peut se charger de la coordination. A propos du réseau autour du patient, même si les médecins généralistes ont généralement leur propre réseau de prestataires de soins avec lesquels ils collaborent régulièrement, il est essentiel que le libre choix du patient soit toujours respecté.

Au sujet des médecins non belges, il estime qu'il est indispensable qu'ils maîtrisent suffisamment bien la langue de la région où ils exercent leur activité. Le problème semble plus prégnant du côté francophone que du côté néerlandophone. Il plaide à cet égard pour que l'Union européenne mette en place un système de contingentement du nombre de médecins par États membres.

En ce qui concerne la pénurie de médecins, il observe qu'elle n'est pas généralisée: elle se concentre dans certaines régions moins attractives. Il suggère de résoudre le problème en renforçant l'attractivité par des incitants financiers.

Il considère enfin qu'il n'est pas nécessaire de généraliser l'organisation de postes de garde aux endroits où le réseau local de médecins généralistes organise son propre service de garde.

M. Pierre Drielsma (Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones) n'est

niet gekant tegen een veralgemening van de derde-betalersregeling, waardoor de zorg toegankelijker zou worden. Hij heeft echter een voorkeur voor forfaitaire kosteloosheid, veeleer dan voor kosteloze handelingen, want dat laatste zou met het oog op het voorkomen van misbruik meer toezicht vergen.

Wat de geografische en temporele toegankelijkheid betreft, vindt hij dat er algemeen te weinig huisartsen zijn. Zelfs al worden sommige taken overgedragen aan bijvoorbeeld verpleegkundigen in gespecialiseerde zorg, toch zullen de huisartsen een aantal taken op andere gebieden overnemen, zoals gynaecologie, pediatrie, diabetologie. De behoeften inzake bijscholing en tijd voor andere activiteiten dan het strikt klinische werk (bijvoorbeeld onderzoeken, allerlei vertegenwoordigingen), alsook het feit dat men in de toekomst minder dan 60 uur per week zal moeten werken, zullen de behoefte aan mankracht in de huisartsengeneeskunde vergroten.

Op het vlak van de eerstelijnsgezondheidszorg pleit hij voor voldoende diversiteit, met evenwel een beperking van het aantal verschillende professionals zodat de coördinatie niet te omslachtig wordt. Hij wijst er tevens met aandrang op dat tijdens de opleiding, meer bepaald aan de universiteit, de nadruk wordt gelegd op interdisciplinariteit, bijvoorbeeld door het organiseren van voor verschillende disciplines gemeenschappelijke seminars.

Met betrekking tot de taakverdeling onder de huisartsen (eerstelijnsgezondheidszorg) en de specialisten (tweedelijnsgezondheidszorg) vindt hij dat die rationeel moet worden herdacht naargelang van de prevalentie, de ernst en de geneesbaarheid van elke aandoening, alsook op basis van de nodige bekwaamheden en technische instrumenten om doeltreffend op te treden. Hij is voorstander van overgangsmaatregelen, zodat aan een aantal specialisten niet van vandaag op morgen te veel handelingen worden ontnomen.

De heer Jean-Luc Demeere (Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten) is verrast door de “universele” aard van de bevoegdheid die aan de huisartsen wordt toegekend. Hij vindt het noodzakelijk de eerstelijnsgezondheidszorg te herdefiniëren, want bepaalde interventies, zoals postoperatieve follow-up aan huis wordt niet altijd door eerstelijnszorgverstrekkers uitgevoerd. Men moet ook de gezondheidszorgberoepen opnieuw bepalen. Gelet op de almaar verdergaande evolutie en specialisatie van de geneeskunde, pleit hij voor zelfregulering in elk gezondheidszorgberoep met betrekking tot de eigen bevoegdheden.

pas opposé à une généralisation du tiers payant qui rendrait les soins plus accessibles. Il marque cependant une préférence pour la gratuité forfaitaire plutôt que la gratuité à l'acte, laquelle nécessiterait davantage de surveillance pour prévenir d'éventuels abus.

Concernant l'accessibilité géographique et temporelle, il estime qu'il y a, globalement, trop peu de médecins généralistes. Même si certaines tâches seront transférées vers, par exemple, les infirmiers en soins spécialisés, les médecins généralistes récupéreront un certain nombre de tâches dans d'autres domaines, tels que la gynécologie, la pédiatrie et la diabétologie. Les besoins en termes de formation continue et de temps à consacrer à d'autres activités que proprement cliniques (ex.: recherches, représentations diverses), ainsi que le fait qu'on travaillera à l'avenir moins de 60 heures/semaine accroîtront le besoin de main d'œuvre en médecine générale.

Au niveau de l'organisation de la première ligne de soins, il plaide pour suffisamment de diversité, tout en limitant le nombre de professionnels différents afin de ne pas rendre la coordination trop lourde. Il insiste également sur la nécessité que les formations, notamment à l'université, mettent l'accent sur l'interdisciplinarité, par exemple, en organisant des séminaires communs à plusieurs disciplines.

En ce qui concerne la répartition des tâches entre médecins généralistes (1^{ère} ligne de soins) et médecins spécialistes (2^e ligne de soins), il estime qu'elle doit être repensée rationnellement en fonction des prévalences, de la gravité, de la curabilité de chaque affection ainsi que des compétences et des outils techniques nécessaires pour intervenir efficacement. Il est favorable à des mesures transitoires afin qu'un certain nombre de médecins spécialistes ne se voient pas retirer trop d'actes du jour au lendemain.

M. Jean-Luc Demeere (Groupement des unions professionnelles belges des médecins spécialistes) est surpris du caractère “universel” de la compétence reconnue aux médecins généralistes. Il considère qu'il est nécessaire de redéfinir le domaine de la première ligne de soins car certaines interventions, tels que les suivis post-opératoires à domicile ne sont pas toujours assurés par les prestataires de soins de première ligne. Il y a également lieu de redéfinir les professions de santé. Vu l'évolution et la spécialisation toujours plus poussée de la médecine, il plaide à cet égard pour une autorégulation de chaque profession de santé à l'égard de ses propres compétences.

Aangaande de hervorming van de ziekenhuisinstellingen en het opzetten van netwerken maakt hij zich zorgen over het governance-model dat de minister voor ogen heeft. Volgens zijn informatie zal het bepalen van de strategie worden gedaan door de netbeheerder, die de medische activiteit van de ziekenhuizen die tot het netwerk behoren dus zal kunnen wijzigen (bijvoorbeeld oprichting, sluiting, fusie of vereniging van diensten) zonder de toestemming van de medische raad van het netwerk. Hij vindt voorts dat de geplande hervorming onvermijdelijk tot de sluiting van ziekenhuizen zal leiden. De niet gespecialiseerde basisstreekziekenhuizen zullen moeten sluiten om plaats te maken voor een sterk gespecialiseerd netwerk van ziekenhuizen.

Inzake ziekenhuisfinanciering vreest hij dat de combinatie van het inkomensverlies als gevolg van de invoering van de toekomstige forfaitaire financiering van de zorg met een lage variabiliteit, met een gelijktijdige terugbetaling van de overschrijdingen van de honoraria in het kader van de huidige regeling voor de berekening van de referentiebedragen zal leiden tot een verslechtering van het financiële tekort van sommige Brusselse ziekenhuizen.

Aangaande de ambulante heelkunde betreurt hij dat België achterloopt op de andere ontwikkelde landen. Die achterstand is te wijten aan het bestaande ziekenhuisfinancieringssysteem, dat nadelig is voor ambulante behandelingen, alsook aan het bestaande onvermogen van het eerstelijnszorgnet om te voorzien in een langdurige performante opvolging.

De heer Jean-Jacques Rombouts (Orde der artsen) is er niet voor gewonnen dat een Hoge Raad voor de deontologie zich zou inlaten met de medische plichtenleer. De wetgever heeft (vooral in de patiëntenrechtenwet) een aantal gemeenschappelijke regels vastgelegd; die zijn van toepassing op alle beoefenaars van een gezondheidszorgberoep. De regels eigen aan de uitoefening van een beroep zijn logischerwijs onderdeel van het beroep in kwestie. De oprichting van een deontologisch orgaan voor meerdere beroepen leidt ertoe dat enkel rekening zal worden gehouden met de gemeenschappelijke fundamentele deontologische beginselen, waarbij de specifieke regels voor elke categorie van beroepsbeoefenaars op de achtergrond komen. Heel recent werd de Code van medische deontologie volledig herwerkt; terwijl die code in 1975 nog 184 artikelen telde, blijven er nog amper 45 over.

Wat het probleem van de aanstelling van een *team leader* betreft, is het volgens hem niet langer zinvol dat dit in alle omstandigheden noodzakelijkerwijze een arts moet zijn. Een en ander hangt af van de betrokken aandoening en van de respectieve competenties van de

Concernant la réforme des institutions hospitalières et la création des réseaux, il est préoccupé par le modèle de gouvernance envisagé par la ministre. Selon ses informations, la définition de la stratégie reviendra au gestionnaire du réseau qui pourra dès lors modifier l'activité médicale des hôpitaux du réseau (ex.: création, fermeture, fusion ou association de services) sans l'assentiment du conseil médical du réseau. Il estime en outre que la réforme envisagée conduira inévitablement à des fermetures d'hôpitaux. Les hôpitaux régionaux de base sans spécialité devraient fermer pour laisser la place à un réseau d'hôpitaux hautement spécialisés.

Au sujet du financement des hôpitaux, il craint que la combinaison de la diminution de revenus suite à la mise en place du futur financement forfaitaire des soins de basse variabilité avec un remboursement simultané des dépassements d'honoraires dans le cadre du système actuel de calcul des montants de référence, conduise à une aggravation du déficit financier de certains hôpitaux bruxellois.

A propos de la chirurgie ambulatoire, il regrette le retard de la Belgique par rapport aux autres pays développés. Ce retard est dû au système actuel de financement hospitalier qui est défavorable aux prises en charge ambulatoires ainsi qu'à l'incapacité actuelle du réseau de soins de première ligne d'assurer un suivi performant dans la durée.

M. Jean-Jacques Rombouts (Ordre des médecins) n'est pas favorable à ce qu'un Conseil supérieur de déontologie intervienne dans la déontologie médicale. Le législateur a défini un socle commun de règles applicables à tous les professionnels de santé, principalement dans la loi relative aux droits du patient. En ce qui concerne les règles propres à l'exercice d'une profession, elles relèvent par nature de la profession elle-même. Créer un organe déontologique pour plusieurs professions amène à prendre en considération les principes fondamentaux communs de déontologie et à négliger les règles spécifiques à chaque catégorie de praticiens professionnels. Le Code de déontologie a été tout récemment entièrement réécrit. Il est passé de 184 articles, en 1975, à 45 articles, actuellement.

Concernant le problème de la désignation d'un *team leader*, il estime que ça n'a plus de sens que ce soit nécessairement un médecin dans toutes les situations. Cela dépend de la pathologie concernée et des compétences respectives des différents professionnels de la

verschillende gezondheidszorgbeoefenaars. Zo kan in sommige gevallen een gespecialiseerd verpleegkundige ter zake competenter zijn dan een huisarts. Hij pleit voor respect voor de respectieve competenties van alle gezondheidszorgbeoefenaars. In dat verband betreurt hij dat het pakket menswetenschappen dat in de jaren 1990 in het programma van de geneeskundeopleiding was opgenomen, sterk verminderd is bij de recente overgang van 7 naar 6 studiejaren.

De heer Xavier Van Cauter (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu) preciseert dat de contingentering van de niet-Belgische artsen een complexe aangelegenheid is. Er kan worden voorzien in een contingentering op Europees niveau. Overigens wijst hij erop dat elke belemmering van de vrijheid van vestiging in de Europese Unie moet berusten op een solide rechtvaardiging, zoals de vrijwaring van het socialezekerheidsstelsel of van het onderwijsysteem.

D. Replieken

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) onderstreept dat de contingentering van het aantal artsen op Belgisch niveau een gerechtvaardigde inperking van de vrije beroepskeuze is. Indien een dergelijke contingentering gerechtvaardigd is op Belgisch niveau, ziet zij niet in waarom een soortgelijke contingentering niet gerechtvaardigd zou kunnen zijn op Europees niveau. In dit verband verwijst zij naar het wetsvoorstel dat zij daartoe heeft ingediend (DOC 54 3032/001).

santé. Ainsi, dans certains cas, un infirmier spécialisé peut être plus compétent qu'un médecin généraliste. Il plaide pour un respect des compétences respectives de chaque professionnel de la santé. Il déplore, à cet égard, que le socle de sciences humaines qui avait été introduit dans le programme des études en médecine dans les années '90 ait été fortement raboté lors du passage récent de 7 à 6 années d'études.

M. Xavier Van Cauter (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement) précise que la question du contingentement des médecins non belges est une matière complexe. Il est possible de prévoir un contingentement au niveau européen. Par ailleurs, il signale que toute entrave à la liberté d'établissement dans l'Union européenne doit reposer sur une justification solide, telle que la sauvegarde du système de sécurité sociale ou la sauvegarde du système d'enseignement.

D. Répliques

Mme Catherine Fonck (cdH) souligne que le contingentement du nombre de médecins au niveau belge constitue une restriction justifiée au libre choix de la profession. Si un tel contingentement est justifié au niveau belge, elle ne voit pas pourquoi un contingentement similaire ne pourrait pas être justifié au niveau européen. Elle se réfère à cet égard à la proposition de loi qu'elle a déposée dans ce sens (DOC 54 3032/001).

**DEEL VI. — HOORZITTING MET
VERTEGENWOORDIGERS VAN DE APOTHEKERS
(23 MEI 2018)**

A. Inleidende uiteenzettingen

1. Inleidende uiteenzetting van de heer Alain Chaspierre, Algemene Pharmaceutische Bond (APB)

De heer Chaspierre is verheugd over de uitnodiging om in de commissie te komen spreken, aangezien de wet van 10 mei 2015 zeer belangrijk is voor het beroep van apotheker. Door de hervorming van die wet zullen de apothekers nog beter kunnen evolueren naar een model dat meer gericht is op de meerwaarde diensten die apothekers kunnen bieden aan de bevolking.

De spreker geeft een overzicht van de troeven die de officina-apotheker vandaag te bieden heeft binnen de context van de volksgezondheid.

De eerste troef van de apotheker is zijn nabijheid en toegankelijkheid. Met 500 000 bezoekers per dag, is de officina-apotheek vandaag het meest toegankelijke gezondheidscentrum voor de patiënt. De apotheker staat in zeer nauw contact met de bevolking in al zijn diversiteit, met zowel gezonde personen als zieke en zowel chronisch zieken als mensen met een acute ziekte.

Er is een sterke vertrouwensband tussen apotheker en patiënt. Een enquête van Test-Aankoop toont aan dat 86 % van de Belgen steeds naar dezelfde apotheek gaan. In de meeste gevallen kent de apotheker zijn bezoekers goed.

Een andere troef is de hoge graad van informatisering van de sector. Zo gebruiken de apothekers de e-health-applicaties. Bovendien gebruiken bijna alle Belgische apothekers (97 %) het Gedeeld Farmaceutische Dossier, dat werd ontwikkeld om vlot gegevens te kunnen delen en zo de veilige verstrekking van geneesmiddelen te kunnen verzekeren.

Voorts hebben de apothekers het Meerjarenkader voor de patiënt met de officina-apothekers van de minister van Volksgezondheid ondertekend. Dat kader zal bepalend zijn voor de verdere ontwikkeling van het beroep van apotheker. Tijdens de onderhandelingen over het Meerjarenkader werden tien topics besproken. Van die topics hebben er vier een verband met de hervorming van de wet van 10 mei 2015. Het gaat om de spreiding van de apotheken, de hervorming van het wachtsysteem, de ontwikkeling van het beroep en het medicatieschema.

**PARTIE VI. — AUDITION DE REPRÉSENTANTS
DES PHARMACIENS (23 MAI 2018)**

A. Exposés introductifs

1. Exposé introductif de M. Alain Chaspierre, Association pharmaceutique belge (APB)

M. Chaspierre se félicite d'être invité à prendre la parole en commission, étant donné que la loi du 10 mai 2015 est très importante pour la profession de pharmacien. De par la réforme de cette loi, les pharmaciens pourront mieux encore évoluer vers un modèle davantage axé sur les services à valeur ajoutée que les pharmaciens peuvent offrir à la population.

L'orateur donne un aperçu des atouts qu'offre actuellement le pharmacien d'officine dans le contexte de la santé publique.

Le premier atout du pharmacien est sa proximité et son accessibilité. Avec 500 000 visiteurs par jour, l'officine pharmaceutique est actuellement le centre de santé le plus accessible pour le patient. Le pharmacien est en contact très étroit avec la population dans toute sa diversité, qu'il s'agisse de personnes saines ou malades, de malades chroniques ou de personnes souffrant d'une affection aiguë.

Il existe une forte relation de confiance entre le pharmacien et le patient. Une enquête de Test-Achats montre que 86 % des Belges fréquentent toujours la même pharmacie. Dans la plupart des cas, le pharmacien connaît bien ses clients.

Un autre atout est le degré élevé d'informatisation du secteur. C'est ainsi que les pharmaciens utilisent les applications e-Health. En outre, presque tous les pharmaciens belges (97 %) utilisent le dossier pharmaceutique partagé, qui a été développé afin de pouvoir partager facilement les données et assurer ainsi une délivrance sûre des médicaments.

En outre, les pharmaciens ont signé avec la ministre de la Santé publique le Cadre pluriannuel pour les patients avec les pharmaciens d'officine. Ce cadre sera déterminant pour le développement ultérieur de la profession de pharmacien. Au cours des négociations relatives au Cadre pluriannuel, dix thèmes ont été abordés. Quatre de ces thèmes sont liés à la réforme de la loi du 10 mai 2015. Il s'agit de la répartition géographique des pharmacies, de la réforme du système de garde, du développement de la profession et du schéma de médication.

De ontwikkeling van het beroep verloopt langs drie hoofdlijnen.

De eerste hoofdlijn is de preventie. De apothekers willen zich op dit vlak engageren, omdat zij frequent in contact komen met mensen die in goede gezondheid verkeren en niet noodzakelijk op doktersbezoek gaan.

De tweede hoofdlijn is de oriëntatie. Men weet dat twee derde van de personen die een gezondheidsklacht hebben, aanvankelijk geneigd zullen zijn tot zelfmedicatie en de apotheker dus als eerste gezondheidsprofessional zullen opzoeken. De apotheker is dus vaak de eerste persoon die de patiënt zal oriënteren. Hij weet in zulke gevallen welke personen tot het risicotrubliek behoren en kent de alarmsignalen. Het doel van de apotheker is uiteraard niet om een diagnose te stellen, maar de patiënt door te verwijzen naar een arts, wanneer hij een risico voor de gezondheid van de patiënt vaststelt.

Bij die oriëntatie is de apotheker ook in staat om chronische ziekten vroegtijdig op te sporen. Sommige ziektes zijn in het begin moeilijk te opsporen, wat dan zorgt voor een laattijdige diagnosestelling. De apotheker is de uitgelezen partner van de huisarts om, door middel van nieuwe technologie en testingapparatuur, deze ziektes eerder op het spoor te komen. Deze troef van de apothekers wordt op dit moment nog te weinig benut.

De derde hoofdlijn met betrekking tot de ontwikkeling van het beroep is de opvolging van de therapie. De apotheker behoudt het helikopterzicht over de volledige behandeling van de patiënt en helpt hem om zijn geneesmiddelen op de juiste manier te gebruiken. Ook hierbij is de tandem apotheker-huisarts zeer belangrijk.

De spreker wenst er op te wijzen dat apothekers in sommige buurlanden een taak van de huisartsen mogen overnemen, namelijk het toedienen van griepvaccins. Het zou interessant zijn om het ook in België op zijn minst op een objectieve manier te bespreken en na te denken over die mogelijkheid. Op deze manier zou men immers de vaccinatiegraad aanzienlijk kunnen verhogen.

Eén van de belangrijkste onderwerpen binnen het Meerjarenkader, is de functie van de referentieapotheker. Deze apotheker kan op drie vlakken een belangrijke bijdrage leveren. Eerst is er de rol die de apotheker kan spelen om de therapietrouw te bevorderen. Op dat vlak is er nog veel werk. Men weet namelijk dat één chronisch zieke op twee zijn medicatie niet correct gebruikt.

Le développement de la profession s'articule autour de trois axes principaux.

Le premier axe est la prévention. Les pharmaciens souhaitent s'engager dans ce domaine, parce qu'ils sont fréquemment en contact avec des personnes en bonne santé qui ne consultent pas nécessairement le médecin.

La deuxième ligne directrice est l'orientation. On sait que deux tiers des personnes ayant des problèmes de santé commencent par se soigner elles-mêmes. Le pharmacien est donc le premier professionnel de la santé à qui elles s'adressent. Il est souvent la première personne qui orientera le patient. Le pharmacien sait qui sont les personnes à risque, dans ce cas, et connaît les signaux d'alarme. Son but n'est pas de poser un diagnostic mais bien de diriger le patient vers un médecin lorsqu'il constate que sa santé est menacée.

Dans le cadre de cette orientation, le pharmacien peut aussi détecter une maladie chronique à un stade précoce. Certaines maladies sont difficiles à dépister à leur stade initial, ce qui entraîne un diagnostic tardif. Le pharmacien est le partenaire idéal du médecin généraliste pour la détection précoce de ces maladies grâce aux nouvelles technologies et à des équipements permettant de réaliser des tests. Il s'agit d'un atout encore trop peu exploité à l'heure actuelle.

La troisième ligne directrice à prendre en compte dans le développement de la profession est le suivi de la thérapie. Le pharmacien conserve une vision panoramique du traitement du patient et l'aide à prendre correctement ses médicaments. Sur ce plan aussi, le tandem pharmacien-médecin généraliste est très important.

L'orateur tient à souligner que, dans certains pays voisins, les pharmaciens peuvent se charger de l'une des missions du médecin généraliste, l'administration des vaccins contre la grippe. Il serait intéressant, à tout le moins, d'en discuter de manière objective et d'envisager cette possibilité dans notre pays également, car elle permettrait d'augmenter considérablement le taux de vaccination.

L'un des principaux thèmes du cadre pluriannuel vise la fonction de pharmacien de référence. Ce pharmacien peut apporter une contribution importante à trois égards. L'orateur cite d'abord le rôle qu'il peut jouer au niveau de l'adhésion thérapeutique. Il y a encore beaucoup de choses à faire dans ce domaine. En effet, on sait qu'un patient souffrant d'une maladie chronique sur deux ne prend pas correctement ses médicaments.

Het tweede aspect is dat van de polymedication. In België telt men 42 000 hospitalisaties per jaar die een rechtstreeks verband hebben met problematische medicatie. Dat vertegenwoordigt een budget van 200 miljoen euro per jaar. Wat schrijnend is, is dat men weet dat de helft van die problemen voorspelbaar, vermindbaar of corrigeerbaar zijn, door de apotheker of de huisarts.

Het derde probleem waarbij de referentieapotheker een rol kan spelen, is het lage niveau van gezondheidswijsheid in België, dat “onvoldoende” is voor 12 % van de bevolking en “beperkt” voor 30 % van de bevolking.

Wat het luik van de preventie betreft, geeft de spreker aan dat er vanuit de overheid vandaag veel aandacht en middelen gaan naar de zogenaamde *high complexity patients*. Dat zijn patiënten die veel medicijnen moeten innemen en nog weinig autonomie hebben. De spreker denkt dat men door een betere samenwerking tussen apotheker en huisarts meer kan doen voor patiënten die chronisch ziek zijn, maar nog wel autonoom zijn, om te voorkomen dat zij bij die groep van *high complexity of high risk patients* terechtkomen, of het proces op zijn minst te vertragen.

In verband met het topic van het medicatieschema, stelt de spreker het project VIDIS voor, dat wordt gesteund door het RIZIV. VIDIS is een virtueel informatiesysteem dat virtuele Geneesmiddelendossiers toegankelijk maakt voor zorgprofessionals én patiënten. In 2019 zal het pilootproject waarschijnlijk worden gelanceerd.

VIDIS zal tegelijk de manier van voorschrijven en het multidisciplinaire patiëntendossier veranderen. Eén deel van het systeem zal de therapeutische intentie van de arts weergeven. De arts geeft de indicatie, de medicatielijst en het toedieningsschema in het systeem, en ook de datum waarop hij de patiënt wil terugzien. Voor de apotheker zijn de indicatie van de arts en de opgegeven datum van belang. De indicatie is belangrijk omdat de apotheker exact moet weten waarom het geneesmiddel aan de patiënt is voorgeschreven, om aangepast advies te kunnen geven. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld een corticoïde voorgeschreven krijgt, weet de apotheker niet of hij aan astma of aan COPD lijdt.

De datum waarop de arts de patiënt wil terugzien is ook belangrijk. Als een chronisch zieke stabiel is en de arts hem pas over drie maanden wil terugzien, is de apotheker gedurende die drie maanden de enige gezondheidsprofessional die een regelmatig contact heeft met de patiënt. De spreker denkt daarom dat in de hervormde wet van 10 mei 2015 moet worden voorzien dat de apotheker ook bepaalde biologische waarden mag meten, om problemen die zich in tussentijd kunnen voordoen sneller te detecteren en de patiënt eventueel

Le deuxième point concerne la polymédication. En Belgique, chaque année, 42 000 hospitalisations sont directement liées à un problème de médication. Cela représente un budget de 200 millions d'euros par an. Le plus navrant, c'est que la moitié de ces problèmes sont prévisibles, évitables ou peuvent être corrigés par le pharmacien ou par le généraliste.

Le troisième problème pour lequel le pharmacien de référence peut jouer un rôle est le faible niveau de littératie en santé, qui est “insuffisant” pour 12 % de la population et “limité” pour 30 % de celle-ci.

En ce qui concerne le volet prévention, l'orateur indique que les autorités accordent aujourd'hui beaucoup d'attention et de moyens aux *“high complexity patients”*. Ce sont les patients qui doivent prendre beaucoup de médicaments et qui ne disposent plus que d'une autonomie limitée. L'orateur estime qu'une meilleure collaboration entre le pharmacien et le médecin permettrait de mieux soigner les patients souffrant d'affections chroniques mais encore autonomes, pour éviter qu'ils rejoignent ce groupe de patients *“high complexity”* ou *“high risk”* ou, à tout le moins, pour ralentir ce processus.

Concernant le thème du schéma de médication, l'orateur présente le projet VIDIS, soutenu par l'INAMI. VIDIS est un système d'information virtuel qui permet aux professionnels de la santé et aux patients d'accéder aux dossiers de médicaments virtuels. Le projet pilote sera probablement lancé en 2019.

VIDIS modifiera également la manière de prescrire et le dossier pluridisciplinaire du patient. Une partie du système reflètera les intentions thérapeutiques du médecin. Il introduit, dans le système, l'indication, la liste des médicaments et le schéma d'administration, ainsi que la date à laquelle il souhaite revoir le patient. Pour le pharmacien, l'indication du médecin et la date mentionnée sont importantes. L'indication est importante dans la mesure où le pharmacien doit savoir exactement pourquoi le médicament a été prescrit au patient, afin de pouvoir lui prodiguer un avis adapté. Lorsqu'un patient se voit prescrire un corticoïde, par exemple, le pharmacien ne sait pas s'il souffre d'asthme ou de BPCO.

La date à laquelle le médecin souhaite revoir le patient est également importante. Lorsqu'une maladie chronique est stable et que le médecin ne veut revoir le patient que dans trois mois, le pharmacien est, pendant ces trois mois, le seul professionnel de la santé avec qui il a un contact régulier. L'orateur estime par conséquent que dans la réforme de la loi du 10 mai 2015, il convient de prévoir que le pharmacien peut également mesurer certaines valeurs biologiques, afin de détecter plus rapidement certains problèmes qui peuvent surgir entre

al vóór de afgesproken datum naar de arts door te verwijzen.

Het medicatieschema wordt opgesteld door de referentieapotheker. Tussen het vakje met de therapeutische intentie van de arts en het vakje met het schema van de apotheker, kan men zien welke geneesmiddelen er afgeleverd zijn, welke verschillende actoren geneesmiddelen hebben voorgescreven en welke zelfmedicatie er is gebeurd. Het VIDIS-systeem geeft dus een veelheid aan gegevens, die essentieel zijn voor de goede inname van de geneesmiddelen en de opvolging ervan, zowel voor de apotheker als voor de patiënt als voor andere zorgprofessionals.

Vervolgens bespreekt de heer Chaspierre de opleiding en het competentieprofiel van de apotheker. Voor de APB is de universitaire basisopleiding in België van uitstekende kwaliteit. In het Meerjarenkader vragen de apothekers om de mogelijkheid te voorzien om de beroepstitel van officina-apotheker te kunnen verkrijgen. In de context van de ontwikkeling van de apothekerdiensten, is het voor de APB essentieel dat de apotheker competenties verwerft in het kader van de beroepspraktijk. De APB bespreekt die mogelijkheid reeds en denkt daarnaast dat de op te richten Federale adviesraad voor de apothekers het mogelijk zou maken om op dat vlak vooruitgang te maken.

De continuïteit van de behandeling is een volgend belangrijk thema. Op dit moment is er een groot probleem met de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen. De lijst van geneesmiddelen die vandaag onbeschikbaar zijn is erg lang. In het huidige model moet de apotheker steeds toestemming vragen aan de arts alvorens hij een alternatief geneesmiddel aan de patiënt kan aanbieden. Volgens de spreker bestaan er echter genoeg tools om een autonome beslissing van de apotheker te kaderen. Ook de verantwoordelijkheid voor het goedkoopst voorschrijven ligt nu nog bij de arts. Bij het voorschrijven van antibiotica en antimycotica, waarbij de apothekers de plicht hadden om het goedkoopste geneesmiddel te leveren, hebben de apothekers echter reeds aangetoond dat zij die taak ook vlot kunnen overnemen.

In het raam van de onderhandelingen met de minister kwam ook de hervorming van de spreidingswet aan bod. Voor de apothekers is het belangrijk dat de officina voldoende groot is om alle diensten te kunnen aanbieden, en ze zich tegelijkertijd dicht bij de woonplaats bevindt. Voor de wachtdienst geldt hetzelfde: men stelt namelijk vast dat de meerderheid van de personen die naar een wachtdienst komen, vaak een voorschrift hebben dat niet die dag is afgegeven of voor zelfmedicatie komen.

deux consultations chez le médecin et ainsi renvoyer, si nécessaire, le patient chez le médecin avant même la date convenue.

Le schéma de médication est établi par le pharmacien de référence. Entre la case indiquant les intentions thérapeutiques du médecin et la case réservée au pharmacien, on peut voir quels médicaments ont été fournis, quels acteurs ont prescrit des médicaments ainsi que les médicaments pris dans le cadre de l'automédication. Le système VIDIS réunit donc de nombreuses données qui sont essentielles pour une prise correcte des médicaments et son bon suivi, tant pour le pharmacien que pour le patient et d'autres professionnels de la santé.

M. Chaspierre aborde ensuite la formation et le profil de compétences du pharmacien. Pour l'APB, la formation universitaire de base en Belgique est d'excellente qualité. Dans le Cadre pluriannuel, les pharmaciens demandent que soit prévue la possibilité d'obtenir le titre professionnel de pharmacien d'officine. Dans le contexte du développement des services pharmaceutiques, l'APB estime qu'il est essentiel que le pharmacien acquière des compétences dans le cadre de la pratique professionnelle. L'APB discute déjà de cette possibilité et pense par ailleurs que le Conseil consultatif fédéral des pharmaciens, qui doit être créé, permettrait de progresser dans ce sens.

La continuité du traitement est un autre sujet important. L'indisponibilité de certains médicaments pose pour l'instant un véritable problème. La liste des médicaments qui sont aujourd'hui indisponibles est très longue. Dans le modèle actuel, le pharmacien doit chaque fois demander l'autorisation du médecin avant de proposer au patient un médicament alternatif. Selon l'orateur, il existe toutefois un nombre suffisant d'outils permettant d'encadrer une décision autonome du pharmacien. De même, la responsabilité de prescrire le médicament le moins cher incombe aujourd'hui encore au médecin. Dans le cadre de la prescription d'antibiotiques et d'antimycosiques, où ils étaient obligés de fournir aux patients le médicament le moins cher, les pharmaciens ont néanmoins déjà montré qu'ils pouvaient également facilement assumer cette mission.

La réforme de la loi de répartition a également été abordée dans le cadre des négociations avec la ministre. Pour les pharmaciens, il est important que les officines aient une taille suffisante pour pouvoir offrir tous les services et qu'elles soient en même temps proches du domicile du patient. Il en va de même du service de garde: on constate en effet que la majorité des personnes qui se rendent à la pharmacie de garde disposent souvent d'une prescription qui ne date pas

Daarom is het belangrijk dat de apotheken dicht bij de woonplaats kunnen worden aangeboden. Er kan ook worden nagedacht over andere oplossingen, zoals nieuwe technologieën en systemen zoals telegeneeskunde.

Samenvattend stelt de heer Chaspierre dat het voor de APB van primordiaal belang is dat de apotheker betrokken wordt in een geïntegreerd en efficiënt zorgbeleid. In dat kader speelt de apotheker een belangrijke rol op het vlak van de primaire preventie en ook de secundaire preventie, die bestaat uit de oriëntatie van de patiënt en de vroegdetectie van chronische ziekten. Ook zeer belangrijk daarbij is de versterking van de tandem huisarts-apotheker, waarbij de apotheker het goede geneesmiddelengebruik door de patiënt opvolgt en biologische waarden kan meten, om de behandeling tijdig te kunnen bijsturen. De apotheker neemt binnen die tandem ook de *Medicines Use Review* (MUR) voor zijn rekening.

2. Inleidende uiteenzetting van de heer Bernard Pirotte, Orde der Apothekers

Ter inleiding geeft de heer Pirotte een overzicht van de missie van de Orde der Apothekers en de doelstellingen die de Orde voor de toekomst heeft. Vervolgens beschrijft de spreker de hervormingen die noodzakelijk zullen zijn om die doelstellingen te verwezenlijken.

De Orde der Apothekers werd in 1949 opgericht als een publiekrechtelijke instelling die bekleed is met een opdracht van algemeen/publiek belang ter bescherming van de volksgezondheid: volgens de parlementaire werkzaamheden ter voorbereiding van de aanvankelijke oprichtingswet¹ schept de Orde de maatschappelijke en ethische voorwaarden die noodzakelijk zijn voor het vertrouwen van de patiënt en van de maatschappij tegenover het beroep, wars van commerciële excessen. Haar hoofdopdracht bestaat erin de algemene beginseisen en de regels voor de farmaceutische plichtenleer op te stellen, de nodige aanpassingen aan te brengen en te waken over de toepassing van de regels.

De richtsnoeren van de Orde der Apothekers – de bescherming van de volksgezondheid, het bewaken van het vertrouwen tussen de patiënt en de apotheker, en van de geloofwaardigheid van de apotheker in de ogen van de maatschappij, de voorkoming van mercantile ontsporingen, het opstellen en toepassen van de deontologie – blijven actueel. Ze moeten echter opnieuw worden geïnterpreteerd in het licht van

du jour même ou viennent pour de l'automédication. Il importe dès lors que les patients puissent disposer de pharmacies à proximité de leur domicile. D'autres solutions peuvent également être envisagées, comme les nouvelles technologies et des systèmes tels que la télémédecine.

En résumé, M. Chaspierre déclare qu'il est primordial pour l'APB que le pharmacien soit associé à une politique de soins intégrée et efficace. Dans ce cadre, le pharmacien joue un rôle important sur le plan de la prévention primaire ainsi que de la prévention secondaire, qui consiste en l'orientation des patients et le dépistage précoce des maladies chroniques. À cet égard, il est également essentiel de renforcer le tandem médecin généraliste-pharmacien, au sein duquel le pharmacien suit le bon usage des médicaments par le patient et peut effectuer des mesures biologiques afin de pouvoir ajuster le traitement à temps. Au sein de ce tandem, le pharmacien prend également en charge la revue de l'utilisation des médicaments (*Medicines Use Review* ou *MUR*).

2. Exposé introductif de M. Bernard Pirotte, Ordre des Pharmaciens

En guise d'introduction, M. Pirotte donne un aperçu de la mission de l'Ordre des Pharmaciens et des objectifs de l'Ordre pour l'avenir. L'orateur décrit ensuite les réformes qui seront nécessaires pour atteindre ces objectifs.

L'Ordre des Pharmaciens a été créé en 1949 en tant qu'organisme de droit public investi d'une mission d'intérêt général/public en vue de la protection de la santé publique. Selon les travaux parlementaires préparatoires de la loi de création initiale¹, l'Ordre crée les conditions sociales et éthiques nécessaires à la confiance du patient et de la société à l'égard de la profession, en dehors de toute outrance commerciale. Sa mission principale est d'établir les principes généraux et les règles relatifs à la déontologie pharmaceutique, d'opérer les ajustements nécessaires et de veiller à l'application des règles.

Les directives de l'Ordre des pharmaciens restent d'actualité: protéger la santé publique, préserver la confiance entre le patient et le pharmacien, de même que la crédibilité du pharmacien aux yeux de la société, éviter les dérives mercantiles, développer et appliquer les règles de déontologie. Elles devraient toutefois être réinterprétées à la lumière des changements intervenus dans la société, en particulier de l'évolution de

¹ Wetsvoorstel tot instelling van de Orde der Apothekers, Verslag, Parl. St. Kamer 1947-1948, nr. 220, blz. 1-2 et 3.

¹ Proposition de loi créant l'Ordre des Pharmaciens, Rapport, Doc. parl. Chambre 1947-1948, n° 220, pp. 1-2 et 3.

de maatschappelijke veranderingen. Dat geldt in het bijzonder voor de veranderingen van het beroep, die in een steeds sneller tempo plaatsvinden. Een aanpassing van de deontologische Code aan de nieuwe situaties waarmee de apotheker wordt geconfronteerd, dringt zich dan ook op². Ook een herdefiniëring van de Orde als instelling is noodzakelijk, in het belang van de patiënten, apothekers en andere zorgverstrekkers.

De strategische doelstellingen van de hervorming zijn de volgende:

- de patiënt neemt een centrale plaats in in het zorgproject;
- het garanderen van de continuïteit van de farmaceutische zorg (o.a. wachtdienst) is primordiaal;
- de zorg wordt begeleid door ethiek en deontologie;
- de apotheker verstrekt zorg in een interdisciplinaire omgeving;
- de zorg door de apotheker is kwaliteitsvol en wetenschappelijk onderbouwd.

Deze doelstellingen kunnen op verschillende manieren gerealiseerd worden, via een hervorming van de reglementering van de gezondheidszorgberoepen op verschillende vlakken.

2.1 De hervorming van de gezondheidszorgberoepen op zich

a) Op het niveau van de structuren

De Orde der Apothekers is voorstander van een hervorming van het structurele en institutionele landschap rond de gezondheidszorgberoepen, die een optimale bescherming van de gezondheid en de zorg zal waarborgen. Gezondheid en zorg zullen altijd moeten primeren boven puur economische belangen. Te vaak, in de huidige context, overschaduwen economische drijfveren de gezondheidsvereisten en leiden ze tot schadelijke wendingen. Nieuwe sterke structuren zouden de bescherming van gezondheid en patiënten, alsook de bevordering van de kwaliteit van de zorg, politiek centraal kunnen stellen en een harmonieuze coördinatie met economische imperatieven toelaten.

Voor welke configuratie ook wordt gekozen in het kader van de hervorming, de Orde der Apothekers blijft een onmisbare instelling, als actor en als partner van de apotheker, om een hoog kwaliteitsniveau en de goede werking van het beroep te waarborgen. Respect voor de farmaceutische deontologie is een integraal onderdeel van de kwaliteit van de praktijk. De Orde staat

² De hervorming van de deontologische Code is momenteel aan de gang binnen de Orde.

plus en plus rapide de la profession. Il s'impose dès lors d'adapter le Code de déontologie aux nouvelles situations auxquelles le pharmacien est confronté². Il est également nécessaire de redéfinir l'Ordre en tant qu'institution dans l'intérêt des patients, des pharmaciens et des autres dispensateurs de soins.

Les objectifs stratégiques de la réforme sont les suivants:

- le patient occupe une place centrale dans le projet de soins;
- il est primordial de garantir la continuité des soins pharmaceutiques (notamment le service de garde);
- l'éthique et la déontologie doivent guider les soins prodigues;
- le pharmacien prodigue ses soins dans un cadre interdisciplinaire;
- le pharmacien prodigue des soins de qualité et scientifiquement étayés.

Ces objectifs pourront être atteints de différentes manières, au travers d'une réforme de la réglementation des professions des soins de santé sur plusieurs points.

2.1 La réforme des professions des soins de santé

a) Au niveau des structures

L'Ordre des pharmaciens préconise une réforme du paysage structurel et institutionnel dans lequel gravitent les professions des soins de santé, l'objectif étant de garantir une protection optimale de la santé et des soins. La santé et les soins devront toujours passer avant les intérêts purement économiques. On constate trop souvent, dans le contexte actuel, que les impératifs économiques l'emportent sur les exigences sanitaires, ce qui a des effets néfastes. De nouvelles structures fortes pourraient placer la protection de la santé et des patients, ainsi que l'amélioration de la qualité des soins, au centre de l'agenda politique, et permettre une coordination harmonieuse avec les impératifs économiques.

Quelle que soit la configuration choisie dans le cadre de la réforme, l'Ordre des pharmaciens demeure une institution indispensable, en tant qu'acteur et partenaire du pharmacien, afin de garantir un niveau de qualité élevé et le bon fonctionnement de la profession. Le respect de la déontologie pharmaceutique fait partie intégrante de la qualité de la pratique. L'Ordre en est le

² La réforme du Code de déontologie est actuellement en cours au sein de l'Ordre.

ervoor garant, door middel van de bevoegdheden die zij als enige mag uitoefenen. Zij kan een schorsing of een opheffing van het recht om de artsenijbereidkunde uit te oefenen uitspreken, om de volksgezondheid, de veiligheid van de patiënten en zelfs het economische evenwicht van het hele gezondheidszorgsysteem te beschermen.

Hoewel de Orde bereid is om te evolueren en haar organisatie en werking te herzien om nauwer aan te sluiten bij de huidige behoeften, desalniettemin verdedigt de Orde haar cruciale rol op het vlak van controle en monitoring, ten behoeve van de patiënten en van de volksgezondheid. In dezelfde geest pleit zij voor een adequate vertegenwoordiging van haar instelling binnen mogelijke nieuwe structuren die de gezondheidszorgberoepen zullen omkaderen, om haar specifieke expertise te kunnen inzetten.

b) Op het niveau van het beroep

De Orde der Apothekers verdedigt de apotheker als een echte professional in de gezondheidszorg: eerder dan een “pillenverkoper”, kenmerkt de apotheker zich door de intellectuele prestaties die hij levert bij de aflevering van geneesmiddelen en andere gezondheidsproducten. Deze realiteit werd reeds erkend tijdens de parlementaire werkzaamheden ter voorbereiding van de aanvankelijke oprichtingswet van de Orde, maar moet opnieuw worden bevestigd. Zo niet riskeert de apotheker definitief gelijkgesteld te worden met een gewone handelaar.

Daarom pleit de Orde voor het behoud van het monopolie van de apotheker voor wat de aflevering van geneesmiddelen betreft. Het herdefiniëren van het begrip “onwettige uitoefening van de geneeskunde” is hierbij belangrijk.

Bij de aflevering van geneesmiddelen zorgt de apotheker voor de opmaak van een globaal farmaceutisch dossier. Daarnaast garandeert hij een kwaliteitsvolle opvolging van de farmaceutische zorg.

Terzelfdertijd vervult de apotheker een duidelijk gedefinieerde rol wat preventie betreft, in de meest ruime zin van het woord:

- rationeel geneesmiddelengebruik via medewerking aan verschillende campagnes (bijvoorbeeld de campagne over goed gebruik van antibiotica);

- opmaak van een globaal farmaceutisch dossier met inbegrip van geneesmiddelen voor zelfzorg;

garant, grâce aux compétences qu'il est le seul à pouvoir exercer. Il peut prononcer la suspension ou la levée du droit d'exercer l'art pharmaceutique, afin de protéger la santé publique, la sécurité des patients et même l'équilibre de l'ensemble du système de soins de santé.

Bien qu'il soit disposé à évoluer et à revoir son organisation et son fonctionnement afin de se conformer davantage aux besoins actuels, l'Ordre défend son rôle crucial en matière de contrôle et de monitoring, au bénéfice du patient et de la santé publique. Dans le même esprit, il plaide en faveur d'une représentation adéquate de son institution au sein des nouvelles structures éventuelles qui encadreront les professions de la santé, afin de pouvoir mettre à profit son expertise spécifique.

b) Au niveau de la profession

L'Ordre des pharmaciens défend le pharmacien en tant que véritable professionnel des soins de santé: plutôt qu'un “marchand de pilules”, le pharmacien se distingue par les prestations intellectuelles qu'il fournit lors de la délivrance des médicaments et d'autres produits de santé. Cette réalité a déjà été reconnue au cours des travaux préparatoires de la loi initiale de fondation de l'Ordre, mais elle doit être réaffirmée, sans quoi le pharmacien risque d'être définitivement assimilé à un commerçant ordinaire.

C'est pourquoi l'Ordre prône le maintien du monopole du pharmacien en ce qui concerne la délivrance des médicaments. À cet égard, il importera de redéfinir la notion d'“exercice illégal de la médecine”.

Lorsqu'il délivre des médicaments à un patient, le pharmacien veille à constituer un dossier pharmaceutique global. Il garantit en outre un suivi de qualité des soins pharmaceutiques.

Le pharmacien remplit également un rôle clairement défini en ce qui concerne la prévention au sens le plus large du terme:

- usage raisonnable des médicaments en participant à diverses campagnes (par exemple, la campagne relative au bon usage des antibiotiques);

- élaboration d'un dossier pharmaceutique global qui comprend également les médicaments en délivrance libre;

- vaccinaties: van voorlichting tot toediening;
- opsporen en behandelen van misbruik van geneesmiddelen, met een gegarandeerde opvolging door de betrokken diensten;
- kennis van de technologie en de toepassing van zelftesten met professionele opvolging, afhankelijk van het resultaat.

Voor de farmaceutische zorg van de patiënt maakt de apotheker gebruik van de meest recente technologische hulpmiddelen. De technologische evolutie in de apotheek omvat onder andere het gebruik van internet, webshops en de ontwikkeling van *eHealth* (waaronder het elektronisch voorschrift en het gedeeld farmaceutisch dossier). De Orde pleit voor het behoud van de sleutelpositie van de apotheker in het *eHealth*-platform en in technische ontwikkelingen in het algemeen. De Orde pleit voor farmaceutische zorg op maat van elke patiënt, met respect voor het beroepsgeheim en de privacy van de patiënt.

Wat de verkoop via internet en de ontwikkeling van websites betreft, pleit de Orde ervoor om voldoende wetenschappelijk gefundeerde informatie op die websites ter beschikking te stellen. De Orde waarschuwt wel voor risico's verbonden aan de verkoop van geneesmiddelen via internet (al dan niet op voorschrift). Persoonlijk contact tussen de patiënt en zijn apotheker, en adequate farmaceutische zorg, zijn van primordiaal belang voor een positieve risico-batenverhouding voor de patiënt in elke situatie.

De Orde dringt aan op een maximale stabiliteit van alle diensten die deel uitmaken van de elektronische data-uitwisseling, opdat de apotheker hierop voor 100 % kan vertrouwen.

2.2 De samenwerking tussen de zorgverleners, de multidisciplinaire aanpak en de continuïteit van de zorgen

De Orde verdedigt het idee van een constructieve samenwerking tussen apothekers en andere zorgvers trekkers, waarbij het belang van de individuele apotheker ondergeschikt is aan dat van het apothekerskorps.

De farmaceutische zorg wordt verrijkt door een interdisciplinaire aanpak. De Orde is voorstander van de oprichting van structuren waarin de apotheker, samen met andere beroepsbeoefenaars en mantelzorgers, deelneemt aan de zorg van de patiënt, aan medisch-farmaceutisch overleg en aan gereguleerde contacten met andere zorgverleners. In dit proces blijft het welzijn van de patiënt de enige prioriteit. De apotheker draagt bij

- vaccinations: de l'information à l'administration;
- détection et traitement de l'abus de médicaments, avec un suivi garanti par les services concernés;
- connaissance de la technologie et de l'utilisation des autotests avec un suivi professionnel en fonction du résultat.

Pour les soins pharmaceutiques du patient, le pharmacien utilise les outils technologiques les plus récents. L'évolution technologique dans la pharmacie comprend entre autres l'utilisation d'internet et des webshops et le développement d'*eHealth* (qui inclut notamment la prescription électronique et le dossier pharmaceutique partagé). L'Ordre préconise le maintien de la position clé du pharmacien dans la plate-forme *eHealth* et dans les développements techniques en général. L'Ordre plaide pour des soins pharmaceutiques sur mesure pour chaque patient, tout en assurant le respect du secret professionnel et de la vie privée du patient.

En ce qui concerne la vente sur Internet et le développement de sites web, l'Ordre préconise de diffuser, sur ces sites web, suffisamment d'informations scientifiquement fondées. L'Ordre met toutefois en garde contre le risque lié à la vente de médicaments sur internet (que ce soit sur ordonnance ou non). Le contact personnel entre le patient et son pharmacien ainsi que des soins pharmaceutiques adéquats sont primordiaux pour assurer un rapport bénéfice/risque positif pour le patient en toutes circonstances.

L'ordre souligne l'importance d'une stabilité maximale de tous les services qui participent à l'échange électronique de données, de sorte que le pharmacien puisse s'y fier à 100 %.

2.2 La collaboration entre les prestataires de soins, l'approche multidisciplinaire et la continuité des soins

L'Ordre défend l'idée d'une collaboration constructive entre les pharmaciens et les autres prestataires de soins, l'intérêt individuel du pharmacien étant, dans ce cadre, subordonné à celui du corps pharmaceutique.

Une approche interdisciplinaire permettra d'enrichir l'offre de soins pharmaceutiques. L'Ordre est partisan de la création de structures dans lesquelles le pharmacien participe, avec d'autres professionnels de la santé et des aidants proches, à la gestion de la santé du patient, à une concertation médico-pharmaceutique et à des contacts régulés avec d'autres prestataires de soins. Dans ce processus, le bien-être du patient reste la seule priorité. Le pharmacien contribue au soutien

tot de ondersteuning en het informeren van de patiënt en zijn omgeving en tot "self empowerment" van de patiënt.

De Orde staat ook open voor specialisatie van apothekers in functie van specifieke aspecten van de zorgverlening, zonder evenwel te raken aan de beroepstitel van apotheker. De Orde heeft hierbij oog voor de toenemende levensverwachting, waarbij ouder wordende patiënten moeilijkheden ondervinden om nieuwe technologieën te hanteren (met name internet en apps met betrekking tot gezondheidszorg). De Orde pleit voor het behoud van een dicht apotheeknetwerk en hoopt dat de nieuwe bepalingen inzake de hervorming van de vestiging van nieuwe apotheken dit niet in gevaar zullen brengen, in het belang van de oudere patiënten.

De multidisciplinaire aanpak is ook essentieel om de continuïteit van de zorg over de verschillende zorgdisciplines te waarborgen. Met betrekking tot de wachtdienst wil de Orde het onmisbaar regelgevend karakter van de deontologie nogmaals benadrukken. Geen enkel systeem dat de wachtdienst organiseert, kan het toezicht door de Orde vervangen, in het belang van de patiënt en de volksgezondheid, en van de globale kwaliteit van de gezondheidszorg.

2.3 De vereiste bevoegdheden en voorwaarden om het beroep te kunnen uitoefenen

Wat ten slotte de voorwaarden voor de uitoefening van het beroep van apotheker betreft, is de Orde der Apothekers voorstander van een systeem dat het vertrouwen van patiënten en de samenleving in het beoefen van het beroep bevordert, evenals de geloofwaardigheid van het beroep. Daartoe zijn de inschrijving op de lijst van de Orde en de onderwerping aan de deontologische regels essentieel. Het zorgt voor de legitimiteit van de professionals die de artsenijbereidkunde beoefenen en voor een mogelijkheid om hen te controleren via een snelle en efficiënte procedure. Deze inschrijvingsverplichting, die nu explicet wordt vermeld in artikel 25 van de geïncorporeerde wet van 10 mei 2015, moet zeker worden behouden als één van de eisen die worden gesteld door de oprichtingswet die de toegang tot en de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen regelt.

Naast de inschrijving op de lijst, steunt de Orde de verplichting tot permanente vorming van de apothekers. Dit is een wettelijke maar ook een morele verplichting, onmisbaar voor elke apotheker in een snel evoluerende wetenschappelijke beroepsomgeving. De Orde is bereid om het opvolgen van deze permanente vorming structureel aan te moedigen.

apporté au patient, à son information et à celle de son entourage et à son autonomisation.

L'Ordre est également ouvert à la spécialisation des pharmaciens en fonction d'aspects spécifiques de l'administration des soins, sans toutefois toucher au titre professionnel de pharmacien. L'Ordre pense notamment à l'augmentation de l'espérance de vie et aux difficultés qu'éprouvent les patients vieillissants à utiliser les nouvelles technologies (notamment internet et les applications liées aux soins de santé). L'Ordre plaide en faveur de la conservation d'un réseau dense de pharmacies et espère que les nouvelles dispositions relatives à la réforme de l'établissement de nouvelles pharmacies ne compromettent pas, dans l'intérêt des patients âgés, l'existence d'un tel réseau.

L'approche multidisciplinaire est également essentielle pour garantir la continuité des soins. En ce qui concerne le service de garde, l'Ordre tient à souligner une fois encore l'indéniable caractère réglementaire de la déontologie. Aucun système d'organisation des gardes ne peut remplacer le contrôle exercé par l'Ordre, et ce, dans l'intérêt du patient et de la santé publique, ainsi que de la qualité globale des soins de santé.

2.3 Compétences et conditions requises pour exercer la profession

Enfin, s'agissant des conditions requises pour exercer la profession de pharmacien, l'Ordre des Pharmaciens est favorable à l'instauration d'un système qui favorise la confiance que les patients et la société placent dans cette profession, et favorise la crédibilité de la profession. À cette fin, l'inscription au tableau de l'Ordre et le respect des règles déontologiques sont essentiels car ils confèrent leur légitimité aux professionnels de l'art pharmaceutique et permettent de les contrôler au moyen d'une procédure rapide et efficace. Cette obligation d'inscription, désormais explicitement inscrite à l'article 25 de la loi coordonnée du 10 mai 2015, doit absolument demeurer l'une des exigences imposées par la législation de base qui règle l'accès aux professions des soins de santé et l'exercice de ces professions.

Outre l'obligation d'inscription au tableau, l'Ordre est favorable à l'instauration d'une obligation de formation permanente pour les pharmaciens. Il s'agirait d'une obligation légale mais également morale, indispensable pour chaque pharmacien dans un environnement scientifique professionnel qui se transforme rapidement. L'Ordre est disposé à encourager de manière structurelle cette formation permanente.

Ter conclusie wenst de heer Pirotte enkele prioriteiten van de Orde der Apothekers te herhalen, waarvan sommige compatibel zijn met de intenties van de minister van Volksgezondheid:

- de patiënt staat centraal in zijn eigen farmaceutisch zorgproject;
- het garanderen van de continuïteit van de farmaceutische zorgen;
- de farmaceutische zorg wordt op de eerste plaats geleid door ethiek en deontologie;
- de apotheker verstrekt de farmaceutische zorg in een interdisciplinaire omgeving;
- de door de apotheker verstrekte farmaceutische zorg is kwaliteitsvol en berust op een beargumenteerde wetenschappelijke basis.

3. Inleidende uiteenzetting van mevrouw Joëlle Pieters, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

3.1 Huidige wetgevende situatie omtrent het beroep van apotheker

De wetten en besluiten die betrekking hebben op het beroep van apotheker zijn de volgende:

- De uitoefening van de gezondheidszorgberoepen: Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen
- Orde der Apothekers: koninklijk besluit nr. 80 van 10 november 1967
- Oprichting van de Raden van de Orde: koninklijk besluit van 29 mei 1970
- Organisatie en werking van de Raden: koninklijk besluit van 29 mei 1970
- Onderrichtingen voor apothekers: koninklijk besluit van 21 januari 2009
- Koninklijk besluit van 22 oktober 2012 tot vaststelling van de procedure voor de erkenning van de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker
- Ministerieel besluit van 22 oktober 2012 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker

Van deze regelgeving zijn de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 en de besluiten van 22 oktober 2012 het belangrijkst voor de dienst, gezien de dienst bevoegd is voor de ziekenhuisapothekers. De dienst houdt zich bezig met de erkenning van stagemeesters en -plaatsen en de goedkeuring van de permanente opleidingen. Het orgaan dat bevoegd is voor die taken is de Erkenningscommissie ziekenhuisapothekers. Deze Commissie is samengesteld uit 7 vertegenwoordigers van de universiteiten, 7 ziekenhuisapothekers die de beroepsverenigingen vertegenwoordigen, een secretaris

En guise de conclusion, M. Pirotte souhaite rappeler quelques priorités de l'Ordre des pharmaciens, certaines d'entre elles étant compatibles avec les projets de la ministre de la Santé:

- le patient doit être au cœur de son propre programme de soins pharmaceutiques;
- il faut assurer la continuité des soins pharmaceutiques;
- les soins pharmaceutiques doivent avant tout être guidés par l'éthique et la déontologie;
- le pharmacien doit fournir les soins pharmaceutiques dans un environnement interdisciplinaire;
- les soins pharmaceutiques fournis par le pharmacien doivent être de qualité et reposer sur des arguments scientifiques.

3. Exposé introductif de Mme Joëlle Pieters, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

3.1 Cadre législatif actuel de la profession de pharmacien

Les lois et arrêtés relatifs à la profession de pharmacien sont les suivants:

- L'exercice des professions des soins de santé: loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé
- L'Ordre des pharmaciens: arrêté royal n° 80 du 10 novembre 1967
- Constitution des Conseils de l'Ordre: arrêté royal du 29 mai 1970
- Organisation et fonctionnement des Conseils: arrêté royal du 29 mai 1970
- Instructions pour les pharmaciens: arrêté royal du 21 janvier 2009
- Arrêté royal du 22 octobre 2012 fixant la procédure relative à l'agrément du titre professionnel particulier de pharmacien hospitalier
- Arrêté ministériel du 22 octobre 2012 fixant les critères d'agrément du titre professionnel particulier de pharmacien hospitalier

Parmi cette réglementation, la loi coordonnée du 10 mai 2015 et les arrêtés du 22 octobre 2012 sont les plus importants pour le service, dès lors que le service est compétent pour les pharmaciens hospitaliers. Le service s'occupe de l'agrément des maîtres et des lieux de stage et de l'approbation des formations permanentes. L'organe compétent en la matière est la Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers. Cette commission est composée de 7 représentants des universités, de 7 pharmaciens hospitaliers représentant les associations professionnelles, d'un secrétaire et

en plaatsvervangers van de effectieve leden. De FOD behandelt een tiental dossiers per jaar die betrekking hebben op de erkenning van stagemeesters. Er worden ongeveer 200 dossiers per jaar goedgekeurd met betrekking tot permanente opleidingen. Dezelfde Erkenningscommissie brengt ook adviezen uit aan de bevoegde gemeenschapsministers over de voorlopige en volledige goedkeuring van de ziekenhuisapothekers.

Op dit moment is er geen Raad voor Apothekers bij de FOD Volksgezondheid. Daarmee zijn de apothekers het enige beroep waarvoor er geen federale raad bestaat. Momenteel lopen de juridische werken om de wet van 10 mei 2015 te wijzigen, om de oprichting van een dergelijke raad mogelijk te maken. De apothekers zijn echter wel vertegenwoordigd in de Federale Raad voor de paramedische beroepen (FRPB) en de Technische Commissie voor de paramedische beroepen (TCPB). Er bestaan immers paramedici die nauw samenwerken met de apothekers, namelijk de farmaceutisch-technische assistenten.

De FOD Volksgezondheid neemt deel aan de uitvoering van het meerjarenkader voor de apothekers. De rol van de FOD is daarbij echter beperkt tot de herziening van de erkennings- en opleidingscriteria van de farmaceutisch-technisch assistenten. De FRPB en de TCPB hebben hierover reeds een advies uitgebracht. De Federale Raad voor de paramedische beroepen vraagt aan de minister om het opleidingsniveau van de assistenten grondig te herzien en naar een opleiding van 90 studiepunten (ECTS) te evolueren. In het advies wordt ook gevraagd om in de opleiding tot farmaceutisch-technisch assistent een onderscheid te maken tussen de officina-farmacie en de ziekenhuisfarmacie, wat op dit moment nog niet wordt gedaan. Er zouden twee verschillende richtingen moeten bestaan, om beter te kunnen voldoen aan de noden van de verschillende oriëntaties.

Wat de apothekers betreft, zijn de taken van de dienst beperkt tot het voorgaande. De officina-apothekers worden beheerd door het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG).

3.2 Leidraad van de hervorming

De spreekster overloopt kort de drie pijlers van de hervorming en beschrijft het zogenaamde "margrietmodel". In het margrietmodel krijgen de apothekers een eigen "bloemblad", samen met de farmaceutisch-technisch assistenten. De bedoeling van het margrietmodel is dat de verschillende zorgberoepen zo veel mogelijk interdisciplinair en multidisciplinair werken. Voor de apothekers is vooral de samenwerking met de artsen belangrijk.

de suppléants des membres effectifs. Par an, le SPF traite une dizaine de dossiers d'agrément de maîtres de stage. Quelque 200 dossiers par an sont approuvés en ce qui concerne les formations permanentes. Cette même Commission d'agrément rend également des avis aux ministres communautaires compétents concernant l'approbation provisoire et complète des pharmaciens hospitaliers.

Pour l'heure, il n'existe pas de Conseil des pharmaciens au sein du SPF Santé publique. Les pharmaciens sont ainsi la seule profession ne disposant pas d'un conseil fédéral. Des travaux juridiques sont actuellement en cours en vue de modifier la loi du 10 mai 2015 et de permettre la constitution d'un tel conseil. Les pharmaciens sont toutefois représentés au sein du Conseil fédéral des professions paramédicales (CFPP) et de la Commission technique des professions paramédicales (CTPP). Certaines professions paramédicales collaborent en effet étroitement avec les pharmaciens, à savoir les assistants pharmaceutico-techniques.

Le SPF Santé publique participe à l'exécution du cadre pluriannuel pour les pharmaciens. Le rôle du SPF en la matière se limite toutefois à la révision des critères d'agrément et de formation des assistants pharmaceutico-techniques. Le CFPP et la CTPP ont déjà rendu un avis à ce sujet. Le Conseil fédéral des professions paramédicales demande à la ministre de revoir le niveau de formation des assistants de façon approfondie et d'évoluer vers une formation comptant 90 crédits (ECTS). L'avis demande également d'opérer dans la formation d'assistant pharmaceutico-technique une distinction entre la pharmacie d'officine et la pharmacie hospitalière, ce qui n'est pas encore le cas à l'heure actuelle. Deux filières différentes devraient exister afin de mieux répondre aux besoins des différentes orientations.

En ce qui concerne les pharmaciens, les tâches du service se limitent à ce qui précède. Les pharmaciens d'officine sont gérés par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

3.2 Fil conducteur de la réforme

L'oratrice passe brièvement en revue les trois piliers de la réforme et décrit le modèle dit "en marguerite". Dans le modèle en marguerite, les pharmaciens obtiennent, conjointement avec les assistants pharmaceutico-techniques, leur propre "pétales". L'objectif du modèle en marguerite est que les différentes professions de soins collaborent le plus possible au niveau interdisciplinaire et multidisciplinaire. S'agissant des pharmaciens, c'est principalement la collaboration avec les médecins qui est importante.

Voor een meer uitvoerige beschrijving van de hervorming van de gezondheidszorgberoepen in het algemeen, verwijst de spreekster naar de eerdere uiteenzetting door de vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid (Deel I).

3.3 Planning van de apothekers

De FOD Volksgezondheid maakt geen planning op voor de apothekers. Voor de ziekenhuisapothekers zijn het de universiteiten die de studentenquota beheren. De FOD Volksgezondheid registreert wel de gediplomeerde apothekers die een visum van de FOD ontvangen en de gediplomeerden die de titel van ziekenhuisapotheker ontvangen.

De apothekers zijn ook niet vertegenwoordigd in de Planningscommissie.

De FOD Volksgezondheid beschikt wel over cijfergegevens met betrekking tot de apothekers. Op 31 december 2017 waren er 20 238 apothekers met het recht om het beroep uit te oefenen gedomicilieerd in België. Van die apothekers hadden 1 394 personen de titel van ziekenhuisapotheker.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wenst te vernemen welk overleg heeft plaatsgevonden tussen de regering en de apothekers met betrekking tot de hervorming van de wet van 10 mei 2015 en de wet voor kwaliteitsvolle praktijkvoering. Is er een positieve interactie met het kabinet van de minister van Volksgezondheid?

De stockbreuken vormen een echt probleem voor apothekers, patiënten en onrechtstreeks ook voor de artsen. Er werd een testperiode aangekondigd, die in januari 2018 zou aanvangen. Wat is nu de stand van zaken? Zijn er positieve denkpistes gevonden? Wordt er nagedacht over het probleem van de ver afgelegen farmaceutische bedrijven, die een grote groep medicijnen afleveren, maar ook vaak te maken hebben met stockbreuken? Hoe kan men op dit vlak vooruitgang maken?

Er was een wijziging van de spreidingswet aangekondigd. Zijn de apothekers over dit onderwerp geraadpleegd geweest? Bestaat er geen paradox tussen de spreidingswet en de opkomst van de online apotheken? Moet de problematiek van de online apotheken ook niet worden opgenomen in de nieuwe spreidingswet? Indien niet, is het dan wel logisch om nog een spreidingswet te hebben, terwijl de online apotheken opkomen? Hoe wordt het luik over de relatie patiënt-apotheker in die

Pour une description plus détaillée de la réforme des professions des soins de santé en général, l'oratrice renvoie à l'exposé présenté précédemment par les représentants du SPF Santé publique (Partie I).

3.3 Planification des pharmaciens

Le SPF Santé publique n'établit pas de planification pour les pharmaciens. En ce qui concerne les pharmaciens hospitaliers, les quotas d'étudiants sont gérés par les universités. Par contre, le SPF Santé publique enregistre les pharmaciens diplômés qui reçoivent un visa et les pharmaciens diplômés qui obtiennent le titre de pharmacien hospitalier.

Les pharmaciens ne sont pas non plus représentés au sein de la Commission de planification.

Le SPF dispose toutefois de données chiffrées relatives aux pharmaciens. Au 31 décembre 2017, 20 238 pharmaciens autorisés à exercer la profession étaient domiciliés en Belgique. Parmi eux, 1 394 personnes portaient le titre de pharmacien hospitalier.

B. Questions et observations des membres

Mme Catherine Fonck (cdH) souhaite savoir quelle concertation a eu lieu entre le gouvernement et les pharmaciens concernant la réforme de la loi du 10 mai 2015 et de la loi sur une pratique de qualité. Y a-t-il une interaction positive avec le cabinet de la ministre de la Santé publique?

Les ruptures de stock constituent un vrai problème pour les pharmaciens, les patients et, indirectement, les médecins. Une période de test, qui allait commencer en janvier 2018, avait été annoncée. Où en est-on actuellement? Des pistes de réflexion positives ont-elles été trouvées? Réfléchit-on au problème des entreprises pharmaceutiques très éloignées qui fournissent un grand groupe de médicaments, mais qui sont elles aussi souvent confrontées à des ruptures de stock? Comment peut-on enregistrer des avancées dans ce domaine?

Une modification de la loi de répartition avait été annoncée. Les pharmaciens ont-ils été consultés à ce sujet? N'existe-t-il pas un paradoxe entre la loi de répartition et l'émergence des pharmacies en ligne? La problématique des pharmacies en ligne ne doit-elle pas également être incluse dans la nouvelle loi de répartition? Dans le cas contraire, est-il logique d'encore avoir une loi de répartition, alors que les pharmacies en ligne émergent? Comment le volet sur la relation entre

spreidingswet en in de wet kwaliteitsvolle praktijkvoering behandeld?

De spreekster hoorde dat het mogelijk zou zijn dat er voor online bestelde geneesmiddelen op voorschrijf een contact zou kunnen plaatsvinden tussen de patiënt en een arts van de online officina. Op die manier zouden online apotheken dus geneesmiddelen op voorschrijf kunnen leveren. Hoe zien de vertegenwoordigers van de apothekers dit? Zal deze werkwijze wijdverspreid geraken of zal het een marginaal fenomeen blijven?

Vervolgens vraagt de spreekster naar de impact van de ziekenhuisnetwerken op de ziekenhuisapothekers. Sinds 10 jaar stelt de spreekster een vreselijke evolutie vast op het vlak van de plaats van de apotheker aan het bed van de patiënt, zowel bij de opname als bij het ontslag uit het ziekenhuis. Dit ligt aan de basis van fouten bij de inname van medicijnen. Bestaan er *guidelines* over het belang van het behoud van de rol van de ziekenhuisapotheker aan het bed van de patiënt?

Verschillende apothekers signaleren aan mevrouw Fonck dat ze moeilijkheden ondervinden wanneer ze een overdracht van apotheek aanvragen. Zij dienen hun vraag in bij het ministerie van Volksgezondheid, maar krijgen geen antwoord van de minister. Zijn er geen manieren waarop deze aanvragen vergemakkelijkt kunnen worden, of kunnen de termijnen, vastgesteld op 60 dagen, op zijn minst gerespecteerd worden?

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) wenst over een aantal actuele dossiers, die de laatste maanden gevoelig lagen in de commissie Volksgezondheid, een stand van zaken te vragen.

Voor de geneesmiddelen van "hoofdstuk IV" werd de vergoeding van het honorarium afgeschaft. De kritiek werd geuit dat de aflevering van deze medicijnen nog steeds werk met zich meebrengt, ook al gebeurt het op een elektronische manier. Wat is nu de stand van zaken? Is de situatie ondertussen verbeterd of blijven er administratieve fouten in het e-health systeem zitten? Wat is het effect op de praktijkvoering van de apothekers?

In het kader van het Meerjarenplan kondigde de minister de maatregel van de "claw back" aan. Er was toen heel wat discussie over de wijziging met betrekking tot de terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen, zoals de PBI's of de PPI's. Door de onduidelijke communicatie over deze geneesmiddelen, gingen mensen ze hamsteren, waardoor de farmaceutische sector op een bepaald moment een claw back van 5 miljoen werd voorgelegd. Wat is ondertussen de stand van zaken in

le patient et le pharmacien est-il traité dans cette loi de répartition et dans la loi sur une pratique de qualité?

L'intervenante a entendu dire qu'il serait possible que, pour les médicaments sur prescription médicale commandés en ligne, le patient puisse contacter un médecin de la pharmacie en ligne. De cette façon, les pharmacies en ligne pourraient dès lors fournir des médicaments sur prescription médicale. Quel est le point de vue des représentants des pharmaciens à cet égard? Cette façon de procéder deviendra-t-elle largement répandue ou restera-t-elle un phénomène marginal?

L'intervenante s'enquiert ensuite de l'impact des réseaux hospitaliers sur les pharmaciens hospitaliers. Depuis 10 ans, l'intervenante constate une évolution effrayante dans le domaine de la place du pharmacien au chevet du patient, tant à son admission qu'à sa sortie de l'hôpital. Elle est à l'origine d'erreurs dans la prise de médicaments. Existe-t-il des *guidelines* sur l'importance que revêt le maintien du rôle du pharmacien hospitalier au chevet du patient?

Plusieurs pharmaciens signalent à Mme Fonck qu'ils rencontrent des difficultés lorsqu'ils demandent un transfert d'officine. Ils introduisent leur demande auprès du ministère de la Santé publique, mais n'obtiennent pas de réponse de la ministre. N'existe-t-il aucune modalité susceptible de faciliter ces demandes ou, au moins, les délais, fixés à 60 jours, peuvent-ils être respectés?

Mme Nathalie Muylle (CD&V) souhaite demander un état des lieux au sujet d'une série de dossiers actuels qui se sont révélés sensibles au sein de la commission Santé publique au cours des derniers mois.

Pour les médicaments du "chapitre IV", le remboursement des honoraires a été supprimé. On a critiqué le fait que la délivrance de ces médicaments génère encore du travail, même si elle a lieu électroniquement. Quelle est la situation à présent? S'est-elle améliorée entre-temps ou reste-t-il des erreurs administratives dans le système e-health? Quel est l'effet sur la pratique des pharmaciens?

Dans le cadre du Plan pluriannuel, la ministre a annoncé la mesure du "claw back". À l'époque, la modification du remboursement de certains médicaments, tels que les PBI ou les IPP, a suscité beaucoup de discussions. En raison de la communication floue concernant ces médicaments, les gens ont constitué des réserves, ce qui a eu pour conséquence que le secteur pharmaceutique s'est vu présenter un claw back de 5 millions à un moment donné. Où en est ce

dit dossier? Kan die claw back van 2017 in het budget van 2018 worden geneutraliseerd?

In oktober 2017 is het project van de “huisapotheke” voor chronisch zieken gestart. Hoe loopt dit project? Hoe is de instroom van patiënten? Kunnen de apothekers al een eerste evaluatie geven?

Mevrouw Muylle krijgt vanwege apothekers vaak de vraag waarom men geen apotheker moet zijn om een apotheek te openen. Overal in het land ziet men grote commerciële groepen apotheken overnemen. Zou het correcter zijn indien men de titel van apotheker moet bezitten om een apotheek te openen? Denkt de Orde der apothekers dat deze eis in de gewijzigde wet van 10 mei 2015 zou moeten worden opgenomen?

Ook over de tarivering per eenheid was er veel discussie in de commissie Volksgezondheid. De minister beloofde dat er na een bepaalde periode een evaluatie zou komen en dat er eventueel een wijziging van de vergoedingsbasis zou komen. Hoe staat het vandaag met die tarivering per eenheid?

In het dossier van de online verkoop, hebben de apothekers heel wat vragen bij de online verkoop van geneesmiddelen op voorschrift. De minister zei dat ze met de apothekers in gesprek zou gaan. Zijn er onderussen nieuwe evoluties in dat dossier?

De heer Damien Thiéry (MR) denkt dat de toegang tot de indicatie van de arts voor de officina-apothekers een interessant idee is. Hij is het wel niet eens met het argument dat het voor apothekers moeilijk zou zijn om te achterhalen of men, in het geval van inhalering van corticosteroïden, te maken heeft met een astmapatiënt of een COPD-patiënt. De patiënt en de apotheker werken meestal nauw samen.

In het geval dat de toegang tot de indicatie wordt gesystematiseerd, hoe zal er dan worden omgaan met de eerbied voor het privéleven? Bepaalde patiënten zullen hun informatie waarschijnlijk niet willen doorgeven. Vormt dit geen obstakel?

In het buitenland is het vaccineren tegen griep door apothekers succesvol. Toch is vaccineren uiteindelijk een medische handeling. Hoe staat het met de gesprekken met de artsen over dit onderwerp? Is het feit dat vaccineren een medische handeling is het enige obstakel voor de vaccinatie door de apothekers? Zijn er nog andere belemmeringen?

dossier entre-temps? Ce *claw back* de 2017 peut-il être neutralisé dans le budget de 2018?

Le projet du “pharmacien de famille” pour les malades chroniques a été lancé en octobre 2017. Comment ce projet se déroule-t-il? Dans quelle mesure les patients y adhèrent-ils? Les pharmaciens sont-ils déjà en mesure de donner une première évaluation?

Des pharmaciens demandent souvent à Mme Muylle pourquoi il ne faut pas être pharmacien pour ouvrir une pharmacie. Partout dans le pays, de grands groupes commerciaux reprennent des pharmacies. Serait-il plus correct d'être dans l'obligation de posséder le titre de pharmacien pour ouvrir une pharmacie? L'Ordre des pharmaciens estime-t-il qu'il faudrait inscrire cette exigence dans la loi modifiée du 10 mai 2015?

La tarification par unité a également été très débattue au sein de la commission de la Santé publique. La ministre a promis qu'une évaluation serait réalisée, après un certain temps, et que la base de remboursement serait éventuellement modifiée. Qu'en est-il aujourd'hui de la tarification par unité?

En ce qui concerne le dossier de la vente en ligne, les pharmaciens ont de nombreuses questions au sujet des médicaments sur prescription médicale. La ministre a affirmé qu'elle s'entretiendrait avec les pharmaciens. Ce dossier connaît-il dès lors de nouvelles évolutions dans l'intervalle?

M. Damien Thiéry (MR) estime que l'idée de donner aux pharmaciens d'officine accès à l'indication du médecin est une idée intéressante. Il ne souscrit toutefois pas à l'argument selon lequel, dans le cas de l'inhalation de corticostéroïdes, les pharmaciens ne seraient pas en mesure de savoir s'ils ont affaire à un patient souffrant d'asthme ou de BPCO. La plupart du temps, le patient et le pharmacien collaborent étroitement.

Si l'accès à l'indication est systématisé, qu'en sera-t-il du respect de la vie privée? Certains patients refuseront sans doute de divulguer leurs informations. Cela ne constituera-t-il pas un obstacle?

À l'étranger, la vaccination contre la grippe dans les pharmacies remporte un franc succès. Or, la vaccination est, au fond, un acte médical. Où en sont les discussions avec les médecins dans ce domaine? Le fait que la vaccination soit un acte médical constitue-t-il le seul obstacle qui empêche qu'elle soit effectuée par les pharmaciens? Y a-t-il d'autres obstacles?

In het dossier van de online verkoop van geneesmiddelen op voorschrijf pleiten de sprekers voor een online contact met een apotheker. Denken de sprekers dat dit contact absoluut noodzakelijk is? Kan een chronisch zieke zijn geneesmiddelen op voorschrijf krijgen zonder dat contact, als er aan het begin van de behandeling één contact met een apotheker heeft plaatsgevonden?

Mevrouw Pieters gaf aan dat de wil er is om een Raad van apothekers op te richten. Kan zij een timing geven? Zal die oprichting nog voor het einde van de zittingsperiode kunnen plaatsvinden?

De spreker is ervan overtuigd dat het probleem van de stockbreuken grotendeels gelinkt is aan problemen met de export. Zijn er alternatieve manieren mogelijk om op zoek te gaan naar moleculen die niet meer beschikbaar zijn in België? In het geval dat een molecule door slechts één bedrijf in België wordt geleverd en die molecule gedeeltelijk of volledig onbeschikbaar is, kan men dan aan dat bedrijf vragen om, in het belang van de patiënt, het nodige te doen en bij een concurrent de ontbrekende molecule te gaan zoeken? Moet men de farmaceutische industrie meer responsabiliseren op het vlak van dit soort problemen?

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) staat helemaal achter de kernwoorden “geïntegreerde visie” en “multidisciplinariteit” die uit de uiteenzettingen naar voren kwamen.

Concreet wil de spreekster het hebben over het nieuwe model waarnaar de zorgverleners stilaan evolueren. Ze vraagt zich af hoe de apothekers het financiële aspect van die evolutie zien. Zullen er in de toekomst noden bij de apothekers ontstaan, waarop een financieel antwoord moet komen?

Ook mevrouw Jiroflée wil graag een stand van zaken van het dossier van de huisapotheker. Hoe staat het met het financiële plaatje? Moet dat ook worden bekeken?

Ten slotte gaat de spreekster in op de problematiek van de geneesmiddelen in rust- en verzorgingstehuizen (RVT) en rusthuizen (ROB). Door de aankopen in het groot of zelfs online van geneesmiddelen zou de link tussen de apotheker en de patiënt verdwijnen. Dat zou problematisch zijn voor de opvolging van de patiënt en zou op financieel vlak een bedreiging voor de apotheker vormen. Wat is de mening van de APB? Is het inderdaad zo'n groot probleem?

De heer Dirk Janssens (Open Vld) kan zich vinden in de holistische en multidisciplinaire aanpak waarvoor de vertegenwoordigers van de apothekers pleiten. Zij gaven onder andere aan dat zij zouden willen meewerken aan

Dans le dossier de la vente en ligne de médicaments sur prescription, les orateurs plaident en faveur d'un contact en ligne avec le pharmacien. Pensent-ils que ce contact est absolument nécessaire? Un malade chronique peut-il recevoir ses médicaments sur prescription sans ce contact si un contact a eu lieu avec le pharmacien au début du traitement?

Mme Pieters a évoqué le projet de créer un Conseil des pharmaciens. Peut-elle fournir un calendrier précis? Ce Conseil verra-t-il le jour avant la fin de la législature?

L'intervenant est convaincu que le problème des ruptures de stock est largement lié à des problèmes d'exportation. Existe-t-il d'autres solutions pour obtenir les molécules qui ne sont plus disponibles en Belgique? Lorsqu'une molécule n'est fournie que par une seule entreprise en Belgique, et que cette molécule est partiellement ou totalement indisponible, peut-on alors demander à cette entreprise de faire le nécessaire, dans l'intérêt du patient, pour se procurer la molécule manquante chez un concurrent? Faut-il responsabiliser davantage l'industrie pharmaceutique face à ce type de problèmes?

Mme Karin Jiroflée (sp.a) souscrit pleinement aux mots-clés “vision intégrée” et “multidisciplinarité”, qui sont ressortis des exposés.

Concrètement, l'intervenante souhaite évoquer le nouveau modèle vers lequel se dirigent progressivement les dispensateurs de soins. Elle se demande comment les pharmaciens envisagent l'aspect financier de cette évolution. Doit-on s'attendre à ce que certains besoins financiers apparaissent dans leur chef, et à ce qu'il faille y répondre?

Mme Jiroflée s'enquiert, elle aussi, de l'avancement du dossier du pharmacien de référence. Qu'en est-il de l'aspect financier? Doit-il également être examiné?

Enfin, l'intervenante aborde la question des médicaments administrés dans les maisons de repos et de soins (MRS) et dans les maisons de repos (MR). L'achat de médicaments en gros, voire en ligne, annihileraient la relation entre le pharmacien et le patient, ce qui hypothéquerait le suivi du patient et constituerait une menace financière pour le pharmacien. Qu'en pense l'APB? Est-ce effectivement un gros problème?

M. Dirk Janssens (Open Vld) souscrit à l'approche holistique et pluridisciplinaire préconisée par les représentants des pharmaciens, qui ont notamment indiqué leur souhait de jouer un rôle dans la prévention.

preventie. De spreker wijst erop dat dit een gemeenschapsbevoegdheid is en vraagt of de apothekers reeds in gesprek zijn gegaan met de deelstaten.

Er zouden ook een aantal nieuwe taken voor de apothekers bijkomen indien zij deel uit zouden maken van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. In welke mate is er reeds overleg geweest met de artsen? De spreker stelt vast dat er veel goede intenties zijn, maar hoe zal de "tandem" arts-apotheker er concreet uitzien?

Mevrouw Muriel Gerkens, voorzitster, deelt de bezorgdheid van de sprekers over polymedication en overconsumptie van geneesmiddelen, en meer in het bijzonder door ouderen. Er worden verschillende maatregelen om dat probleem weg te werken bestudeerd. Er zijn apothekers die een aanvullende opleiding volgen om met deze groep patiënten om te gaan. Wensen de apothekers dat er een specialisatieopleiding, gericht op de opvolging van dit soort patiënten, wordt voorzien? En denken de apothekers dat de *review* van het geneesmiddelengebruik van oudere patiënten met een uitgebreid palet aan geneesmiddelen moet worden veralgemeend?

De spreekster wenst ook meer te vernemen over de commercialisering van het beroep van apotheker, die bijvoorbeeld tot uiting komt in het opkopen van officina's en het opduiken van ketens van apotheken. Is deze commercialiseringstrend onafwendbaar?

De vertegenwoordigers van de apothekers hebben zeer weinig gesproken over hun verhouding tot farmaceutische bedrijven. Wat kunnen zij zeggen over het prijzenbeleid van die bedrijven ten opzichte van de apothekers?

Er werd ook weinig gesproken over de verloning van de apothekers, wat nochtans een belangrijk element is in het debat over kwaliteitsvolle zorg.

In het kader van de kwaliteitsvolle zorg past ook de vraag over de plaats van de parafarmacie binnen de gewone apotheek. Klanten zijn geneigd om te denken dat parafarmaceutische producten die in de apotheek aangeboden worden van goede kwaliteit zijn, terwijl ze vaak niet van betere kwaliteit zijn dan wat men in de supermarkt vindt. Schaadt dit de kwaliteit van de dienstverlening?

Vervolgens vraagt de spreekster hoe de apothekers de complementariteit tussen de huisapotheker en de huisarts zien. De apothekers vragen duidelijk om hun werkdomein uit te breiden naar tests, vroegdetectie en vaccinatie. Tot waar kan die uitbreiding reiken? Laat de

L'intervenant souligne qu'il s'agit d'une compétence communautaire. Il demande si les pharmaciens se sont déjà concertés avec les entités fédérées.

La conclusion d'accords de coopération pluridisciplinaires impliquant les pharmaciens entraînerait également de nouvelles tâches pour ces derniers. Y a-t-il déjà eu une concertation avec les médecins à cet égard? L'intervenant constate qu'il y a beaucoup de bonnes intentions mais demande comment le "tandem" médecin-pharmacien fonctionnera concrètement.

Mme Muriel Gerkens, présidente, partage les préoccupations des orateurs concernant la polymédication et la surconsommation de médicaments, en particulier par les personnes âgées. Différentes mesures sont à l'étude pour lutter contre ce problème. Certains pharmaciens suivent une formation complémentaire dans le but d'apprendre comment appréhender cette catégorie de patients. Les pharmaciens souhaitent-ils la mise en place d'une formation spécialisée axée sur le suivi de ce type de patients? Faudrait-il selon eux généraliser le passage en revue de la consommation de médicaments des patients âgés qui prennent beaucoup de médicaments?

L'intervenante souhaite également en savoir davantage sur la commercialisation de la profession de pharmacien, qui se manifeste par exemple par le rachat d'offices et l'apparition de chaînes de pharmacies. Cette tendance à la commercialisation est-elle inéluctable?

Les représentants des pharmaciens ont très peu évoqué leurs relations avec les entreprises pharmaceutiques. Que peuvent-ils dire de la politique des prix que ces entreprises mènent à l'égard des pharmaciens?

Il n'a guère été question non plus de la rémunération des pharmaciens, ce qui est pourtant un élément important dans le débat sur la qualité des soins.

La question de la place de la parapharmacie par rapport à la pharmacie traditionnelle se pose également dans le cadre du débat sur la qualité des soins. Les clients ont tendance à croire que les produits parapharmaceutiques proposés en pharmacie sont de bonne qualité, alors qu'ils ne sont souvent pas de meilleure qualité que ceux proposés par les supermarchés. Cette situation nuit-elle à la qualité du service?

L'intervenante demande ensuite comment les pharmaciens envisagent la complémentarité entre le pharmacien de référence et le médecin généraliste. Les pharmaciens demandent clairement que leur domaine de travail soit étendu aux tests, au dépistage précoce et

basisopleiding van apotheker toe om deze handelingen uit te voeren?

Wat de erkenning van opleidingen en de vertegenwoordiging van het beroep betreft, bevinden de apothekers zich in een complexe situatie. Er bestaat geen Raad van apothekers en de erkenning van beroepsbeoefenaars wordt verdeeld tussen het FAGG en de FOD Volksgezondheid. Hoe kan die verdeling worden verklaard? Denken de apothekers dat deze zaken op een andere manier moeten worden georganiseerd?

à la vaccination. Jusqu'où cette extension pourrait-elle aller? La formation de base de pharmacien permet-elle d'accomplir de tels actes?

En ce qui concerne la reconnaissance des formations et la représentation de la profession, la situation dans laquelle se trouvent les pharmaciens est complexe. Il n'existe pas de "Conseil des pharmaciens", et la reconnaissance des praticiens professionnels est répartie entre l'AFMPS et le SPF Santé publique. Comment peut-on expliquer cette répartition? Les pharmaciens estiment-ils que cela pourrait être organisé d'une autre manière?

C. Antwoorden

Volgens de heer Alain Chaspierre (*Algemene Pharmaceutische Bond*) gaat het overleg met de apothekers over de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen over het algemeen genomen in de goede richting. De besprekingen met het kabinet van de minister over de tien onderwerpen van het meerjarenkader hebben dertien maanden geduurde, maar hebben geleid tot een compromis dat door de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) wordt gesteund. Er vinden ook opvolgingsvergaderingen plaats met het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG). Binnen het RIZIV werd een werkgroep over de wachtdiensten opgericht. Voorts vinden specifieke vergaderingen over de financiële werkwijze plaats met het kabinet van de minister.

Bij de nieuwe functie van referentieapotheker is het de bedoeling dat de klemtoon veeleer op de follow-up van farmaceutische zorg komt te liggen en niet alleen op de farmaceutische basiszorg. Dankzij die follow-up krijgt de apotheker een breder zicht op de medicatie en kan hij de patiënt een medicatieschema voorleggen op basis waarvan de patiënt weet welk geneesmiddel hij op welk moment moet innemen. Die functie, die op 1 oktober 2017 werd ingesteld, kent een groot succes bij de bevolking: meer dan 500 000 mensen hebben al een referentieapotheker gekozen. De spreker benadrukt dat de referentieapotheker ook een sleutelrol zou kunnen spelen in de bestrijding van polymedication, een bijzonder groot probleem bij oudere patiënten.

De referentieapotheker kan zijn taak uitoefenen dankzij het gedeeld farmaceutisch dossier, waartoe vandaag 97 % van de apotheken toegang hebben. De spreker meent dat dit medicatieschema ook nuttig zou kunnen zijn met het oog op de transmurale zorg: artsen en ziekenhuisapothekers zouden via dat dossier kunnen nagaan welke geneesmiddelen de patiënt- op voorschrijf of via zelfmedicatie – daadwerkelijk heeft ingenomen.

Wat de spreidingswet betreft, stelt de spreker vast dat de huidige wet aanleiding geeft tot enkele interpretatieproblemen die tot rechtszaken leiden. Gezien het tekort aan Franstalige rechters zijn een aantal overbrengingsdossiers geblokkeerd en werden apotheken verhuisd zonder dat daar de toestemming voor was gegeven. De APB steunt de hervorming van de spreidingswet, die tot doel heeft een voldoende fijnmazig netwerk van apotheken te waarborgen, die zich voldoende dicht bij de woonkernen bevinden. Die nieuwe spreidingswet zou ook een wettelijk kader moeten bieden voor de fusie van apotheken.

C. Réponses

M. Alain Chaspierre (Association Pharmaceutique Belge) estime que la concertation avec les pharmaciens concernant la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé va globalement dans le bons sens. Les discussions avec le cabinet de la ministre sur les dix sujets du cadre pluriannuel ont duré 13 mois mais ont abouti à un compromis que l'Association Pharmaceutique Belge (APB) soutient. Il y a également des réunions de suivi avec l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS). Un groupe de travail sur les gardes est organisé au niveau de l'INAMI. Des réunions spécifiques sur l'approche financière ont aussi lieu avec le cabinet de la ministre.

La nouvelle fonction de pharmacien de référence vise à mettre davantage l'accent, au-delà des soins pharmaceutiques de base, sur le suivi des soins pharmaceutiques. Ce suivi consiste à avoir une vue plus globale sur la médication et à fournir un schéma de médication permettant au patient de savoir quel médicament prendre à quel moment. Cette fonction qui a été lancée le 1^{er} octobre 2017, rencontre un grand succès auprès de la population: plus de 500 000 personnes ont déjà choisi un pharmacien de référence. L'orateur souligne aussi le rôle clé que pourrait jouer le pharmacien de référence pour contrer le problème de la polymédication, particulièrement prégnant chez les patients âgés.

Cette fonction de pharmacien de référence peut être assurée grâce à la mise en place du dossier pharmaceutique partagé auquel 97 % des officines sont désormais connectés. Dans la perspective des soins transmuraux, l'orateur estime que ce schéma de médication pourrait également être utile aux médecins ou aux pharmaciens hospitaliers pour savoir quels médicaments le patient a réellement consommé, qu'il s'agisse de médicaments prescrits ou pris en automédication.

Concernant la loi de répartition, l'orateur constate que la loi actuelle pose un certain nombre de problèmes d'interprétation qui donnent lieu à des recours. Vu la pénurie de juges francophones, un certain nombre de dossiers de transfert ont été bloqués et des déménagements d'officines ont eu lieu sans avoir été préalablement autorisés. L'APB soutient la réforme de la loi de répartition dont l'objectif est de garantir un maillage de pharmacies suffisamment proches de l'habitat. Cette nouvelle loi de répartition devrait également permettre d'encadrer les processus de fusions d'officines.

Betreffende de mogelijke rol van de apothekers inzake preventieve gezondheidszorg, beklemtoont de spreker dat, hoewel preventie onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt, ook de federale wetgeving zou moeten worden aangepast, teneinde apothekers bijvoorbeeld toe te staan bepaalde handelingen uit te voeren die momenteel verboden zijn (zoals het prikken van de vinger van een patiënt om bepaalde parameters te controleren).

Wat de vaccinatie betreft, nodigt de spreker de commissie na te gaan hoe men de zaken aanpakt in andere Europese landen, waar apothekers een vaccin mogen toedienen en waar de vaccinatiedekking voor risicogroepen sterk is toegenomen. Indien bepaalde vaccinatiehandelingen aan de apothekers zouden worden toegewezen, dan zou daartoe een bijkomende specifieke opleiding moeten worden georganiseerd.

Wat de financiële aspecten van het beroep betreft, benadrukt de spreker dat de sector al grote besparingsinspanningen heeft geleverd. Het huidige vergoedingsniveau is identiek aan dat van 2008. De spreker juicht in dat verband de politieke beslissing toe om de economische marge op de verkochte geneesmiddelen te stabiliseren op het niveau van de marge die werd vastgelegd in het kader van de begroting voor 2017. De sector eist dat die economische marge en de honoraria voortaan worden behandeld in een afzonderlijke begrotingslijn. De spreker stipt ook aan dat de parafarmaceutische producten slechts 20 % van de omzet van de apothekers vertegenwoordigen. De andere 80 % komt uit de verstrekking van geneesmiddelen in strikte zin.

Voorts is de spreker van oordeel dat voor de eigenaars van apotheken die zelf geen apotheker zijn dezelfde regels inzake aansprakelijkheid moeten gelden als voor de apothekers. Hij stelt voor om deze kwestie te bespreken tijdens de debatten die zullen worden gevoerd in het raam van het huidige voorontwerp van wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

Wat de onlineapotheken betreft, verwijst de APB naar een recente studie waaruit blijkt dat, in de huidige stand van de wetgeving, de begeleiding van de patiënt ontoereikend is. Voor de APB is het persoonlijke contact met de patiënt van essentieel belang om de uitdagingen inzake therapietrouw, polymedicatie en gezondheidsgeletterdheid aan te gaan. De APB pleit daarom voor een model waarbij een fysieke apotheek wordt gecombineerd met onlinediensten voor patiënten die zich niet kunnen verplaatsen. De fysieke apotheken bieden ook meer garanties inzake de kwaliteit van de geleverde geneesmiddelen dan de onlineapotheken (bijvoorbeeld geen vervalste geneesmiddelen).

A propos du rôle que les pharmaciens pourraient jouer dans la prévention en matière de santé, l'orateur souligne que, même si la prévention relève de la compétence des Communautés, la législation devrait également être adaptée au niveau fédéral, afin, par exemple, d'autoriser les pharmaciens à accomplir certains actes actuellement interdits (ex.: pouvoir piquer le doigt d'un patient pour contrôler certains paramètres).

Au sujet de la vaccination, il invite à observer ce qu'il se passe dans d'autres pays européens où les pharmaciens se sont vu confier cette tâche et où la couverture de vaccination des groupes à risques a fortement augmenté. Dans l'hypothèse d'un transfert de certains actes de vaccination vers les pharmaciens, une formation complémentaire spécifique devrait être organisée.

En ce qui concerne les aspects financiers de la profession, l'orateur souligne que le secteur a déjà fait de gros efforts d'économies. Le niveau actuel de rémunération est identique à celui de 2008. L'orateur salue, à cet égard, la décision prise au niveau politique, de stabiliser la marge économique sur les médicaments vendus, à hauteur de celle prévue dans le budget 2017. Le secteur revendique que cette marge économique et les honoraires fassent désormais l'objet d'une ligne budgétaire séparée. L'orateur souligne également que les produits de parapharmacie ne comptent que pour 20 % du chiffre d'affaire des pharmaciens, les 80 % du chiffre d'affaire étant générés par la dispensation de médicaments au sens strict.

Par ailleurs, l'orateur considère que les propriétaires d'offices qui ne sont pas pharmaciens doivent être soumis à la même responsabilité que les pharmaciens. Il suggère que ce problème pourrait être abordé lors des discussions qui se tiendront sur l'actuel avant-projet de loi relatif à la qualité de la pratique des soins de santé.

Au sujet des pharmacies en ligne, l'APB se réfère à une étude récente qui conclut que, dans l'état actuel de la législation, l'accompagnement du patient est déficient. L'APB estime que le contact personnel avec le patient est essentiel pour répondre aux enjeux d'adhésion thérapeutique, de polymédication et de littératie en santé. L'APB prône dès lors un modèle qui combine l'officine physique avec des services en ligne à destination des patients qui ne peuvent pas se déplacer. Les officines physiques apportent également plus de garanties que les pharmacies en ligne en termes de qualité des médicaments fournis (ex.: absence de médicaments falsifiés).

Wat de ontoereikende geneesmiddelenvoorraad betreft, geeft de spreker aan dat een FAGG-werkgroep hierover momenteel rond de tafel zit en weldra conclusies zal uitbrengen. Volgens hem moet een onderscheid worden gemaakt tussen twee fenomenen: de niet-beschikbaarheid als gevolg van een fabricatieprobleem (zoals een probleem met de bevoorrading van grondstoffen of een onderbreking van de productie), en de contingentering die de farmaceutische industrie heeft ingevoerd om parallelle import uit het buitenland tegen te gaan. In geval van niet-beschikbaarheid zouden de apothekers zo snel mogelijk moeten worden ingelicht zodat ze alternatieven kunnen zoeken en de zorgcontinuïteit kunnen verzekeren. Voor de substitutie van geneesmiddelen zou in een wettelijk kader moeten worden voorzien, want thans bestaat ter zake een juridische leemte. In verband met de contingentering zou er meer transparantie moeten komen over het fenomeen van parallelle import.

Inzake het gebruik van geneesmiddelen in de rust- en verzorgingstehuizen, pleit de spreker voor een wetgevend initiatief om commerciële uitwassen en praktijken die tegen het belang van de patiënt indruisen te voorkomen. Zo beveelt hij aan om een maximumaantal bedden per apotheker vast te stellen, om transparantie op te leggen voor de prijzen die worden gehanteerd ten aanzien van rust- en verzorgingstehuizen en om rekening te houden met het begrip nabijheid.

De heer Bernard Pirotte (Orde der apothekers) wijst op het belang van een voldoende dicht geografisch netwerk, met name voor oudere patiënten. Hij geeft ook aan dat de apothekers in landelijke gebieden economische problemen ondervinden.

Hij benadrukt dat de apothekers, omwille van hun wetenschappelijke vorming, een grotere rol zouden kunnen krijgen wat vaccinatie en toediening van zelftests betreft. Wat de zelftests betreft, heeft recent onderzoek aangetoond dat er een probleem zou kunnen zijn met de kwaliteit en betrouwbaarheid ervan. Het zou misschien goed zijn om de wettelijke vereisten op dat vlak te wijzigen.

De spreker bevestigt dat de klinische farmacie, die bestaat in een gepersonaliseerde opvolging van de opgenomen patiënten, in België in volle ontwikkeling is.

Hij vindt het verontrustend dat het niet noodzakelijk is apotheker te zijn om eigenaar te worden van een apotheek. Hij pleit ervoor de wetgeving in die zin aan te passen dat alle eigenaars van een apotheek verplicht apothekers moeten zijn, of dat voor de eigenaars van een apotheek die geen apothekers zijn dezelfde gedragsregels gelden als voor de apothekers en dat zij

A propos des ruptures de stocks de médicaments, l'orateur précise qu'un groupe de travail se réunit actuellement au niveau de l'AFMPS et remettra prochainement des conclusions. Il estime qu'il faut distinguer deux phénomènes: d'une part, l'indisponibilité résultant d'un problème de fabrication (ex.: rupture de matière première ou interruption de la production), et d'autre part, le contingentement mis en place par l'industrie pharmaceutique afin de limiter les phénomènes d'importation parallèle depuis l'étranger. En cas d'indisponibilité, il faudrait que les pharmaciens soient informés le plus vite possible pour qu'ils puissent trouver des alternatives et assurer la continuité des soins. A cet égard, la substitution de médicaments devrait être encadrée au niveau légal car il y a actuellement un vide juridique en la matière. Quant au contingentement, il y aurait lieu d'améliorer la transparence sur les phénomènes d'importation parallèle.

Concernant la consommation de médicaments dans les maisons de repos et de soins, l'orateur appelle à légiférer pour empêcher les dérives commerciales et les pratiques contraires à l'intérêt des patients. Il recommande, par exemple, d'établir un nombre maximal de lits par pharmacien, d'imposer une transparence des prix pratiqués vis-à-vis des maisons de repos et de soins et de prendre en compte la notion de proximité.

M. Bernard Pirotte (Ordre des pharmaciens) pointe l'importance d'un maillage géographique suffisant, notamment pour les patients âgés. Il souligne également les problèmes économiques rencontrés par les officines en milieu rural.

Il soutient que les pharmaciens pourraient se voir confier de par leur formation scientifique un rôle plus important en matière de vaccination et d'administration d'autotests. À propos des autotests, des enquêtes récentes ont montré qu'il pouvait y avoir un problème de qualité et de fiabilité de ceux-ci. Il conviendrait peut-être de modifier les exigences légales à ce niveau-là.

L'orateur confirme que la pharmacie clinique qui consiste en un suivi personnalisé des patients hospitalisés, est en plein développement en Belgique.

Il trouve interpellant qu'il ne soit pas nécessaire d'être pharmacien pour devenir propriétaire d'une officine. Il plaide pour une modification de la législation afin que tous les propriétaires d'officine doivent nécessairement être pharmaciens, ou que les propriétaires d'officine qui ne sont pas pharmaciens soient soumis aux mêmes règles déontologiques que les pharmaciens et rendus

verantwoording moeten afleggen bij de tuchtinstanties van de Orde der apothekers.

Wat de parafarmacie betreft, wijst hij erop dat de gedragsregels gelden voor de apothekers ongeacht het product dat ze afleveren, ook als het niet gaat om geneesmiddelen in de strikte zin.

Volgens hem kan niets het persoonlijk contact tussen de apotheker en de patiënt vervangen. Er moeten regels worden vastgesteld voor de online-verkoop van geneesmiddelen om dezelfde zorgkwaliteit te garanderen als die welke wordt geboden door de fysieke apotheken.

Wat de moleculeschaarste betreft, ten slotte, geeft hij aan dat het probleem acuter is wanneer de molecule slechts door één firma wordt geproduceerd, omdat die dan nog onder patent valt. Hij vraagt zich af of het niet mogelijk zou zijn de wetgeving te wijzigen om de betrokken firma's te verplichten om, vanaf de indiening van het registratiedossier, meer dan één leverancier of fabrikant van hun actief bestanddeel te hebben.

Mevrouw Joëlle Pieters (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) geeft aan dat de minister zich als doel heeft gesteld het wetgevend werk dat de instelling van de Raad van apothekers moet mogelijk maken vóór het einde van deze zittingsperiode af te ronden. De effectieve aanvang zal tijdens deze zittingsperiode niet kunnen plaatsvinden.

Mevrouw Rien Marinus (Orde der apothekers) onderstreept het belang van de toegang tot het gedeeld farmaceutisch dossier, ook in het kader van de online-verkoop van geneesmiddelen door apothekers, temeer daar er al enorm werd geïnvesteerd in de implementatie van het e-health-project in de fysieke apotheek.

De heer Lieven Zwaenepoel (APB) betreurt de aanzienlijke administratieve last die de invoering van de tarivering per eenheid voor gevolg heeft. Tevens meent hij dat de budgettaire impact van deze maatregel, meer bepaald wat de besparing betreft, onmogelijk te ramen valt. Wat het gedeeld farmaceutisch dossier betreft, wenst hij dat de vermelding van de indicatie van de behandeling door de arts in dit dossier de regel wordt, tenzij de patiënt zich daar uitdrukkelijk tegen verzet.

C. Replieken

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) is het niet eens met de invoering, in het kader van het gedeeld farmaceutisch dossier, van een systeem van automatische gegevensuitwisseling, tenzij de patiënt zich

responsables devant les instances disciplinaires de l'Ordre des pharmaciens.

Au sujet de la parapharmacie, il rappelle que les règles déontologiques s'appliquent aux pharmaciens quel que soit le produit qu'ils délivrent, même s'il ne s'agit pas de médicaments au sens strict.

Il considère que rien ne remplace le contact personnel entre le pharmacien et le patient. Il estime que la vente de médicaments en ligne doit être encadrée pour garantir la même qualité de soins que celle offerte par les officines physiques.

Enfin, en ce qui concerne la pénurie de molécules, il considère que le problème est plus aigu lorsque la molécule n'est produite que par une seule firme, car encore sous brevet. Il se demande s'il ne serait pas possible de modifier la législation pour obliger les firmes concernées à avoir, dès le dépôt du dossier d'enregistrement, plusieurs fournisseurs ou fabricants de leur principe actif.

Mme Joëlle Pieters (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement) précise que l'objectif de la ministre est que le travail législatif qui doit permettre la création du Conseil des pharmaciens soit mené à terme avant la fin de la présente législature. Par contre, le démarrage effectif ne pourra pas avoir lieu encore durant cette législature.

Mme Rien Marinus (Ordre des pharmaciens) souligne l'importance de l'accès au dossier pharmaceutique partagé, y compris dans le cadre de la vente en ligne de médicaments par des pharmaciens, d'autant plus que d'énormes investissements ont déjà été consacrés à l'implémentation du projet e-health dans la pharmacie physique.

M. Lieven Zwaenepoel (APB) déplore la charge administrative importante induite par la mise en place de la tarification à l'unité. Il estime en outre que l'impact budgétaire de cette mesure en termes d'économies réalisées est impossible à évaluer. Concernant le dossier pharmaceutique partagé, il souhaiterait que la mention de l'indication du traitement par le médecin dans ce dossier devienne la règle, sauf opposition expresse du patient.

C. Répliques

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) exprime son désaccord avec la mise en place, dans le cadre du dossier pharmaceutique partagé, d'un système d'échange de données qui serait automatique, sauf

uitdrukkelijk verzet. Ze pleit ervoor dat de patiënten betrokken zouden worden en een centrale rol behouden in de tenuitvoerlegging en de follow-up van hun farmaceutische zorg.

opposition expresse du patient. Elle plaide pour que les patients soient impliqués et conservent un rôle central dans la mise en œuvre et le suivi de leurs soins pharmaceutiques.

DEEL VII — HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN EN DE ZORGKUNDIGEN

A. Inleidende uiteenzettingen

1. *Uiteenzetting van de heer Edgard Peters, Federale Raad voor Verpleegkunde*

De Federale Raad voor Verpleegkunde (FRV) heeft tot taak de minister van Volksgezondheid, op diens verzoek of op eigen initiatief, te adviseren over alle aangelegenheden inzake de verpleegkunde, en inzonderheid betreffende de uitoefening van de verpleegkunde of de daartoe vereiste kwalificaties. De FRV kan tevens de minister van Volksgezondheid en de voor onderwijs bevoegde overheden van de gemeenschappen adviseren over alle aangelegenheden die betrekking hebben op de studies en de opleiding (artikel 52 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen).

De FRV telt momenteel 34 effectieve leden, met name 24 verpleegkundigen, van wie 12 mét een bijzondere beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid en 12 zonder een dergelijke titel of bekwaamheid, 4 zorgkundigen en 6 artsen. Voorts worden de vergaderingen van de FRV bijgewoond door drie ambtenaren van de voor onderwijs bevoegde overheden van de gemeenschappen, alsook door een door de minister van Volksgezondheid aangewezen ambtenaar.

Bij de aanvang van de 54^e zittingsperiode, op 31 december 2014, heeft de FRV aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een brief bezorgd met zijn visie op de politieke prioriteiten voor de beoefenaars van de verpleegkunde. De FRV heeft evenwel geen antwoord, noch ontvangstbevestiging gekregen. Van oktober 2014 tot juni 2018 heeft de FRV 21 adviezen aan de minister bezorgd, met name 11 adviezen die de FRV op eigen initiatief heeft uitgebracht, en 10 adviezen op verzoek van de minister of van de directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. In 4 van de 21 gevallen heeft de minister geantwoord of de ontvangst van het advies bevestigd. Tot slot hebben in heel die periode slechts twee ontmoetingen plaatsgevonden tussen het kabinet van de minister en de voorzitter van de FRV.

Met betrekking tot de huidige stand van de opleiding tot zorgkundige en tot verpleegkundige heeft de FRV tot dusver geen bevestiging gekregen dat de opleidingen tot gebrevettede verpleegkundige en tot gegradeerde verpleegkundige in een school voor beroepsonderwijs voor verpleegkunde in de Vlaamse Gemeenschap en in de Duitstalige Gemeenschap wel degelijk voldoen

PARTIE VII — AUDITION DES REPRESENTANTS DES INFIRMIERS ET DES AIDES-SOIGNANTS

A. Exposés introductifs

1. *Exposé de M. Edgard Peters, Conseil Fédéral de l'Art Infirmier*

Le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) a pour tâche de donner des avis (à la demande ou d'initiative) au ministre de la Santé publique, en toute matière relative à l'art infirmier et, en particulier, en matière d'exercice de l'art infirmier et des qualifications requises. Il peut également donner au ministre de la Santé publique et aux autorités des communautés, compétentes en matière d'enseignement, des avis en toute matière relative aux études et à la formation (article 52 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé).

Le CFAI est composé actuellement de 34 membres effectifs: 24 infirmiers, dont 12 détenteurs d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière et 12 non détenteurs d'un tel titre ou d'une telle qualification, 4 aides-soignants et 6 médecins. Trois fonctionnaires désignés par les autorités des communautés compétentes en matière d'enseignement et un fonctionnaire désigné par le ministre de la Santé publique assistent aux réunions.

Au début de la 54^e législature, le CFAI a transmis à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par courrier le 31 décembre 2014, sa vision des priorités politiques pour les praticiens de l'art infirmier. Le CFAI n'a toutefois reçu aucune réponse ou accusé de réception. Durant la période d'octobre 2014 à juin 2018, le CFAI a transmis 21 avis à la ministre: 11 avis d'initiative et 10 avis à la demande de la ministre ou du directeur général du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Sur les 21 avis, le CFAI a reçu 4 réponses ou accusés de réception de la part de la ministre. Enfin, seulement deux rencontres entre le cabinet de la ministre et le président du CFAI ont eu lieu durant toute cette période.

En ce qui concerne la situation actuelle des études des aides-soignants et des infirmiers, le CFAI n'a, à ce jour, pas eu de confirmation que les formations octroyant le brevet infirmier ou le diplôme "gegradueerde verpleegkundige" dans une école professionnelle d'infirmiers en Communauté flamande et en Communauté germanophone, répondent bien à la Directive 2013/55/UE du

aan Richtlijn 2013/55/EU van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 tot wijziging van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en Verordening (EU) nr. 1024/2012 betreffende de administratieve samenwerking via het Informatiesysteem interne markt.

In het kader van de hervorming van de gezondheidszorgberoepen heeft de FRV op 4 juli 2017 op eigen initiatief een advies uitgebracht betreffende het functiemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst, met voor elke functie een beroeps-, functie- en competentieprofiel. Dat model houdt rekening met de elementen die de minister naar voren heeft gebracht tijdens de toelichtingsvergadering inzake de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, met name dat de functie van zorgkundige evolueert naar die van zorgassistent, alsook dat er geen functie gecreëerd wordt tussen die van zorgkundige en die van verpleegkundige.

Dat functiemodel en de beroeps-, functie- en competentieprofielen vloeien voort uit de gezamenlijke beraadslaging van vier werkgroepen, bestaande uit leden van de FRV, leden van de Technische Commissie voor Verpleegkunde (TCV), deskundigen inzake de verpleegkunde van verschillende opleidingsniveaus (bachelor, gebrevettede verpleegkundige, master) en van verschillende plaatsen waar zij worden ingezet (ziekenhuizen, thuis, rust- en verzorgingstehuizen, onderwijs enzovoort), alsook uit vertegenwoordigers van de overheden van de deelstaten die bevoegd zijn voor onderwijs.

Dat functiemodel is onderverdeeld in drie categorieën, met zes verschillende functies. De categorie "Algemene zorg" omvat de functies van "zorgassistent" en van "verpleegkundige". De categorie "Gespecialiseerde zorg" omvat de functies van "gespecialiseerd verpleegkundige" en van "verpleegkundig consultant". De categorie "Advanced practice nursing" ten slotte omvat de functies van "verpleegkundig specialist" en van "klinisch verpleegkundig onderzoeker". De FRV formuleert een aanbeveling inzake de studies, de opleidingen en, voor bepaalde functies, het aantal jaren beroepservaring die als erkenningscriteria zouden moeten worden gehanteerd.

Met betrekking tot de functie van zorgassistent verduidelijkt de heer Peters dat deze functie moet worden opgevat als de voortzetting van de bestaande functie van zorgkundige, zowel inzake de opleidingen, de bekwaamheden als de lijst van de technische verpleegkundige prestaties welke de zorgkundigen mogen uitvoeren. Momenteel mag de zorgkundige slechts een

Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur.

Dans le cadre de la réforme des professions des soins de santé, le CFAI a émis, le 4 juillet 2017, un avis d'initiative concernant le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur et, pour chaque fonction, un profil professionnel/de fonction et de compétences. Ce modèle tient compte des éléments avancés par la ministre lors de la conférence de lancement de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, à savoir, l'évolution de la fonction d'aide-soignant vers celle d'assistant de soins, et l'absence de fonction intermédiaire entre celle d'aide-soignant et celle d'infirmier.

Ce modèle de fonctions et les profils professionnels/ de fonction et de compétences sont le résultat de la synergie des réflexions de 4 groupes de travail composés de membres du CFAI, de membres de la Commission Technique de l'Art Infirmier (CTAI), d'experts de la profession infirmière de différents niveaux de formation (bacheliers, brevetés, masters) et de différents lieux d'exercice (hôpitaux, domicile, maisons de repos (et de soins), enseignants, etc.), et de représentants des entités fédérées compétentes en matière d'enseignement.

Ce modèle de fonctions est subdivisé en 3 catégories avec 6 fonctions différentes. La catégorie "soins généraux" comprend les fonctions d'assistant de soins et d'infirmier. La catégorie "soins spécialisés" comprend celles d'infirmier spécialisé et d'infirmier consultant. Enfin, la catégorie "soins de pratique avancée" comprend celles d'infirmier de pratique avancée et d'infirmier chercheur clinicien. Le CFAI recommande les études, les formations et, pour certaines fonctions, le nombre d'années d'expérience professionnelle, qui devraient servir de critères d'agrément.

Concernant la fonction d'assistant de soins, M. Peters précise que celle-ci doit être vue comme l'évolution de la fonction actuelle d'aide-soignant, tant en ce qui concerne la formation, les compétences que la liste des prestations techniques de l'art infirmier pouvant être effectuées. Les activités infirmières que l'aide-soignant peut actuellement prêter sont très limitées.

zeer beperkt aantal verpleegkundige prestaties uitvoeren. De uitbreiding van die prestatielijst vereist dus een ingrijpende verdieping van de opleiding. De FRV beveelt aan de beroepsbenaming “zorgkundige” te vervangen door die van “zorgassistent”, teneinde te voorkomen dat bij de patiënten en de overige gezondheidswerkers verwarring ontstaat over de verantwoordelijkheden die gepaard gaan met de huidige functie van zorgkundige en met die van de toekomstige functie van zorgassistent. Door de door de FRV nagestreefde evolutie van het beroep van zorgkundige gaat die functie lijken op die van zorgassistent die als beoefenaar van de verpleegkunde is opgenomen in de voormelde gecoördineerde wet van 10 mei 2015.

Met betrekking tot de vereiste competenties en voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de verschillende voormalde functies uit te oefenen, heeft de FRV verschillende adviezen uitgebracht, zowel op eigen initiatief als op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, met aanbevelingen inzake de beroeps-, functie- en competentieprofielen. Op 12 juni 2018 heeft de FRV tevens ingestemd met de oprichting van een nieuwe werkgroep; deze zal vanaf september 2018 bijeenkomen om de voor de functie van “klinisch verpleegkundig onderzoeker” vereiste competenties uit te werken. Het advies inzake de gespecialiseerd verpleegkundige, de verpleegkundig consultant en de verpleegkundig specialist omschrijft tevens de praktijk- en de zorgdomeinen voor die drie functies.

Bovendien heeft de FRV op eigen initiatief een advies uitgebracht inzake de permanente opleiding van de beoefenaars van de verpleegkunde. Daarin beveelt de FRV onder meer aan elke beoefenaar van de verpleegkunde de verplichting op te leggen om de vier jaar een opleiding van minstens 60 uren te volgen, accreditatiecriteria uit te werken, te voorzien in een gecentraliseerd systeem om de gevuldte opleidingen te melden, en de betrokkenen de individuele verplichting op te leggen een portfolio bij te houden met de bewijsstukken inzake de permanente opleiding die zij hebben gevolgd, teneinde hun erkenning of hun *licence to practice* te behouden.

Daarenboven heeft de FRV op eigen initiatief een advies uitgebracht over de wenselijkheid van een systeem ter reguleren van de plichtenleer van de beoefenaars van de verpleegkunde, met een voorstel tot aanpassing van de Deontologische code voor verpleegkundigen van november 2014.

De FRV heeft daarentegen geen specifiek advies uitgebracht over de samenwerking tussen de zorgverleners, de multidisciplinariteit en de continuïteit van de zorg. De voormalde adviezen gaan echter in op de visie van de FRV dienaangaande.

L’élargissement de la liste de ces activités nécessite donc une évolution substantielle de la formation. Le CFAI recommande de modifier le terme “aide-soignant” par “assistant de soins” et ce, pour éviter toute ambiguïté auprès des patients et des autres professionnels de la santé entre les responsabilités de la fonction actuelle de l’aide-soignant et celles de la future fonction d’assistant de soins. L’évolution de l’aide-soignant souhaitée par le CFAI s’apparente à la fonction d’hospitalier, reprise comme praticien de l’art infirmier dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 précitée.

Au niveau des compétences et des conditions requises pour exercer les différentes fonctions dont question ci-dessus, le CFAI a émis différents avis d’initiative ou à la demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, comprenant des recommandations de profils professionnels/de fonction et de compétences. Le 12 juin 2018, le CFAI a aussi validé la mise en œuvre d’un nouveau groupe de travail qui se réunira dès septembre 2018, afin d’élaborer les compétences de l’infirmier chercheur clinicien. L’avis relatif à l’infirmier spécialisé, l’infirmier consultant et l’infirmier de pratique avancée définit également les domaines de pratiques et les domaines des soins pour ces trois fonctions.

Le CFAI a aussi émis un avis d’initiative relatif à la formation continue des praticiens de l’art infirmier. Il recommande notamment, l’obligation de formation pour tout praticien de l’art infirmier, un minimum de 60 heures de formation tous les 4 ans, l’élaboration de critères d’accréditation, la mise en place d’un système centralisé de déclaration des formations suivies et l’obligation individuelle de tenir à jour un portfolio apportant la preuve de sa formation continue afin de conserver son visa ou sa *licence to practice*.

Le CFAI a également émis un avis d’initiative concernant l’opportunité d’un système de régulation de la déontologie des praticiens de l’art infirmier, comprenant une proposition d’adaptation du Code de déontologie des praticiens de l’art infirmier de novembre 2014.

Le CFAI n’a, en revanche, pas émis d’avis spécifique concernant la collaboration entre les prestataires de soins, la multidisciplinarité et la continuité des soins. Les avis susmentionnés mentionnent cependant la vision du CFAI à ce sujet.

Over het Protocolakkoord van 19 december 2017 tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet inzake de samenwerking tussen personen uit de omgeving van de patiënt/cliënt en gezondheidszorgbeoefenaars buiten een zorgvoorziening heeft de FRV geen adviesverzoek ontvangen van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en heeft die Raad tot dusver geen advies op eigen initiatief uitgebracht. In zijn advies inzake het functiemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst beklemtoont de FRV evenwel dat absoluut werk moet worden gemaakt van de subsidiariteit tussen deze beroepsbeoefenaars van dienstverlening aan personen en de verpleegkundigen. Deze relatie moet worden bewerkstelligd in overleg met de verschillende actoren van de federale overheid en van de deelstaten.

Volgens de spreker doet dat Protocolakkoord een aantal vragen rijzen. Het risico bestaat dat het raamwerk van de kwaliteitsvereisten verschilt naargelang van de gewesten of de gemeenschappen. Hoe staat het dan met de verpleegkundigen of de artsen die in meerdere gewesten of gemeenschappen actief zijn? Hoe zal de opleiding van de mensen uit de omgeving van de patiënt worden gewaarborgd? Zal de verpleegkundige, dan wel de arts daarmee worden belast? *Quid* met een lijst van de prestaties die niet mogen worden uitbesteed? Die lijst dreigt langer te worden dan die van de huidige zorgkundige. Het Protocolakkoord voorziet weliswaar in overleg tussen de deelstaten en de betrokken sectoren, maar maakt geen melding van overleg tussen de federale overheid en de verpleegkundesector.

Tot besluit beklemtoont de heer Peters dat de verschillende adviezen van de FRV een weerspiegeling zijn van de consensus van een overgrote meerderheid van de Nederlandstalige, Franstalige en Duitstalige actoren van het hele land. Hij hoopt dat het voormelde functiemodel loopbaanmogelijkheden zal opleveren, en dat het zal leiden tot een hogere mobiliteit binnen de zorginstellingen, waardoor het beroep daardoor aantrekkelijker zal worden. Dat functiemodel zou tevens moeten leiden tot een betere ondersteuning van het beroep van verpleegkundige, zou beter moeten inspelen op de noden van de patiënten en zal waarschijnlijk leiden tot een lagere morbiditeit en mortaliteit van de patiënten.

2. Uiteenzettingen van mevrouw Delphine Haulotte en van mevrouw Jet Van Hoek, Algemene Unie van Verpleegkundigen van België

Mevrouw Delphine Haulotte presenteert de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB). Momenteel verenigt de AUVB 43 beroepsorganisaties voor verpleegkunde uit de drie gewesten en gemeenschappen en behartigt ze alle aspecten van de opleiding

Concernant le protocole d'accord du 19 décembre 2017 entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution concernant la coopération entre les personnes issues de l'environnement du patient/client et les professionnels des soins de santé en dehors d'un établissement de soins, le CFAI n'a pas reçu de demande d'avis de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et n'a, à ce jour, pas transmis d'avis d'initiative. Toutefois dans son avis concernant le modèle de fonctions des soins infirmiers du futur, le CFAI précise qu'il estime impératif de développer une relation de subsidiarité entre ces professionnels des services aux personnes et les praticiens de l'art infirmier. Cette relation doit être construite en concertation entre les différents acteurs du fédéral et des entités fédérées.

L'orateur estime que ce protocole d'accord pose un certain nombre de questions. Le cadre de qualité risque d'être différent en fonction des régions ou des communautés: qu'en sera-t-il des infirmiers ou médecins exerçant sur le territoire de plusieurs régions ou communautés? Comment la formation des personnes issues de l'environnement du patient sera-t-elle assurée? Par l'infirmier ou le médecin? Quid d'une liste de prestations qui ne peuvent pas être déléguées? Cette dernière risque d'être plus étendue que celle de l'aide-soignant actuel. Le protocole prévoit la concertation des entités fédérées avec les secteurs concernés. Par contre il ne mentionne rien concernant la concertation entre le niveau fédéral et le secteur infirmier.

En conclusion, M. Peters souligne que les différents avis du CFAI reflètent le consensus d'une large majorité des acteurs du pays, francophones, néerlandophones et germanophones. Il espère que le modèle de fonction décrit ci-dessus conduira à des opportunités de carrière ainsi qu'à une meilleure mobilité au sein des institutions de soins, et que, de ce fait, l'attractivité de la profession sera accrue. Ce modèle de fonction devrait également entraîner un meilleur soutien à la profession infirmière, une meilleure réponse aux besoins des patients et probablement moins de morbidité et mortalité chez les patients.

2. Exposés de Mmes Delphine Haulotte et Jet Van Hoek, Union générale des infirmières de Belgique

Mme Delphine Haulotte présente l'Union générale des infirmières de Belgique (UGIB). À l'heure actuelle, l'UGIB regroupe 43 organisations professionnelles de l'art infirmier issues des trois Régions et Communautés et s'occupe de tous les aspects de la formation et de

en beroepsuitoefening van de verpleegkunde. De AUVB vertegenwoordigt de 198 000 verpleegkundigen (met een visum) waarvan 140 000 actieve verpleegkundigen in ons land.

Overleg met het kabinet van de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid

Sedert 2014 zijn er regelmatig contacten met kabinetsmedewerkers van de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid. Deze contacten (11 contacten) werden telkens georganiseerd op vraag vanuit de AUVB.

Vanuit het kabinet werd de AUVB ontvangen en gehoord door vertegenwoordigers die voornamelijk actief zijn in dossiers rond beroepsuitoefening. Andere thema's werden ook bij hen geagendeerd.

Tweemaal is de AUVB uitgenodigd op initiatief van het kabinet. De eerste maal was op 25 oktober 2016 naar aanleiding van de presentatie op 28 september 2016 van de visie van de minister over de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en de verschillende concepten die de basis zouden vormen voor een nieuw wettelijk kader met betrekking tot de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en het bewaken van de kwaliteit van de beroepsbeoefening. Het kabinet vroeg aan de AUVB om de voorstellen te bestuderen en om haar bedenkingen aan het kabinet over te maken. Deze werden zowel schriftelijk overgemaakt als tijdens een ontmoeting op het kabinet. Wat er verder gebeurde met de opmerkingen van de AUVB is niet duidelijk.

Een tweede overleg vond plaats op 30 mei 2018. De AUVB werd uitgenodigd op de beleidscel naar aanleiding van de reacties en bezorgdheden in het kader van de IFIC-functieclassificatie (vooral naar de effecten op de attractiviteit van het verpleegkundig beroep).

Tijdens de andere bijeenkomsten was er vooral een informatieoverdracht van de AUVB naar het kabinet en omgekeerd. Thema's als de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015, het protocolakkoord, functieclassificatie, adviezen van de FRV, *Evidence-based practice*, ziekenhuisnetwerken, financiering AUVB, planningscommissie, vraag tot creëren van een visum voor verpleegkunde, IFIC, enz. kwamen aan bod.

Het kabinet opteerde om hierbij niet tot inhoudelijke discussies of tot werkvergaderingen over te gaan. Een aantal zaken worden ter informatieve titel meegeleid. Werkdocumenten of teksten werden niet overgemaakt (omdat volgens het kabinet de gesprekken, wergroepen

l'exercice de la profession de l'art infirmier. L'UGIB représente les 198 000 infirmières (avec un visa), dont 140 000 sont des infirmières actives dans notre pays.

Concertation avec le cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Depuis 2014, il y a eu des contacts réguliers avec des collaborateurs du cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Ces contacts (au nombre de 11) ont chaque fois été organisés à la demande de l'UGIB.

L'UGIB a été reçue et entendue par des représentants du cabinet qui sont surtout actifs dans les dossiers relatifs à l'exercice de la profession. D'autres thèmes ont également été mis à l'agenda.

L'UGIB a été invitée à deux reprises à l'initiative du cabinet. La première fois le 25 octobre 2016, à l'occasion de la présentation, le 28 septembre 2016, de la vision de la ministre sur la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et sur les nouveaux concepts appelés à former la base d'un nouveau cadre légal de l'exercice des professions des soins de santé et de la garantie de la qualité de l'exercice de la profession. Le cabinet a demandé à l'UGIB d'étudier les propositions et de transmettre ses remarques au cabinet. Celles-ci ont été transmises par écrit ainsi qu'au cours d'une rencontre avec le cabinet. L'UGIB ne connaît pas le sort réservé à ces remarques.

Une deuxième concertation a eu lieu le 30 mai 2018. L'UGIB a été invitée à la cellule stratégique suite aux réactions et préoccupations dans le cadre de la classification des fonctions IFIC (en particulier les effets sur l'attractivité de la profession infirmière).

Au cours des autres réunions, il y a eu principalement un échange d'informations entre l'UGIB et le cabinet. Des thèmes tels que la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015, le protocole d'accord, la classification des fonctions, les avis du CFAI, l'*Evidence-based practice*, les réseaux hospitaliers, le financement de l'UGIB, la commission de planification, la demande de création d'un visa pour l'art infirmier, l'IFIC, etc. ont été discutés.

Le cabinet a choisi de ne pas tenir de discussions de fond ni de réunions de travail. Un certain nombre de choses ont été communiquées à titre d'information. Des documents de travail ou des textes n'ont pas été transmis (parce que, selon le cabinet, les discussions et

hieromtrent nog bezig waren). De AUVB diende haar visies, voorstellen en reacties aan het kabinet voornamelijk te formuleren via brieven en visiedocumenten.

In de communicatie stelt de AUVB systematisch dat ze open staat voor verandering en evolutie. De AUVB beklemtoont volgende aandachtspunten:

— De AUVB weerhoudt als omschrijving voor verpleegkunde deze van het “Beroeps- en competentieprofiel Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg – Goedgekeurd door de FRV op 1 april 2015. Samengevat is de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, een zorgprofessional die acht Europese competenties beheert, op basis van de verworven kennis en vaardigheden;

— De AUVB volgt de adviezen op van de FRV en van de TCV. Dit zijn adviezen die telkenmale met ondersteuning van de AUVB werden opgemaakt en waarbij consequent een duidelijke lijn en visie wordt gevuld om het verpleegkundig beroep ook in de toekomst aantrekkelijk te houden;

— De AUVB vraagt stelselmatig om rekening te houden met de specificiteit van het verpleegkundig beroep en om de knowhow en opleidingen van de verpleegkundigen naar waarde te honoreren;

— De AUVB brengt de klinische reflectiviteit binnen het verpleegkundig beroep en de verantwoordelijkheden die de verpleegkundigen hebben en aantonen in hun dagdagelijkse activiteiten stelselmatig in rekening;

— De AUVB legt telkens de link naar de verantwoordelijkheid om de gezondheidszorg kwalitatief toegankelijk te houden naar de toekomst toe;

— De AUVB vraagt om inhoudelijke inbreng te mogen krijgen in het tot stand komen van thema's die het verpleegkundig beroep aanbelangen.

Trends en ontwikkelingen binnen de groep van verpleegkundigen

Volgens de STATAN-gegevens, de jaarlijkse gedetailleerde statistieken van gezondheidswerkers, per geslacht, leeftijd, regio en provincie (op 31 december 2017) is de groep van de verpleegkundigen de grootste groep beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg en vertegenwoordigen de verpleegkundigen 38 % van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Samen

les travaux des groupes de travail sur ces sujets étaient encore en cours). L'UGIB a dû communiquer ses visions, propositions et réactions au cabinet principalement au moyen de lettres et de documents conceptuels.

Dans sa communication, l'UGIB se déclare systématiquement ouverte au changement et à l'évolution. L'UGIB souligne les points suivants:

— L'UGIB adopte comme définition de l'art infirmier celle du "Profil professionnel et de compétences de l'infirmière responsable en soins généraux – Approuvé par le CFAI le 1^{er} avril 2015. En résumé, l'infirmier responsable de soins généraux est un professionnel de la santé qui maîtrise huit compétences européennes, sur la base des connaissances et aptitudes acquises;

— L'UGIB suit les avis du CFAI et de la CTAI. Il s'agit d'avis qui ont systématiquement été élaborés avec le soutien de l'UGIB et qui suivent une ligne et une vision claires afin de maintenir dans le futur l'attractivité de la profession infirmière;

— L'UGIB demande systématiquement que la spécificité de la profession infirmière soit prise en compte et que le savoir-faire et la formation des infirmières soient valorisés;

— L'UGIB prend systématiquement en compte la reflectivité clinique dans la profession infirmière et les responsabilités que les infirmières ont et démontrent dans leurs activités quotidiennes;

— L'UGIB fait toujours le lien avec la responsabilité de garder les soins de santé qualitativement accessibles dans le futur;

— L'UGIB demande à pouvoir contribuer à l'élaboration des thèmes qui concernent la profession infirmière.

Tendance et évolutions au sein du groupe d'infirmiers

Selon les données STATAN, c'est-à-dire les statistiques annuelles détaillées des professionnels de la santé par sexe, âge, région et province (au 31 décembre 2017), le groupe d'infirmiers est le plus grand groupe de professionnels de la santé et les infirmières représentent 38 % des professionnels de la santé. Si l'on ajoute à cela les 26 % d'aides-soignants placés sous

met de 26 % zorgkundigen die rechtstreeks onder toezicht van de verpleegkundigen staan wordt hiermee alleen al 64 % van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg vertegenwoordigd.

Volgens de gegevens van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) voor 2015 zijn er in België 10,8 verpleegkundigen per 1 000 inwoners. Studies tonen duidelijk aan dat verpleegkundig personeel en een (hoge) opleiding en kwalificatie een impact hebben op het terugdringen van de sterfte van patiënten. Een hoge nurse-patiënt ratio beïnvloedt de kwaliteit van zorg op een positieve wijze. Echter in vergelijking met andere Europese landen bengelt België aan het staartje wat deze ratio betreft. De Belgische verpleegkundigen hebben 10,8 patiënten (tweede hoogste) onder hun hoede waar het gemiddelde in de negen Europese landen die deelnamen aan het onderzoek 8,3 is.

Omwille van de vergrijzing van het personeelsbestand van de sector en omwille van de toenemende zorg- en verpleegbehoeften van onze steeds ouder wordende bevolking die ook nog eens fors uitbreidt is er de komende jaren een erg hoge vacature-vraag te verwachten. De sector van de verpleegkunde kampt ondertussen nu al met structurele arbeidstekorten. Voor het eerst in onze arbeidsmarktgeschiedenis spoort een grote vervangingsvraag dus samen met een grote uitbreidingsvraag.

Er is een grote onrust binnen de beroepsgroep omwille van de gestegen werkdruk en werklast, de herziening van de loonschalen, herziening van de pensioenleeftijd, enz.

Nieuwe initiatieven om verpleegkundigen te activeren voor het zorgberoep dienen dus dringend op getouw te worden gezet. Het is ook van belang om de attractiviteit van het verpleegkundig beroep te behouden en te vergroten.

Wat de vorming betreft, sluit de AUVB zich aan bij het functiemodel van de FRV en het invoeren van de functie van zorgassistent. Om de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt te verhogen, en om de Europese regelgeving te volgen, is het nodig een functie van hoofdverpleegkundige voor de algemene zorg in te voeren met een bachelorsgraad.

Men moet verder inzetten op zowel het volgen van specialisaties, als op de *advanced practice nursing*.

Mevrouw Jet Van Hoek formuleert volgende opmerkingen:

la supervision directe des infirmiers, cela représente 64 % des professionnels de la santé.

Selon les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour l'année 2015, il y a 10,8 infirmières pour 1 000 habitants en Belgique. Des études montrent clairement que le personnel infirmier ainsi qu'une formation et une qualification (de haut niveau) ont un impact sur la réduction de la mortalité des patients. Un ratio infirmières-patients élevé a une influence positive sur la qualité des soins. Toutefois, par rapport à d'autres pays européens, la Belgique est en queue de peloton en ce qui concerne ce ratio. Les infirmières belges ont 10,8 patients (soit le deuxième ratio le plus élevé) dans leurs soins, là où la moyenne dans les neuf pays européens participant à l'étude est de 8,3.

Compte tenu du vieillissement des effectifs du secteur et des besoins croissants en matière de soins et de soins infirmiers de notre population vieillissante, qui est également en forte croissance, il faut s'attendre à de très nombreuses offres d'emplois dans les années à venir. Dans l'intervalle, le secteur des soins infirmiers fait déjà face à des pénuries structurelles de main-d'œuvre. Pour la première fois dans l'histoire de notre marché du travail, une forte demande de remplacement coïncide donc avec une forte demande d'expansion.

Une grande inquiétude règne au sein du groupe professionnel en raison de la pression et de la charge de travail accrues, de la révision des barèmes de rémunération, de l'âge de la pension, etc.

Il est dès lors urgent de mettre en chantier de nouvelles initiatives afin d'activer des infirmiers pour la profession des soins de santé. Il importe également de maintenir et d'accroître l'attractivité de la profession d'infirmier.

En ce qui concerne la formation, l'UGIB se rallie au modèle de fonction du CFAI et à l'introduction de la fonction d'assistant de soins. Afin de renforcer la qualité ainsi que la sécurité du patient, et de suivre la réglementation européenne, il est nécessaire d'introduire une fonction d'infirmier en chef pour les soins généraux avec un titre de bachelier.

Il faut miser davantage tant sur l'accomplissement de spécialisations que sur les pratiques de soins avancés.

Mme Jet Van Hoek formule les observations suivantes:

De hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015

De AUVB heeft volgende voorstellen geformuleerd, namelijk:

— De uitbouw van een systeem voor functiedifferentiatie. In het kader van de functiedifferentiatie heeft de AUVB op een proactieve wijze samen met de FRV recent de beroeps- en competentieprofielen die noodzakelijk zijn in functie van de aanpassing van de wetgeving met betrekking tot de uitoefening van gezondheidszorgberoepen ontwikkeld. Uiteindelijk is er een eenduidige omschrijving van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorgen op niveau 6, een visum voor de zorgassistent op niveau 5, een functieprofiel voor de gespecialiseerd verpleegkundige (met zoektocht naar juiste domeinnamen) en de verpleegkundig specialist.

— Bovendien ziet de AUVB in aanvulling en aansluiting hiermee ook de mogelijkheid tot het uitwerken van het verpleegkundig voorschrift en het verpleegkundig consult.

— Het verplichten van een permanente vorming. Het concept van een *license to practice* ondersteund door een portfolio, is een meerwaarde in het kader van kwaliteit van zorg aan de patiënt.

— Een evenwichtige en voldoende vertegenwoordiging van verpleegkundigen.

De AUVB vroeg aan het kabinet de mogelijkheid op dat de beroepsgroep van de verpleegkundigen inbreng kreeg bij het concretiseren en vroeg dat de verschillende beroepsorganisaties betrokken werden bij het verder uitschrijven van de kaderwet.

Wat betreft de opmaak van het voorontwerp van wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, dient te worden opgemerkt dat deze sokkelwet een globale wet is. De concrete uitwerking en de gelieerde koninklijke besluiten dienen zeker opgevolgd te worden.

De AUVB stelt echter vast dat in deze wetgeving de vertegenwoordiging van de verpleegkundige beroepsgroep in de voorgestelde raden en commissies niet voldoende is. De AUVB wenst een betere vertegenwoordiging voor verpleegkundigen.

Verder dient in het kader van deze kwaliteitswet ook rekening gehouden te worden met de gevolgen voor de beroepsaansprakelijkheid en verantwoordelijkheid die voortvloeien uit deze uitoefening. Deze worden niet in rekening gebracht.

La réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015

l'UGIB formulé les propositions suivantes, à savoir:

— L'élaboration d'un système de différenciation de fonction. Dans le cadre de la différenciation de fonction, l'UGIB a récemment élaboré de manière proactive conjointement avec le CFAI les profils professionnels et de compétence nécessaires en fonction de l'adaptation de la législation relative à l'exercice des professions des soins de santé. Finalement, il y a une définition univoque de l'infirmier responsable de soins généraux de niveau 6, une vision pour l'assistant de soins au niveau 5, un profil de fonction pour l'infirmier spécialisé (avec une recherche des dénominations de domaine appropriées) et l'infirmier de pratique avancée.

— En outre, l'UGIB voit également en complément et dans le prolongement de ce qui précède la possibilité d'élaborer la prescription infirmière et la consultation infirmière.

— Une formation permanente obligatoire. Le concept d'une *license to practice* soutenu par un portfolio est une plus-value dans le cadre de la qualité des soins au patient.

— Une représentation équilibrée et suffisante des infirmiers.

L'UGIB a demandé au cabinet que le personnel infirmier puisse, en tant que groupe professionnel, contribuer à la concrétisation, et que les différentes organisations professionnelles soient associées à l'élaboration de la loi-cadre.

En ce qui concerne l'élaboration de l'avant-projet de loi relatif à la qualité de la pratique des soins de santé, l'oratrice souligne que cette loi-socle est une loi globale. Elle estime que sa mise en œuvre concrète et les arrêtés royaux d'exécution devront faire l'objet d'un suivi.

L'UGIB constate toutefois que dans cet avant-projet, la représentation du groupe professionnel des praticiens de l'art infirmier au sein des conseils et des commissions proposés n'est pas suffisante. L'UGIB souhaite une meilleure représentation du personnel infirmier.

De plus, il convient, dans le cadre de cette loi axée sur la qualité, de tenir également compte des conséquences de cet exercice sur le plan de la responsabilité professionnelle. Or, ces conséquences ne sont pas prises en considération.

De hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 noodzaakt het kabinet om een aantal andere wetten en regelgevingen aan te passen die een belangrijke impact hebben op de uitoefening van het beroep van verpleegkundige. Bijvoorbeeld is er het creëren van een nieuw protocolakkoord, de functieclassificatie en de nieuwe salarisschalen hierbij, (IFIC-akkoord), het opzetten van ziekenhuisnetwerken, enz.

Het Protocolakkoord van 19 december 2017

De gecoördineerde wet van 10 mei 2015 onderwerpt de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen aan een strikte regelgeving. Ieder individu, niet-gezondheidszorgbeoefenaar, die een handeling stelt die behoort tot de gezondheidszorg kan beschouwd worden als iemand die de geneeskunde op een onwettige wijze uitoefent. Om te vermijden dat niet-gezondheidszorgbeoefenaars op een onwettige manier gezondheidszorgberoepen uitoefenen om toch te voldoen aan de behoeften van de zorgontvangers, hebben de federale overheid en de deelstaten in februari 2014 drie protocolakkoorden gesloten. Deze bleken moeilijk uitvoerbaar. Op 19 december 2017 hebben de bevoegde ministers, de federale minister van Volksgezondheid en haar collega's van de deelstaten, een nieuw protocolakkoord ondertekend inzake de samenwerking tussen personen uit de omgeving van de patiënt/cliënt en gezondheidszorgbeoefenaars. Volgens dit nieuwe protocol zouden de competenties van de gezondheidszorgbeoefenaars uitgezuiverd en herschikt moeten worden overeenkomstig het beginsel van de subsidiariteit.

De AUVB steunt het bestaan van een protocol. Het nieuwe protocolakkoord toont aan dat beoogd wordt om duidelijk de bevoegdheden te beschrijven waar iedere entiteit zich dient aan te houden. De AUVB dringt echter aan op de noodzakelijke omzichtigheid inzake de omzetting van het nieuwe protocolakkoord in de wetgeving, de definiëring van de gebruikte termen en het begrip/de interpretatie van deze termen door de (niet-)gezondheidszorgbeoefenaars. De AUVB en het verpleegkundige beroep vragen om vooruitgang te boeken om een solide en coherente basis te creëren voor het uitvoeren van de zorgverstrekkingen, en dit in het belang van de patiënten, de beroepsbeoefenaars en hun omgeving.

De AUVB benadrukt het enorme belang van een duidelijke en coherente omzetting van dit nieuwe protocol in de wetgeving. Ze vraagt dat de elementen vermeld in het advies van de AUVB in de praktijk worden gezet bij deze omzetting.

Meer bepaald is er volgens de AUVB een gebrek aan duidelijkheid op het vlak van de bevoegdheden van

La réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 contraint le cabinet à adapter un certain nombre de lois et de réglementations qui ont un impact important sur l'exercice du métier d'infirmier. Il s'agit notamment de l'élaboration d'un nouveau protocole d'accord, de la classification des fonctions et des nouvelles échelles salariales y afférentes (accord IFIC), de la mise en place de réseaux d'hôpitaux, etc.

Le protocole d'accord du 19 décembre 2017

La loi coordonnée du 10 mai 2015 soumet l'exercice des professions des soins de santé à une réglementation stricte. Tout individu, non prestataire de soins de santé, posant un acte relevant des soins de santé peut être considéré comme une personne exerçant la médecine de manière illégale. Afin d'éviter que des non-professionnels des soins de santé exercent illégalement des professions de la santé dans le but de rencontrer les besoins des bénéficiaires des soins, l'État fédéral et les entités fédérées ont signé, en février 2014, trois protocoles d'accord. Ces protocoles se sont toutefois révélés difficilement applicables. Le 19 décembre 2017, les ministres compétents, la ministre fédérale de la Santé publique et ses collègues des entités fédérées ont signé un nouveau protocole d'accord concernant la coopération entre les personnes issues de l'environnement du patient/client et les professionnels des soins de santé. Selon ce nouveau protocole, les compétences des professionnels des soins de santé doivent être revues et réaménagées conformément au principe de subsidiarité.

L'UGIB est favorable à un protocole. Le nouveau protocole d'accord traduit la volonté de définir clairement les compétences dévolues à chaque entité. L'UGIB appelle toutefois à faire preuve de la nécessaire prudence lorsqu'il s'agira de transposer le nouveau protocole d'accord dans la législation, de définir les termes utilisés et leur compréhension/interprétation par les (non-)praticiens de la santé. L'UGIB et les professionnels infirmiers réclament des avancées pour que l'on crée une base solide et cohérente pour exécuter des prestations des soins, et ce, dans l'intérêt des patients, des professionnels et de leur entourage.

L'UGIB insiste sur l'importance d'une transposition cohérente et claire du nouveau protocole dans la législation. Elle demande que les éléments figurant dans l'avis de l'UGIB soient concrétisés dans le cadre de cette transposition.

Plus particulièrement, l'UGIB dénonce un manque de clarté en ce qui concerne les compétences des

de niet-gezondheidszorgbeoefenaars, van het kwaliteitskader, van de verpleegkundige reflexiviteit, van de veiligheid van de zorgontvangers en -verleners, van de burgerlijke en beroepsaansprakelijkheid alsook van de erkenning en juridische bescherming.

De AUVB dringt aan op de erkenning van de intellectuele verstrekking/reflexiviteit uitgevoerd door de verpleegkundigen in het kader van dit protocol. Dit zal financieel gevaloriseerd moeten worden, op dezelfde wijze als de technische verstrekking, voor de verpleegkundige die een verstrekking deleert aan een niet-gezondheidszorgbeoefenaar.

De AUVB verwacht van de bevoegde instanties dat ze duidelijkheid scheppen inzake de burgerlijke en juridische aansprakelijkheid, de erkenning en de valorisatie van de intellectuele verpleegkundige handeling en een betere definitie van het kwaliteitskader.

Ten slotte moet bijzondere aandacht worden besteed aan het mogelijke misbruik dat zou kunnen voortvloeien uit een verkeerde interpretatie van dit protocolakkoord.

De AUVB herhaalt het belang van een kwalitatief kader dat duidelijk gedefinieerd is, niet voor interpretatie vatbaar is, correct vertaald is in de drie landstalen, op dezelfde wijze toepasbaar in het hele koninkrijk, dat afwijkingen vermindert en dat de gebruikers en de verschillende stakeholders bescherming verzekert.

Bovendien moet dit kader de samenwerkingsmodaliteiten tussen de gezondheidszorgbeoefenaars en de niet-gezondheidszorgbeoefenaars vastleggen en organiseren door een specifieke terminologie te gebruiken, met een lijst van deleerbare verstrekkingen, en met een duidelijke referentie inzake financiering en overleg. De koepelorganisatie pleit ervoor:

- om een onderscheid te maken tussen de mantelzorger (zorg) en de niet-gezondheidszorgbeoefenaar (die hulpverlening in het kader van dagelijkse handelingen);

- om deel te nemen aan een unieke werkgroep (op federaal niveau en op het niveau van de deelstaten) onder toezicht van de TCV die het kwaliteitskader en de lijst van technisch verpleegkundige verstrekkingen zal opstellen die aan niet-gezondheidszorgbeoefenaars mogen worden gedelegeerd;

- om, bij de validatie van de wijziging van de coördineerde wet, dit duidelijk te communiceren en uit te leggen aan de beoefenaars van de verpleegkunde, aan de niet-gezondheidszorgbeoefenaars en aan de

non-praticiens de la santé, le cadre qualitatif, la réflexivité infirmière, la sécurité des bénéficiaires et des dispensateurs de soins, la responsabilité civile et professionnelle, ainsi que la reconnaissance et la protection juridique.

L'UGIB souligne la nécessité de reconnaître la prestation intellectuelle/réflexivité accomplie par l'infirmier dans le cadre de ce protocole. Celle-ci devra être valorisée financièrement, au même titre que la prestation technique, pour l'infirmier qui délègue une prestation à un non-praticien de la santé.

L'UGIB attend des instances compétentes qu'elles clarifient la responsabilité civile et juridique, la reconnaissance et la valorisation de l'acte infirmier intellectuel et améliorent la définition du cadre qualitatif.

Enfin, l'UGIB demande que l'on soit particulièrement attentif aux abus qui pourraient découler d'une mauvaise interprétation de ce protocole d'accord.

L'UGIB répète l'importance de disposer d'un cadre qualitatif clairement défini, univoque, correctement traduit dans les trois langues nationales, applicable uniformément dans tout le royaume, évitant les dérogations et assurant une protection aux différentes parties prenantes.

Ce cadre doit de surcroît fixer et organiser les modalités de collaboration entre professionnels et non-professionnels des soins de santé en utilisant une terminologie spécifique, avec une liste de prestations pouvant être déléguées et une référence claire en matière de financement et de concertation. L'organisation faîtière préconise:

- d'établir une distinction entre l'aistant proche (soins) et le non-professionnel des soins de santé (qui apporte une aide dans le cadre des actes quotidiens);

- de participer à un groupe de travail unique (au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées) sous la supervision de la CTAI, qui établira le cadre qualitatif et la liste des prestations techniques des soins infirmiers qui peuvent être déléguées à des non-professionnels des soins de santé;

- en cas de validation de la modification de la loi coordonnée, de la communiquer clairement et de l'expliquer aux praticiens de l'art infirmier, aux non-professionnels des soins de santé et aux aidants proches,

mantelzorgers, en dit via alle communicatiemiddelen waarover de federale overheid en de deelstaten beschikken.

— om artikel 124 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 voor de omgeving van de patiënt te behouden, zoals het momenteel geschreven is.

Ziekenhuisnetwerken

De Belgische ziekenhuizen evolueren van op zichzelf staande entiteiten naar bredere zorgorganisaties die met elkaar netwerken. Op 28 april 2015 stelde de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een plan van aanpak voor aan het Parlement over de "Aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering". Hierbij schoof de minister de ontwikkeling van ziekenhuisnetwerken naar voor als hefboom voor een rationalisatie van het zorgaanbod.

De AUVB rekende erop dat de minister, in de uitwerking van deze ziekenhuisnetwerken, expliciete aandacht zou besteden aan de positie van het verpleegkundig beroep en aan de integratie van verpleegkundigen in de projectvoorstellingen.

Ondanks het feit dat de verpleegkundigen de grootste beroepsgroep binnen de ziekenhuissector vormen, krijgen ze echter volgens het voorontwerp van wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, geen inspraak in de organisatie van deze klinische ziekenhuisnetwerken. De AUVB vroeg dat deze ongelijkheid zou worden rechtgezet. Concreet vroeg de AUVB dat er een verplichting zou ingebouwd worden bij het opzetten van deze klinische ziekenhuisnetwerken om lokale verpleeggraden in het leven te roepen en een functie van "netwerkhoofdverpleegkundige" op te richten. De verpleegraad van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk en de netwerkhoofdverpleegkundige dienen dezelfde prerogatieven te kunnen uitoefenen als de medische raad van het netwerk en de hoofdarts van dit netwerk.

De minister laat echter weten dat ze dit niet wettelijk wil verankeren in het wetsontwerp, maar dat het tot de vrijheid van elk netwerk zou behoren om de werking van de samenwerkende ziekenhuizen nog meer op elkaar af te stemmen door bijvoorbeeld één verpleegkundig beleid te voeren.

Mevrouw Delphine Haulotte besluit de tussenkomst namens de AUVB met de volgende opmerkingen:

et ce, par le biais de tous les moyens de communication dont disposent l'autorité fédérale et les entités fédérées.

— de maintenir dans sa rédaction actuelle l'article 124 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 en ce qui concerne l'entourage du patient.

Réseaux hospitaliers

Au départ entités indépendantes, les hôpitaux belges évoluent vers des structures de soins plus larges organisées en réseaux. Le 28 avril 2015, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a proposé au Parlement un "Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux". La ministre y prônait le développement de réseaux hospitaliers en tant que levier de rationalisation de l'offre de soins.

L'UGIB espérait que, dans le cadre de la mise en place des réseaux hospitaliers, la ministre accorderait une attention toute particulière à la position de la profession d'infirmier et à l'association des infirmiers aux propositions de projet.

Bien que les infirmiers constituent le groupe professionnel le plus important dans le secteur hospitalier, ceux-ci n'ont toutefois pas voix au chapitre dans l'organisation des réseaux hospitaliers cliniques aux termes de l'avant-projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements des soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux. L'UGIB demandait la suppression de cette inégalité. Concrètement, l'UGIB demandait de prévoir, dans le cadre de la mise en place de ces réseaux hospitaliers cliniques, une obligation de créer des conseils infirmiers locaux ainsi que la fonction d'"infirmier en chef du réseau". Les conseils infirmiers des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et les infirmiers en chef des réseaux devraient pouvoir exercer les mêmes prérogatives que les conseils médicaux des réseaux et les médecins en chef des réseaux.

Cependant, la ministre fait savoir qu'elle ne souhaite pas inscrire cette obligation dans l'avant-projet de loi, mais que chaque réseau serait libre d'harmoniser encore davantage le fonctionnement des hôpitaux qui collaborent en instaurant, par exemple, une politique infirmière unique.

Mme Delphine Haulotte conclut l'intervention au nom de l'UGIB en formulant les observations suivantes:

De IFIC-functieclassificatie

Met betrekking tot het IFIC-functieclassificatiemodel en de nieuwe salarisschaal voor het beroep van verpleegkundige, is de AUVB eind mei 2018 uitgenodigd op het kabinet van de minister. Tijdens dit overleg werd aan de AUVB antwoord gegeven op verschillende vragen. Tevens werd meegedeeld dat de beroepsorganisaties eigenlijk geen inspraak hebben in deze onderhandelingen tussen de sociale partners.

De AUVB is echter door verschillende actoren benaderd over deze classificatie. De AUVB vreest op langere termijn voor een negatieve impact op de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Ook al kan het principe van de IFIC functieclassificatie gevuld en gewaardeerd worden, toch wenst de koepelorganisatie volgende opmerkingen te formuleren:

— De methodologie is onduidelijk. Het betreft een momentopname van de taken van de verpleegkundige zonder een toekomstvisie.

— De herschaling is gebaseerd op de functies waardoor de behaalde diploma's en gevuld opleidingen onvoldoende gevaloriseerd worden.

— Door het invoeren van de IFIC-functieclassificatie wordt de basisopleiding niet langer gehonoreerd en evenmin de voortgezette opleiding en de specialisaties. Dit vormt een risico voor het voortbestaan van de betrokken afdelingen in de opleidingsinstellingen en dit heeft op middellange termijn tot gevolg dat de ziekenhuizen niet meer aan de normen beantwoorden. Klinisch reflecteren – specialisaties – verpleegkundige diagnose – verantwoordelijkheid – enz. worden niet in rekening gebracht.

— De IFIC-functieclassificatie vormt ook een hinderpaal voor de mobiliteit van de verpleegkundigen in eenzelfde instelling, of het nu op verzoek van de belanghebbende is, dan wel op verzoek van de werkgever. Het brengt dus de polyvalentie in het gedrang en de verschuivingen omwille van gezondheidsredenen of herschikkingen ingevolge het einde van de loopbaan.

— De inschaling dreigt afbreuk te doen aan het attractiviteitsplan voor verpleegkundigen.

La classification de fonctions IFIC

En ce qui concerne le modèle de classification de fonctions IFIC et la nouvelle échelle salariale pour la profession d'infirmier, l'UGIB a été invitée au cabinet de la ministre à la fin du mois de mai 2018. Lors de cette concertation, l'UGIB a obtenu des réponses à plusieurs questions. Il a également été indiqué que les organisations professionnelles n'auraient en réalité pas voix au chapitre dans ces négociations entre les partenaires sociaux.

L'UGIB a toutefois été approchée par plusieurs acteurs au sujet de cette classification. À plus long terme, l'UGIB redoute un impact négatif sur la qualité des soins de santé.

Même si le principe de la classification de fonctions IFIC peut être suivi et apprécié, l'organisation faîtière souhaite néanmoins formuler les observations suivantes:

— La méthodologie manque de clarté. Il s'agit d'un instantané des tâches de l'infirmier, dépourvu de vision d'avenir;

— Le changement d'échelle se base sur les fonctions, si bien que les diplômes obtenus et les formations suivies ne sont pas suffisamment valorisés;

— En raison de l'instauration de la classification de fonctions IFIC, la formation de base n'est plus honorée, pas plus que la formation continue ni les spécialisations. Cette dévalorisation compromet la pérennité des sections concernées dans les instituts de formation et a pour conséquence, à moyen terme, que les hôpitaux ne satisferont plus aux normes. La réflexion clinique, les spécialisations, le diagnostic infirmier, la responsabilité, etc. ne sont pas pris en compte;

— La classification de fonctions IFIC entrave par ailleurs la mobilité des infirmiers au sein d'un même établissement, que ce soit à la demande de l'intéressé ou de l'employeur. Elle met donc en cause la polyvalence et les réorientations pour raison de santé ou pour des aménagements de fin de carrière;

— Le classement menace de saper le plan d'attractivité pour les infirmiers.

De AUVB verzoekt om een herziening van de classificatie, waarbij ze voorstelt om rekening te houden met het classificatiemodel dat door de verpleegkundige beroepsgroepen werd voorgesteld alsook met de opleiding.

3. Uiteenzetting van de heer Damien Nottebaert, Coupole des Infirmiers Francophones Indépendants

In Franstalig België heeft 70 % van de thuisverpleegkundigen het zelfstandigenstatuut. De thuisverpleging is in volle ontwikkeling en wordt zowel op technisch als op administratief vlak complexer. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat een gepaste opleiding een grote weerslag heeft op de goede praktijken en op het sterftecijfer. Het is daarom van essentieel belang dat de vaardigheden van de beoefenaars van de verpleegkunde afgestemd zijn op de veranderende noden van de thuiszorg.

Daarom moedigt de *Coupole des Infirmiers Francophones Indépendants* (CIFI) in de eerste plaats aan om in team te werken en de activiteiten te groeperen. Zo kan men niet alleen een patiëntenbestand en de dossiers delen, maar ook een beroep doen op de ervaring en de analyse van elk lid van de groep en aldus de thuiszorg optimaliseren. Een dergelijke praktijk is onmisbaar voor de follow-up van patiënten die complexe zorg nodig hebben en vormt ook een uitstekende werkomgeving voor verpleegkundigen in bijberoep. Die zouden verplicht moeten worden om zich aan te sluiten bij een team of een ander samenwerkingsverband en om een "startersopleiding" te volgen.

De CIFI is bovendien voorstander van een verplichte permanente vorming van een bepaald aantal uren en met een welomlijnd programma. Het volgen van die opleiding zou worden beloond aan de hand van een gradatiet- en referentiesysteem van vaardigheden en met een financiële aanmoediging. De permanente vorming kost de zorgverstrekker immers tijd en geld. De CIFI stelt voor dat die permanente vorming wordt beheerd en georganiseerd door federale en gewestelijke beroepsorganisaties. De accreditering zou gebeuren door één of meer onafhankelijke instanties. Het verplichte lidmaatschap van een beroepsorganisatie zou bijdragen aan de uitwerking van een beroepskadaster en aan de evolutie daarvan via de permanente vorming, die immers een voorwaarde zou zijn voor de toekenning van de beroepsvergunning.

De CIFI is ook van oordeel dat de verhoging van de honoraria voor basiszorg, voor zware en complexe zorg en voor thuisverpleging onvermijdelijk is. De nomenclatuur is niet afgestemd op de evolutie van de zorgverschrijfingen en de technieken. De CIFI wil daarom dat

L'UGIB demande une révision de la classification, et suggère de tenir compte du modèle de classification proposé par les professions infirmières et de la formation.

3. Exposé de M. Damien Nottebaert, Coupole des Infirmiers Francophones Indépendants

Dans la partie francophone du pays, 70 % des infirmiers à domicile exercent sous statut d'indépendant. Les soins infirmiers à domicile sont en plein développement et se complexifient aussi bien au niveau technique qu'administratif. La littérature scientifique démontre qu'une formation adaptée a une forte incidence sur les bonnes pratiques et le taux de mortalité. Il est donc essentiel que les praticiens de l'art infirmier aient un niveau de compétences adapté aux besoins de l'évolution des suivis à domicile.

Pour ce faire, la Coupole des Infirmiers Francophones Indépendants (CIFI) encourage tout d'abord une pratique d'équipe et de groupement qui permet non seulement le partage d'une patientèle et des dossiers, mais aussi de bénéficier de l'expérience et de l'analyse de chacun au sein du groupe et d'ainsi optimiser les prises en soins à domicile. Ce type de pratique est indispensable lorsqu'il s'agit du suivi de patients nécessitant une prise en soins complexe. Il constitue aussi un excellent environnement pour les infirmiers à titre complémentaire. Ces derniers devraient être obligés de rejoindre une équipe ou un groupement et de suivre une formation "starter".

La CIFI préconise en outre une formation continue obligatoire, avec un nombre d'heure déterminé et un programme précis. Le suivi en serait valorisé par un système de gradation des compétences et de référencement ainsi qu'un incitatif financier. En effet, la formation continue impose au prestataire de libérer du temps et d'y consacrer des moyens financiers. La CIFI propose que cette formation continue soit gérée et organisée par des organismes fédéraux et régionaux de représentation professionnelle. L'accréditation le serait par un ou plusieurs organismes indépendants. L'affiliation obligatoire auprès d'un organisme de représentation professionnelle contribuerait à l'élaboration d'un cadastre de la profession ainsi qu'à l'évolution de celui-ci au travers de la formation continue, le permis d'exercer étant lié à celle-ci.

La CIFI estime également que la révision à la hausse des honoraires des soins de base, des prises en soins lourdes ou complexes ainsi que des hospitalisations à domicile est incontournable. La nomenclature n'est plus en phase avec l'évolution des prises en soins et

de nomenclatuur wordt herzien en dat er tegelijk een herwaardering komt van de geplafonneerde zorg, de forfaits en de zorg buiten nomenclatuur.

Om iets te doen aan het gebrek aan beschikbare artsen – een gevolg van een tekort in bepaalde regio's – pleit de CIFI ervoor om de beoefenaars van de thuisverpleegkunde meer autonomie te geven en om dus ook de lijst met toevertrouwde of autonome handelingen te actualiseren.

Met het oog op de zorgcontinuïteit is ook een efficiëntere samenwerking binnen de eerstelijnszorg nodig. Wat dat betreft, stelt de spreker vaak vast dat het medisch korps onvoldoende vertrouwd is met de nomenclatuur van de verpleegkundige zorg en met de administratieve en wettelijke verplichtingen van de verpleegkundigen (bijvoorbeeld het voorschrijven volgens de regels, het kennen en naleven van de Katz-schaal). De CIFI pleit daarom voor inter- en multidisciplinaire permanente opleidingen en voor de uitwerking van een gemeenschappelijke gedragslijn met het oog op meer comfort en een grotere autonomie voor de patiënt.

De zorgcontinuïteit vergt ook een betere samenwerking met het ziekenhuismilieu. De CIFI doet in dat verband de volgende aanbevelingen: het aanwijzen van een coördinator voor de terugkeer naar huis, de centralisatie en registratie door de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging van de dossiers in verband met de terugkeer naar huis, de aanwezigheid van mensen uit de thuiszorg bij het overleg in het ziekenhuis en ten slotte het communiceren van de verslagen over de terugkeer naar huis en over de thuisopvolging via het gedeeld dossier.

De CIFI beveelt aan om informatie te delen via beveiligde informaticamiddelen en om gemeenschappelijke software te gebruiken die rekening houdt met de vereisten van het RIZIV. Voorts pleit de CIFI ervoor om bovenop de informaticapremie een extra premie toe te kennen aan de zorgverstrekkers die meewerken aan het gedeeld dossier. De CIFI is voorstander van de ontwikkeling van de e-gezondheid, maar is van mening dat thuisverpleegkundigen te vaak nadelen ondervinden van gebrekkige software die slechts met vallen en opstaan evolueert. Daarom verzoekt de CIFI om een nauwer toezicht op de erkennings van de software.

De CIFI benadrukt dat de vrijheid van de patiënt om een beroep te doen op een thuisverpleegkundige naar keuze een gouden regel moet blijven. De organisatie stelt immers vast dat die vrije keuze sinds enig tijd niet voeten wordt getreden, wat heel vaak ten koste gaat van de thuisverpleegkundigen met een zelfstandigenstatuut.

des techniques. La CIFI souhaite dès lors une révision de la nomenclature, accompagnée d'une revalorisation des soins plafonnés, des forfaits et des soins hors nomenclature.

Pour faire face au manque de disponibilité des médecins, lié notamment à la pénurie dans certaines régions, la CIFI plaide pour l'octroi de davantage d'autonomie aux praticiens de l'art infirmier à domicile et dès lors une réactualisation des listes d'actes confiés ou autonomes.

La continuité des soins passe aussi par une collaboration plus efficace au sein de la première ligne de soins. À cet égard, l'orateur constate souvent une méconnaissance, de la part du corps médical, de la nomenclature des soins infirmiers et des obligations administratives et légales des infirmiers (ex.: prescriptions en bonne et due forme, respect et connaissance de l'échelle de Katz). La CIFI plaide dès lors pour des formations continues inter- et multidisciplinaires et pour l'élaboration d'une ligne de conduite commune, visant à un meilleur confort et à une plus grande autonomie du patient.

La continuité des soins suppose également une meilleure collaboration avec le milieu hospitalier. A cet égard, la CIFI recommande la désignation d'un coordinateur de retour à domicile, la centralisation et l'enregistrement des retours à domicile par les services intégrés de soins à domicile, la présence des acteurs des soins à domicile lors de la concertation en milieu hospitalier ainsi qu'une communication des rapports de sortie et des rapports de suivi au domicile par le biais du dossier partagé.

La CIFI promeut le partage d'informations au moyen d'outils informatiques sécurisés, l'utilisation de logiciels communs dans lesquels les exigences de l'INAMI trouveraient leur place, l'octroi d'une prime complémentaire à la prime informatique aux prestataires qui s'impliquent dans ce dossier partagé. La CIFI est favorable au développement de l'e-santé, mais estime que les infirmiers à domicile font trop souvent les frais de logiciels immatures et qui n'évoluent que par essais et erreurs. Elle réclame dès lors une surveillance plus étroite de l'agrément des logiciels.

La CIFI souligne que le libre choix, par le patient, des prestataires de soins à domicile doit rester une règle d'or. Elle constate en effet, que, depuis un certain temps, ce libre choix est bafoué, très souvent au détriment des infirmiers à domicile sous statut d'indépendant. Le choix du prestataire de soins à domicile à la sortie

De keuze van de thuisverpleegkundige na de terugkeer uit het ziekenhuis wordt steeds vaker beïnvloed door het ziekenhuispersoneel dat zelf ook thuiszorg verstrekt in bijberoep. Men deinst er zelfs niet voor terug de patiënt weg te halen bij de thuisverpleger die hem voordien opvolgde. Door de onzekere toekomst van de ziekenhuisstructuren, de verkorting van de opname in het ziekenhuis en de geplande schrapping van duizenden bedden, lijken de ziekenhuizen hun eigen verpleegkundig personeel steeds vaker in te zetten voor de extra-murale zorg van patiënten van wie het ziekenhuisverblijf naar zijn einde loopt.

De spreker klaagt ook het feit aan dat structuren met een uitsluitend financieel oogmerk steeds meer greep krijgen op de sector van de thuiszorg, wat ten koste gaat van zowel de kwaliteit van de zorg als van de menselijke behandeling op maat van de patiënt. De heersende onduidelijkheid over de inning van het remgeld blijft ook een belangrijke factor van de concurrentie.

De CIFL maakt zich ook zorgen over het feit dat bepaalde zorgverstrekkingen van de thuiszorg verschuiven naar de sector van de thuishulp, zowel wat het volume van zorgverstrekkingen als de daaraan verbonden verantwoordelijkheden betreft. De heer Nottebaert waarschuwt voor het gevaar van het delegeren van geneeskundige en verpleegkundige verstrekkingen naar mensen die weliswaar werken met patiënten, maar die daartoe niet de nodige kwalificaties hebben, ook al gebeurt dat binnen een kwaliteitsvol raamwerk. De spreker dringt erop aan dat een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen thuishulp en thuiszorg. Bij gebrek aan aangepaste hulp ziet de thuisverpleegkundige zich al te vaak genoodzaakt tot het verrichten van huishoudelijke en logistieke taken. Die aangepaste hulp moet daarom integraal deel uitmaken van de coördinatie.

De rondetafelgesprekken in 2016 hadden bij de CIFL de hoop gewekt dat er een Orde der verpleegkundigen zou worden opgericht die tot taak zou hebben toe te zien op de naleving van de Deontologische code voor verpleegkundigen en aldus te voorkomen dat er oneerlijke concurrentie zou ontstaan ten koste van de patiënt, de volksgezondheid en de sociale zekerheid. Het verontrust de sector dat op dat punt niets is veranderd, dat er een budgettaire vermindering zit aan te komen en dat we een jaar tegemoet gaan waarin geen nieuwe lichting afgestudeerde op de arbeidsmarkt komt omdat de bachelorstudie werd opgetrokken van drie naar vier jaar. Zal er nog plaats zijn voor de kleine structuren? Hoe is de overheid van plan de oprichting van groepspraktijken

de l'hôpital est de plus en plus souvent influencé par le personnel hospitalier qui pratique lui-même de soins à domicile à titre complémentaire, quitte à détourner le patient de l'infirmier à domicile qui le suivait auparavant. En outre, le questionnement sur l'avenir des structures hospitalières, avec le raccourcissement des hospitalisations et la suppression envisagée de milliers de lits, semblent amener les hôpitaux à charger leur propre personnel infirmier des soins extra-muros des patients en fin d'hospitalisation.

L'orateur dénonce aussi la mainmise croissante de structures à objectifs exclusivement financiers sur le secteur des soins à domicile, et ce, au détriment tant de la qualité des soins que de l'approche humaine et personnalisée des patients. Le flou régnant à propos de la perception du ticket modérateur demeure aussi un énorme facteur de concurrence.

La CIFL s'inquiète aussi du glissement de certains soins du secteur des soins à domicile vers le secteur de l'aide à domicile, tant au niveau du volume des soins que cela représente que des responsabilités qui y sont liées. M. Nottebaert met en garde contre le danger de délégation de prestations médicales et infirmières à des personnes non qualifiées s'occupant des patients, même si un cadre de qualité est prévu. Il insiste pour que l'aide soit différenciée du soin. Trop souvent, l'infirmier à domicile se voit dans l'obligation d'effectuer des tâches domestiques et logistiques, faute d'aide adaptée. Cette dernière doit dès lors faire partie intégrante de la coordination.

Suite aux tables rondes organisées en 2016, la CIFL espérait l'émergence d'un Ordre infirmier qui aurait été chargé de faire respecter le Code de déontologie et d'éviter ainsi une concurrence déloyale qui s'établirait au détriment du patient, de la santé publique et de la sécurité sociale. L'absence d'évolution sur ce point, la perspective d'une réduction budgétaire et, suite au passage de la filière de bachelier de 3 à 4 ans, d'une année sans sortie de diplômés, inquiètent le secteur. Les petites structures trouveront-elles encore une place? Comment les autorités vont-elles encourager la création de groupements, seuls capables de combiner la continuité des soins avec une prise en charge personnalisée du patient? La CIFL souhaite que les praticiens

te stimuleren? Het zijn immers alleen de groepspraktijken die zorgcontinuïteit kunnen combineren met een gepersonaliseerde behandeling van de patiënt. De CIF wil dat de beoefenaars van de thuisverpleegkunde beter worden erkend en meer waardering krijgen voor wat ze elke dag verwezenlijken.

4. Uiteenzetting van de heer Lucien Speeckaert, Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen

De heer Lucien Speeckaert wijst op de onzekere periode, waarin zijn beroepssector zich bevindt en hij hoopt dat de stem van de Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV) wordt gehoord.

Het attractiviteitplan voor het verpleegkundig beroep werd destijds na onderhandelingen en via duurzaam overleg met de verpleegkundige sector en middenvelddorganisaties door de toenmalige Federaal minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, Laurette Onkelinx op 22 juni 2010 ondertekend. Het werd binnen de sector positief onthaald. Na een jarenlange strijd voor en door verpleegkundigen werden immers eindelijk incentives en beslissingen genomen om het verpleegkundig beroep te stimuleren. Dit attractiviteitplan heeft nog steeds het opzet om het beroep van verpleegkunde en de verpleegkundige zorg te promoten. Het attractiviteitplan is evenwel niet overal even perfect en vergt aanpassingen.

Thuisverpleegkundigen (diensten thuisverpleging) en woonzorgcentra hebben het lastig om kandidaten te vinden. Allebei rekruteren ze verpleegkundigen. Ziekenhuizen vragen vooral bachelors. In de thuisverpleging treft men nog meer dan 50 % HBO5 verpleegkundigen aan. De arbeidsreserve van verpleegkundigen is zeer klein. Er zijn weinig werkzoekenden en de verpleegkundigen, die bewust kiezen voor deeltijds werk, houden vast aan die keuze. Bovendien verhoogt de vergrijzing de vraag naar zorg en veel werknemers gaan binnenkort met pensioen. De arbeidsomstandigheden zoals de hoge fysieke en psychische arbeidsbelasting, het eventuele weekend- en avondwerk en de onregelmatige uurroosters zijn een andere oorzaak voor het knelpunt.

Men merkt ook dat (te) veel verpleegkundigen de job vroegtijdig verlaten en kiezen voor een andere loopbaan. De draagkracht wordt door heel veel factoren ondermijnd, een fenomeen waar onvoldoende wordt bij stilgestaan.

Naast een onvoldoende instroom constateert VBZV een aanzienlijke vroegtijdige uitstroom!

de l'art infirmier à domicile soient davantage reconnus et valorisés pour ce qu'ils accomplissent au quotidien.

4. Exposé de M. Lucien Speeckaert, Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen

M. Lucien Speeckaert indique que son secteur professionnel traverse une période d'incertitude et espère que la voix de la Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV) sera entendue.

Le plan d'attractivité de la profession infirmière a été signé le 22 juin 2010 par Laurette Onkelinx, alors ministre fédérale de la Santé publique et des Affaires sociales, au terme de négociations et d'une concertation durable avec le secteur infirmier et des organisations de la société civile. Ce plan a été accueilli positivement par le secteur. Après plusieurs années de lutte, les infirmiers se voyaient enfin récompensés par des incitants et des décisions visant à stimuler le métier d'infirmier. Ce plan d'attractivité a encore toujours pour vocation de promouvoir la profession et les soins infirmiers. Il reste néanmoins perfectible à certains égards et nécessite des adaptations.

Les infirmiers à domicile (soins infirmiers à domicile) et les maisons de repos et de soins ont du mal à trouver des candidats. Tous deux recrutent des infirmiers. Les hôpitaux recherchent surtout des bacheliers. Dans le secteur des soins à domicile, ils sont encore plus de 50 % à être porteurs d'un HBO5. La réserve de main-d'œuvre infirmière est extrêmement réduite. Il y a peu de demandeurs d'emploi et les infirmiers qui choisissent délibérément le temps partiel n'y renoncent pas. En outre, le vieillissement de la population accroît la demande de soins et de nombreux travailleurs partiront à la retraite sous peu. Et les conditions de travail, comme la charge de travail physique et psychique élevée, les heures éventuellement prestées le week-end et le soir et les horaires irréguliers n'arrangent rien.

On note également que les infirmiers qui quittent la profession prématûrement et choisissent une autre carrière sont (trop) nombreux. Une multitude de facteurs sapent la motivation. Il s'agit d'un phénomène auquel on ne s'intéresse pas suffisamment.

En plus d'un flux entrant insuffisant, la VBZV constate un flux sortant prématré considérable!

Internationale en nationale wetgeving hebben een sterke impact op de uitoefening van de verpleegkunde.

Overheden willen via wetgeving de positie van de zorgvrager versterken en de kwaliteit van zorg verbeteren.

Op de startconferentie van 28 september 2016 werden de uitgangspunten tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015, voorgesteld. De drie pijlers, competente zorgverleners, multidisciplinaire samenwerking en de patiënt centraal, zijn de basisvoorraarden voor een kwalitatieve en veilige zorgverlening.

Ook binnen de Gemeenschappen zijn er meer en meer initiatieven die focussen op preventie, eerstelijnsgezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg.

Waar er vroeger sprake was van een hiërarchisch model, evolueert het zorgmodel naar een interdisciplinair zorgmodel, waarbij de zorgvrager centraal staat (margriet model).

Verpleegkundigen hebben een essentiële rol in de hedendaagse interdisciplinaire zorgbenadering. In de gezondheidszorg hoort geen concurrentie thuis, maar wel een evenwichtige samenwerking tussen zorgversprekkers op basis van complementariteit, evenwaardigheid, wederzijdse erkenning en hedendaagse wetenschappelijke inzichten.

Mede door deze wijzigingen, alsook de aandacht voor de Richtlijn 2013/55/EU, is een vernieuwd beroepsprofiel ontwikkeld voor de verpleegkunde, gebaseerd op de acht competenties uit de Europese richtlijn.

Dit profiel werd goedgekeurd door de FRV.

Beperkingen van budgetten, vermindering van ligduur in ziekenhuizen en de toename van zorgvragers met – onder andere – chronische aandoeningen, veroorzaken ingrijpende wijzigingen in de wijze waarop de zorg georganiseerd wordt.

Er is een verschuiving van intramurale zorg naar trans- en extramurale zorg. De financiering en de zorg hiervoor moet zich aan deze transitie aanpassen. De sterke ontwikkeling van eerstelijnsgezondheidszorg is hierbij een tekenend voorbeeld. Voor verpleegkundigen is er een belangrijke rol weggelegd om samen met patiënt/mantelzorger de zorg te organiseren binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Les législations internationale et nationale ont un impact considérable sur l'exercice de l'art infirmier.

Les autorités veulent renforcer la position du demandeur de soins et améliorer la qualité des soins par le biais de la législation.

Les premiers concepts bruts motivant la modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 ont été présentés lors de la conférence inaugurale du 28 septembre 2016. Les trois piliers, à savoir des prestataires de soins compétents, une collaboration multidisciplinaire et le patient au centre des préoccupations, sont les conditions fondamentales pour des soins de santé de qualité et sûrs.

Au sein des Communautés également, de plus en plus d'initiatives sont axées sur la prévention, les soins de santé de première ligne, les soins de santé mentale et les soins aux personnes âgées.

Là où autrefois il était question d'un modèle hiérarchique, le modèle de soins évolue vers un modèle interdisciplinaire qui s'articule autour du demandeur de soins (modèle en marguerite).

Les infirmiers jouent un rôle essentiel dans l'approche actuelle des soins basée sur l'interdisciplinarité. La concurrence n'a pas sa place dans les soins de santé, mais bien une collaboration équilibrée entre prestataires de soins sur la base de la complémentarité, de l'équivalence, de la reconnaissance réciproque et des acquis scientifiques actuels.

En raison de ces modifications, et compte tenu de la Directive 2013/55/UE notamment, un profil professionnel rénové a été élaboré pour l'art infirmier sur la base des huit compétences figurant dans la directive européenne.

Ce profil a été approuvé par le CFAI.

Les restrictions budgétaires, la réduction de la durée d'alimentation dans les hôpitaux et l'augmentation du nombre de patients – notamment – chroniques entraînent de profondes modifications dans la manière dont les soins sont organisés.

On assiste à un glissement des soins intramuraux vers les soins transmuraux et extramuraux. Le financement et les soins eux-mêmes doivent s'adapter à cette transition. Le développement considérable des soins de santé de première ligne est un exemple significatif de cette évolution. Les infirmiers ont un rôle important à jouer sur le plan de l'organisation, avec le patient et/ou l'aïdant proche, des soins de santé de première ligne.

Het verlenen van verpleegkundige zorg is de kern van de beroepsuitoefening. Binnen het zorgconcept staat de patiënt/zorgvrager steeds centraal en zijn zij een actieve partner in het interdisciplinair team. Bij het verlenen van die zorg richt de verpleegkundige zich op de totale beleveningswereld van de patiënt/zorgvrager en vertrekt hierbij vanuit een holistische visie. De focus ligt primair bij het ondersteunen en bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt/zorgvrager.

Het Beroeps- en competentieprofiel Verpleegkundige (goedgekeurd door de FRV op 1 april 2015) heeft de ambitie om de huidige beroepsuitoefening mee te laten evolueren volgens de te verwachte ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Het profiel maakt een generalistische opleiding nodig die de basis legt voor de verschillende rollen en taken, alsook verantwoordelijkheden, die een verpleegkundige zal kunnen opnemen.

De Richtlijn 2013/55/EU heeft duidelijk 8 competenties vastgelegd over welke competenties de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, moet beschikken. Verpleegkundige zorg wordt verleend in een interdisciplinair netwerk van zorgverleners waarin duidelijke beroepsprofielen en vereiste competentieniveau's zijn bepaald. Verpleegkundigen werken in relatie met andere zorgverleners als evenwaardige partner binnen hun toegewezen verantwoordelijkheden en met respect voor elke zorgverlener. De verpleegkundige handelt vanuit een autonome positie en verantwoordelijkheid. De verpleegkundige bekleedt een vertrouwenspositie van waaruit deze verantwoordelijkheid kan worden opgenomen. De sleutelcompetentie voor de toekomstige verpleegkundige is samenwerken. De verpleegkundige is een teamspeler!

Verpleegkundige zorg gebeurt in een zorgomgeving waar aandacht is voor werkbaar en wendbaar werken, waarin medewerkers ondersteund worden tot autonome professionele zorgverleners. De zorgorganisatie streeft naar een verstandige mix van zorgverleners met verschillende opleidingsniveaus, naar heldere functiedifferentiatie en taakverschikkingen. Zorgverleners worden efficiënter ingezet: juiste talenten bij de juiste zorgvraag en op de juiste plaats in het zorgproces.

Er is ook behoefte aan een systematische aanpak van loopbaanontwikkeling van verpleegkundigen. Hiervoor moet er enerzijds een aantrekkelijke klinische ladder aanwezig zijn, met een duidelijk financieel, een juridisch en een accreditatiekader, alsook een

L'administration des soins infirmiers est au cœur de l'exercice de la profession. Le patient/demandeur de soins occupe toujours une place centrale dans le concept des soins et est un partenaire actif de l'équipe disciplinaire. Pour l'administration des soins dont il a la charge, l'infirmier prend en considération l'ensemble du vécu du patient/demandeur de soins dans le cadre d'une vision holistique. La priorité est d'aider le patient à se prendre lui-même en charge et à renforcer cette autonomie.

Le profil professionnel et de compétences de l'infirmier (approuvé le 1^{er} avril 2015 par le CFAI) a pour ambition de faire évoluer l'exercice de l'art infirmier tel qu'il se pratique actuellement en fonction des évolutions prévues en matière de soins de santé.

Ce profil impose une formation généraliste qui constitue le socle sur lequel reposent les différents rôles, tâches et responsabilités qu'un infirmier pourra assumer.

La Directive 2013/55/UE a clairement identifié 8 compétences dont l'infirmier responsable de soins généraux doit disposer. Les soins infirmiers sont administrés dans le cadre d'un réseau interdisciplinaire de prestataires de soins au sein duquel il existe des profils professionnels et des niveaux de compétence requis clairement définis. Les membres du personnel infirmier travaillent aux côtés d'autres prestataires de soins en tant que partenaires de même valeur, dans les limites des responsabilités qui leur sont confiées et dans le respect de l'ensemble des prestataires. L'infirmier agit de manière responsable et autonome. Il occupe une position de confiance lui permettant d'assumer cette responsabilité. La compétence-clé de l'infirmier de demain, c'est son aptitude à coopérer. L'infirmier est un équipier!

Les soins infirmiers sont dispensés dans un environnement de soins où le travail faisable et maniable retient l'attention et les collaborateurs sont aidés afin de devenir des prestataires de soins professionnels et autonomes. L'organisation des soins vise à obtenir un mélange judicieux de prestataires de soins de différents niveaux de formation, une différenciation claire des fonctions et un réaménagement des tâches. Les prestataires de soins sont engagés de manière plus efficace: les talents adéquats pour la demande de soins adéquate et à l'endroit adéquat dans le processus de soins.

Il est également nécessaire d'appliquer une approche systématique du développement de la carrière des infirmiers. Cela nécessite, d'une part, la présence d'une échelle clinique attrayante, avec un cadre financier, juridique et d'accréditation clair et, d'autre part, un régime

eindeloopbaanregeling. Dit versterkt de attractiviteit van het verpleegkundig beroep.

België heeft nu één niveau (bachelor) van verpleegkundige verantwoordelijk voor de algemene zorgen, die voldoet aan de Richtlijn 2013/55/EU.

Deze verpleegkundige heeft nood aan een professionele hulp.

De verpleegkundige zorg wordt steeds complexer en we stellen overal een intensivering vast van de zorgen. De ziekenhuizen richten zich meer op acute pathologie in een kortere verblijfsduur. Daardoor verschuiven acute postoperatieve zorgen naar de eerstelijnszorg. De thuisverpleging ziet reeds een sterke ontwikkeling van de technische verstrekkingen en in de residentiële bejaardenzorg leiden vergrijzing en geriatrische multipathologie eveneens tot uitgebreide technische handelingen. Door de steeds complexere zorgen is het huidige niveau van de zorgkundige niet toereikend om in de toekomst professionele hulp te bieden aan de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg. De TCV sloot zich aan bij het advies van de FRV d.d. 6 februari 2018, dat in de toekomst professionele hulp voorziet van een hoger niveau dan de actuele zorgkundige.

De verpleegkundige blijft verantwoordelijk en moet de algemene zorgen zelf uitvoeren, maar moet basiszorgen kunnen toevertrouwen aan een "professionele assistent" die ze autonoom uitvoert, en die de verpleegkundige ook kan bijstaan bij de meer complexe zorg. Uitbreiding van bevoegdheden vereist als eerste voorwaarde een adequate aanpassing van de opleiding. Het functioneringsniveau van de huidige zorgkundige is onvoldoende voor deze nieuwe functie en moet verhoogd worden. De vereiste competenties moeten gewaarborgd worden door een substantiële verhoging van de opleiding. De federale overheid moet hiervoor minimumcriteria bepalen en de opleiding moet door de Gemeenschappen geconcretiseerd en gerealiseerd worden.

Uiteraard behouden de huidige zorgkundigen hun bevoegdheden en verworven rechten. We hebben niet de intentie een definitieve naam of statuut voor deze functie te willen voorstellen ("zorgkundige plus", zorgassistent, *health care* assistent, verpleeg/ziekenhuisassistent, enzovoort), maar er moet een voldoende duidelijk onderscheid zijn met de actuele zorgkundige enerzijds en de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg anderzijds.

de fin de carrière. L'attrait de la profession infirmière s'en trouvera renforcé.

La Belgique dispose actuellement d'un seul niveau (bachelier) d'infirmier responsable de soins généraux, qui répond à la Directive 2013/55/UE.

Cet infirmier a besoin d'une aide professionnelle.

Les soins infirmiers deviennent de plus en plus complexes et nous constatons partout une intensification des soins. Les hôpitaux se concentrent davantage sur la pathologie aiguë et une durée de séjour plus courte. Aussi les soins post-opératoires aigus se déplacent-ils vers les soins de première ligne. Au niveau des soins infirmiers à domicile, on constate déjà un net développement des prestations techniques et, au niveau des soins résidentiels aux personnes âgées, le vieillissement de la population et la multipathologie gériatrique induisent également des actes techniques étendus. Du fait de la complexification croissante des soins, le niveau actuel des aides-soignants ne suffira pas pour fournir à l'avenir une aide professionnelle à l'infirmier responsable de soins généraux. Le CTAI a accepté l'avis du CFAI du 6 février 2018, qui prévoit à l'avenir une aide professionnelle d'un niveau supérieur à celui de l'aide-soignant actuel.

L'infirmier reste responsable et doit effectuer lui-même les soins généraux, mais doit pouvoir confier les soins de base à un "assistant professionnel" qui les effectue de manière autonome et qui peut également assister l'infirmier dans des soins plus complexes. L'extension des compétences passe en tout premier lieu par une adaptation adéquate de la formation. Le niveau de fonctionnement actuel de l'aide-soignant est insuffisant pour cette nouvelle fonction et doit être relevé. Les compétences requises doivent être garanties par un relèvement substantiel de la formation. Les autorités fédérales doivent fixer des critères minimaux dans cette optique, et la formation doit être concrétisée et mise en œuvre par les Communautés.

Il va sans dire que les aides-soignants actuels conserveront leurs compétences et droits acquis. Nous n'avons pas l'intention de proposer un nom ou un statut définitif pour cette fonction ('aide-soignant plus', assistant soignant, *health care* assistent, assistant infirmier/ hospitalier, etc.), mais il doit y avoir une distinction suffisamment claire entre le l'aide-soignant actuel, d'une part, et l'infirmier responsable de soins généraux, d'autre part.

Wat met de (huidige) HBO5 opleiding?

VBZV bekijkt dit vanuit de huidige ervaring als thuisverpleegkundige en ziet dat meer dan 50 % van de huidige collega's gebrevetereerde (HBO5) "verpleegkundige" aflevert.

Als alleen de bacheloropleiding het diploma "verpleegkundige" aflevert, dan krijgen we in de toekomst een ernstig probleem. In de nota die de FRV goedkeurd heeft, spreekt men over een drie jaar durende opleiding, die het diploma "zorgassistent" aflevert. VBZV acht het belangrijk dat er een driejarige opleiding zou blijven, om de eenvoudige reden dat de kwaliteit van zorg (basiszorgen) moet gewaarborgd worden, alsook het delegeren van complexere zorg (onder toezicht).

Is de naamsverandering een tijdelijk probleem, of gaan we daardoor effectief minder werkhanden creeren? Wordt dit nieuwe beroep minder aantrekkelijk?

Zorgkundigen gaan wellicht niet allemaal die driejarige opleiding volgen of zelfs aankunnen. Nu doen zorgkundigen verschillende (verpleegkundige) taken waarvoor ze niet bevoegd zijn. Misschien dient men dan het takenpakket een beetje uit te breiden, maar dan moet dit gebeuren onder strikte voorwaarden (mits de nodige opleiding en competenties).

Afwijkend van hetgeen de FRV voorstelt, zou men kunnen stellen dat het beroepsprofiel voor "zorgassistent" overeenkomt met de huidige HBO5 opleiding en zou men dit als "basisverpleegkundige" kunnen benoemen (met de beperkingen en niet conform aan de Richtlijn 2013/55/EU). Dan komt er een visum "zorgkundige" vrij, die mits bijkomende opleiding bepaalde taken kan uitvoeren. Deze paragraaf wenst VBZV mee te geven als een pragmatische oplossing voor de eerstelijnszorg.

Bemerkingen vanuit VBZV (zelfstandige thuisverpleging)

— Gespecialiseerde verpleegkundigen zijn zeker zinvol (en noodzakelijk), maar dan moeten zij het ook effectief kunnen uitoefenen. De huidige nomenclatuur moet worden gewijzigd of aangepast.

— Er is een platform noodzakelijk (gegevensdeling/één dossier). Nu ontbreken bruikbare tools/ elke

Quid de (l'actuelle) formation HBO5?

La VBZV la considère sous l'angle de l'infirmier à domicile d'aujourd'hui et constate que plus de 50 % des collègues actuels sont des "infirmiers" brevetés (HBO5).

Si seule la formation de bachelier délivre le diplôme d'"infirmier", nous aurons un sérieux problème à l'avenir. La note approuvée par le CFAI se réfère à une formation de trois ans, qui délivre le diplôme d'assistant de soins. La VBZV considère qu'il est important de maintenir une formation de trois ans, pour la simple raison que la qualité des soins (soins de base) doit être garantie, ainsi que la délégation de soins plus complexes (sous supervision).

Le changement de nom est-il un problème temporaire ou allons-nous de ce fait créer effectivement moins de "main d'œuvre"? Cette nouvelle profession sera-t-elle moins attrayante?

Les aides-soignants ne suivront sans doute pas tous la formation de trois ans, ou ne seront pas tous en mesure de le faire. À l'heure actuelle, les aides-soignants accomplissent diverses tâches (infirmières) pour lesquelles ils ne sont pas formés. Il faudrait peut-être élargir quelque peu l'éventail de leurs tâches, en respectant des conditions strictes (l'obligation d'avoir la formation et les compétences nécessaires).

Contrairement à ce que propose le CFAI, on pourrait considérer que le profil professionnel de "l'assistant de soins" correspond à la formation HBO5 actuelle et on pourrait baptiser ce profil "infirmier de base" (moyennant des restrictions et par dérogation à la Directive 2013/55/UE). Ce faisant, on délivrerait un "visa d'aide-soignant" grâce auquel le titulaire pourrait accomplir certaines tâches, à condition de suivre des formations complémentaires. Dans ce paragraphe, la VBZV entend proposer une solution pragmatique pour les soins de première ligne.

Observations de la VBZV (service indépendant de soins infirmiers à domicile)

— Les infirmiers spécialisés sont évidemment utiles (et nécessaires), mais ils doivent aussi pouvoir exercer effectivement leur profession. Il faut modifier ou adapter la nomenclature actuelle.

— Il faut créer une plate-forme (partage de données/ un dossier unique). Actuellement, il n'y a pas d'outil

beroepsgroep heeft eigen dossier met specifieke regelgeving / initiatieven overheid zijn ontoereikend.

— De niet indexering van de nomenclatuur gedurende jaren, heeft de inkomsten van de verpleegkundigen (fel) doen dalen! Het beroep is minder aantrekkelijk en heeft ongelijkheid gecreëerd met verpleegkundigen die in dienstverband werken. De zorgverstrekker moet nog extra kosten maken (o.a. voor de digitalisering), maar deze zijn voor eigen rekening...

— De nomenclatuur van de thuisverpleging is een verouderd concept. Nieuwere zorgen, gespecialiseerde zorg kunnen daardoor (thuis) niet uitgevoerd worden (dus, een langere ligduur in ziekenhuis).

— de vergoeding (onderbetaling derdebetalersregeling) is al jaren gekend en erkend door RIZIV instanties.

— Veel taken worden geacht door verpleegkundigen te worden uitgevoerd, maar worden niet vergoed. (Voorbeeld: de mantelzorger één bepaalde verpleegkundige zorg aanleren en opvolgen zodoende kan mantelzorger die zorg overnemen bij één bepaalde patiënt).

— Het beroep moet meer in de kijker worden geplaatst, maar dan moeten alle remmende factoren van bijkomende administratieve rompslomp zo veel mogelijk weggewerkt worden.

5. Uiteenzetting van mevrouw Delphine Haulotte, Association belge des praticiens de l'art infirmier

Mevrouw Delphine Haulotte wijst er vooreerst op dat de *Association belge des praticiens de l'art infirmier* (ACN) de enige vereniging is die de verpleegkundigen én de zorgkundigen vertegenwoordigt, en de enige die spreekt namens de Franstalige zorgkundigen. Ze voegt eraan toe dat haar standpunt bovendien gedeeld wordt door haar Duitstalige collega's van de *Deutschsprachige Krankenpflegevereinigung in Belgien*.

Algemeen gesteld, vindt mevrouw Haulotte het jammer dat de verpleegkundige beoefenaars zo weinig gehoor krijgen. Ze geeft meer bepaald aan dat er geen contact is tussen de ACN en het kabinet van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

De ACN steunt het protocolakkoord van 19 december 2017 tussen de federale overheid en de

utilisable / chaque groupe professionnel possède son dossier propre qui est conforme à une réglementation spécifique / les initiatives des pouvoirs publics sont insuffisantes.

— La non-indexation, depuis des années, de la nomenclature a (considérablement) réduit les revenus des infirmiers! La profession est moins attrayante et des inégalités sont apparues par rapport aux infirmiers sous contrat de travail. Les prestataires de soins doivent encore réaliser des coûts supplémentaires (notamment en matière de numérisation), mais ceux-ci sont à leur charge...

— La nomenclature des soins infirmiers à domicile est un concept dépassé, avec pour conséquence que des soins plus récents et spécialisés ne peuvent être dispensés (à domicile) (avec pour résultat un séjour plus long à l'hôpital).

— Le problème du remboursement (infirmiers sous-payés en raison du régime du tiers payant) est connu depuis des années et reconnu par les organismes de l'INAMI.

— De nombreuses tâches sont censées être accomplies par les infirmiers, mais ne sont pas rémunérées (par exemple, un aidant proche peut apprendre et observer un soin infirmier spécifique afin de le reproduire sur un patient spécifique).

— Il faut accorder davantage de visibilité à la profession, mais il faut également éliminer autant que possible les obstacles découlant de la paperasserie administrative supplémentaire.

5. Exposé de Mme Delphine Haulotte, Association belge des praticiens de l'art infirmier

Mme Delphine Haulotte commence par souligner que l'*Association belge des praticiens de l'art infirmier* (ACN) est la seule qui représente à la fois des infirmiers et des aides-soignants, et la seule à s'exprimer au nom des aides-soignants francophones. Elle précise en outre que l'avis qu'elle exprime est partagé par ses collègues germanophones de la *Deutschsprachige Krankenpflegevereinigung in Belgien*.

De manière générale, Mme Haulotte déplore le peu d'écoute dont font l'objet les praticiens de l'art infirmier. Elle pointe plus particulièrement l'absence de contact entre l'ACN et le cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

L'ACN soutient le protocole d'accord du 19 décembre 2017 entre l'autorité fédérale et les

overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet inzake de samenwerking tussen personen uit de omgeving van de patiënt/cliënt en gezondheidszorgbeoefenaars buiten een zorgvoorziening. De spreekster roept echter op tot behoedzaamheid bij het definiëren van de gebruikte termen, wanneer dit protocolakkoord in wetgeving wordt omgezet. Zo zou het onlogisch zijn dat een mantelzorger méér door een verpleegkundige gedelegeerde handelingen mag stellen dan een zorgkundige. De spreekster pleit dan ook voor een uitbreiding van de lijst van de voor de zorgkundigen toegestane handelingen, en voor een duidelijke afbakening van de respectieve bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de gezondheidszorgbeoefenaars en de niet-gezondheidszorgbeoefenaars, rekening houdend met de eisen qua zorgkwaliteit en veiligheid voor de patiënt.

Wat de samenwerking tussen de zorgverleners, de pluridisciplinariteit en de zorgcontinuïteit betreft, vindt ze dat de plannen van de minister enkele punten bevatten die positief zijn voor het beroep van zorgkundige: het delen van informatie via het patiëntdossier, de verplichting om de patiënt zo nodig door te verwijzen naar een meer onderlegde gezondheidszorgbeoefenaar, de vereiste om een portfolio van de voortgezette opleiding bij te houden en een taaltest voor de houders van een buitenlands diploma. Ze vraagt met aandrang dat de Duitstalige zorgkundigen niet zouden worden vergeten in de samenstelling van de toekomstige Federale raad voor een kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

Inzake de vereiste vaardigheden en voorwaarden om het beroep te mogen uitoefenen, stelt mevrouw Haulotte vast dat de zorgkundigen in een ziekenhuisomgeving alsmaar minder vertrouwen ervaren, vanwege de steeds kortere ziekenhuisverblijven en de steeds acutere zorg die moet worden verleend. Ook inzake thuisverpleging is de zorg veel complexer en acuter geworden, doordat de patiënten sneller naar huis terugkeren. In rusthuizen (en RVT's) worden de zorgkundigen geregeerd geconfronteerd met bewoners die in een acute fase verkeren (na een voortijdige terugkeer uit het ziekenhuis), en met bewoners die verschillende aandoeningen hebben of chronisch ziek zijn, terwijl steeds minder verpleegkundigen correct omgaan met het delegeren van handelingen. Bijgevolg worden sommige handelingen die een doordachte delegatie vereisen systematisch uitgevoerd door zorgkundigen, zonder dat rekening wordt gehouden met ervaring of vaardigheden; dat is het geval bij zowel stabiele bewoners als bij bewoners voor wie nog een nader verpleegkundig toezicht nodig is. Ze dienen zelfs geregeerd niet-toegestane handelingen uit te voeren, zonder daartoe vooraf een opleiding te

autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution concernant la coopération entre les personnes issues de l'environnement du patient/client et les professionnels des soins de santé en dehors d'un établissement de soins. L'oratrice invite toutefois à la prudence lorsqu'il s'agira de définir les termes utilisés, au moment de la transposition de ce protocole d'accord dans la législation. Ainsi, il ne serait pas cohérent qu'un aidant proche soit autorisé à effectuer plus d'actes délégués par un infirmier qu'un aide-soignant. L'oratrice plaide dès lors pour un élargissement de la liste des actes autorisés aux aides-soignants et pour que les compétences et les responsabilités respectives des professionnels et des non professionnels des soins de santé soient bien balisées, en tenant compte des impératifs de qualité des soins et de sécurité pour les patients.

Au sujet de la collaboration entre les prestataires de soins, la multidisciplinarité et la continuité des soins, elle estime que le partage d'informations dans le dossier de patient, l'obligation de référer le patient vers un professionnel plus compétent si nécessaire, l'obligation de tenir un portfolio de la formation continue, et l'examen de langue pour les diplômés étrangers, constituent des points positifs pour la profession d'aide-soignant. Elle demande expressément que les aides-soignants germanophones ne soient pas oubliés dans le cadre de la composition du futur Conseil fédéral pour la qualité de la pratique des soins de santé.

Sur le plan des compétences et conditions requises pour exercer la profession, Mme Haulotte constate que les aides-soignants en milieu hospitalier se sentent de moins en moins en confiance, vu les séjours de plus en plus courts et le niveau de plus en plus aigu des prises en charge. Dans les services de soins à domicile aussi, les soins sont devenus plus complexes et plus aigus vu la rapidité des retours à domicile. En maisons de repos (et de soins), les aides-soignants se voient régulièrement confrontés à des résidents en phase aiguë, après des retours d'hospitalisation très précoce, ainsi qu'à des résidents atteints de polyopathologies et de maladies chroniques, et ce, avec de moins en moins d'infirmières qui gèrent correctement la délégation. Par conséquent, certains actes qui nécessiteraient une délégation réfléchie sont systématiquement exécutés par des aides-soignants sans distinction d'expérience ou de compétence, aussi bien chez des résidents stables que chez ceux qui nécessiteraient encore une surveillance infirmière rapprochée. De plus, même des actes non autorisés leur sont régulièrement délégués, et ce sans formation préalable (ex.: mesures de la glycémie,

hebben gekregen (suikerspiegelmetingen, toedienen van microlavementen, ronddeling van geneesmiddelen enzovoort).

Gelet op een en ander zouden de zorgkundigen dan ook graag een meer diepgaande opleiding krijgen, die hen in staat zou stellen die handelingen, en eventueel ook andere handelingen, met de nodige kennis van zaken en, op termijn, autonoom te kunnen uitvoeren. De evolutie van zorgkundige naar zorgassistent past in die logica.

De ACN deelt dan ook het advies van de FRV wat de opleiding van de zorgkundigen betreft. Het verschil tussen de opleiding van zorgkundige en die van verpleegkundige is nu te groot. De huidige opleiding van één jaar – een zevende beroepsjaar – is trouwens niet meer aangepast aan de situatie van de patiënten. Er zou dus een opleiding van niveau 5 (driejarige opleiding na de middelbare studies) moeten bestaan in alle gemeenschappen van het land, wat trouwens een trend is in de andere Europese landen. De spreekster voegt eraan toe dat, wanneer de zorgkundige beter is opgeleid en zorgassistent is geworden, gemakkelijker zal kunnen worden gepleit voor een overstap via het onderwijs voor sociale promotie naar het beroep van verpleegkunde; die overstap zou echt als een sociale hefboom fungeren.

Rekening houdend met de nieuwe regels voor de ziekenhuisfinanciering, de vergrijzing, het fenomeen van poly-pathologie, de voortijdige terugkeer naar huis of naar een rusthuis (of RVT), is de ACN voorstander van de omvorming van het beroep van zorgkundige naar dat van zorgassistent, die een betere opleiding heeft genoten en over meer aangepaste vaardigheden beschikt.

De zorgassistent zou een beoefenaar van de verpleegkunde zijn, die specifiek is opgeleid om basisverpleging te verlenen, waardoor de gezondheid van de patiënt wordt beschermd, verbeterd of geoptimaliseerd, om ziekten en verwondingen te voorkomen en om lijden te verzachten. Afhankelijk van de zorgsituatie zou de zorgassistent autonoom zorg toedienen (basisverpleging), dan wel onder toezicht van een verpleegkundige (complexe verpleging).

De autonomie van de zorgassistent bestaat erin dat hij in staat is op eigen houtje basisverpleging uit te voeren, na een evaluatie van de gezondheidstoestand en de zorgbehoeften door de verpleegkundige en met het verpleegkundig verzorgingsplan als leidraad. Het toezicht over de zorgassistent door de verpleegkundige zou verplicht zijn voor de gedelegeerde complexe verpleegkundige zorg. Die delegatie zou plaatsvinden na de evaluatie van de gezondheidstoestand en van de zorgbehoeften door de verpleegkundige, en overeenkomstig

administration de micro-lavements, distribution des médicaments, etc.).

Dans ce contexte, les aides-soignants souhaiteraient bénéficier d'une formation plus approfondie qui leur permettrait d'accomplir ces actes et éventuellement aussi d'autres actes, avec la compétence nécessaire et, à terme, plus d'autonomie. C'est dans cette logique que s'inscrit l'évolution de l'aide-soignant en assistant de soins.

L'ACN partage dès lors l'avis du CFAI en matière de formation des aides-soignants. Le fossé entre la formation d'aide-soignant et d'infirmier est actuellement trop important. En outre, la formation actuelle d'un an consistant en une 7^{ème} professionnelle ne répond plus à l'évolution de la situation des patients. Il faudrait donc une formation de niveau 5 (formation de trois ans après les études secondaires) dans toutes les communautés du pays, ce qui est d'ailleurs la tendance dans les autres pays européens. L'oratrice ajoute qu'une fois l'aide-soignant mieux formé et devenu un assistant de soins, il serait plus facile de plaider en faveur de la mise en place d'une passerelle de formation en promotion sociale vers le métier d'infirmier, passerelle qui constituerait d'ailleurs un véritable ascenseur social.

Au vu du changement du financement des hôpitaux, du vieillissement de la population, de la poly-pathologie, du retour précoce à domicile ou en maisons de repos (et de soins), l'ACN est favorable à l'évolution de la profession d'aide-soignant en assistant de soins, mieux formé et avec des compétences plus adaptées.

L'assistant de soins serait un praticien de l'art infirmier spécifiquement formé pour délivrer des soins infirmiers de base permettant de protéger, promouvoir ou optimiser la santé du patient, prévenir les maladies et les blessures et apaiser les souffrances. En fonction de la situation de soins, l'assistant de soins assumerait les soins de manière autonome (soins infirmiers de base) ou sous la supervision de l'infirmier (soins infirmiers complexes).

L'autonomie de l'assistant de soins consiste en la possibilité d'exécuter seul des soins infirmiers de base, après une évaluation de l'état de santé et des besoins en soins par l'infirmier et conformément au plan de soins infirmiers. La supervision de l'assistant de soins par l'infirmier serait obligatoire pour les soins infirmiers complexes délégues. Cette délégation s'effectuerait après l'évaluation de l'état de santé et des besoins en soins par l'infirmier et conformément au plan de soins infirmiers. L'autonomie et la supervision impliquent

het verpleegkundig verzorgingsplan. De autonomie en het toezicht impliceren dat voorzien wordt in een procedure van samenwerking tussen de verpleegkundige en de zorgassistent (voor het aanleggen van een infuus, bijvoorbeeld).

Bovendien wensen de zorgkundigen of zorgassistenten samen te werken met goed opgeleide verpleegkundigen, die in staat zijn de vragen over de patiënten en hun behandeling of over ethische dilemma's te beantwoorden. In die optiek steunt de ACN het advies van de FRV en pleit ze voor één verpleegopleiding op bachelorsniveau.

6. Uiteenzetting van de heer Paul Cappelier, Belgische Federatie voor Zorgkundigen

De heer Paul Cappelier geeft vervolgens een toelichting namens de Belgische Federatie voor Zorgkundigen (BEFEZO).

Tijdens deze hoorzitting zal BEFEZO op de volgende 6 vragen een antwoord proberen te geven:

- Kan de zorgkundige aanblijven als erkend gekwalificeerd gezondheidszorgbeoefenaar binnen de hervormingen van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015?
- Blijft de zorgkundige een erkende verpleegkundige functie?
- Hoe kan de zorgkundige binnen zijn eigen competenties een grotere bijdrage leveren aan het bevorderen van de zorgkwaliteit en de patiënt/cliënt veiligheid?
- Hoe ver kan de upgrade van competenties gaan om voldoende instroom te garanderen?

- Welke bijkomende handelingen mag een zorgkundige stellen?
- Welke zijn de minimale erkenningscriteria en overgangsmaatregelen?

Enkele cijfers met betrekking tot de zorgkundigen

Cijfers tonen aan dat het aantal zorgkundigen de laatste jaren sterk gestegen is. In 2017 waren er volgens de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu 191 460 verpleegkundigen en 127 513 zorgkundigen geregistreerd in België.

l'élaboration d'une procédure de collaboration entre l'infirmier et l'assistant de soins (ex.: mise en route d'une perfusion).

Par ailleurs, les aides-soignants ou assistants de soins souhaitent travailler en collaboration avec des infirmiers bien formés, capables de répondre aux questions sur les patients, leurs traitements, les dilemmes éthiques. Dans cette perspective, l'ACN rejoint l'avis du CFAI et plaide en faveur d'une filière infirmière unique au niveau de bachelier.

6. Exposé de M. Paul Cappelier, Belgische Federatie voor Zorgkundigen

M. Paul Cappelier prend ensuite la parole au nom de la *Belgische Federatie voor Zorgkundigen* (BEFEZO).

Au cours de cette audition, la BEFEZO va tenter de répondre aux six questions suivantes:

- L'aide-soignant peut-il continuer à fonctionner comme professionnel de santé reconnu sous les réformes de la loi coordonnée du 10 mai 2015?
- La fonction d'aide-soignant reste-t-elle une fonction infirmière reconnue?
- Comment l'aide-soignant peut-il, dans le cadre de ses propres compétences, contribuer plus amplement à promouvoir la qualité des soins et la sécurité du patient/client?
- Jusqu'où peut-on pousser la mise à niveau des compétences pour qu'on puisse garantir un afflux de candidats suffisant?
- Quels actes supplémentaires un aide-soignant peut-il poser?
- Quels sont les critères d'agrément minimaux et les mesures transitoires minimales?

Quelques chiffres relatifs aux aides-soignants

Les chiffres révèlent que le nombre d'aides-soignants a fortement augmenté ces dernières années. Selon le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 191 460 infirmiers et 127 513 aides-soignants étaient enregistrés en Belgique en 2017.

In de instroom in de opleidingen verpleegkunde merken we voor 2018 een daling met 4,6 % bij de HBO5 verpleegkundigen en een daling van 7,3 % bij de bachelors in de verpleegkunde. Er is een duidelijke neerwaartse trend ingezet op een moment waarbij we nu al vacatures niet ingevuld krijgen.

In de cijfers van de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) voor werkzoekenden die de opleiding zorgkundige volgden via de Centra voor Volwassenonderwijs (CVO) zien we eveneens een dalende trend. Van 2014 tot 2017 merken we een daling van 14 %. De dalende trend is hier ook al enkele jaren zichtbaar.

Anderzijds merken we een stijging van de vacatures voor verpleegkundigen en zorgkundigen. BEFEZO deed een onderzoek naar de knelpunten binnen de verpleegkundige vacatures. In een steekproef van de eerste 1 500 vacatures op de website van de VDAB onder de zoekterm "verpleegkundigen". BEFEZO onderzocht ook de vacatures van de zorgkundigen.

De grootste knelpunten liggen voornamelijk binnen de ouderenzorg. Men slaagt er maar niet in om voldoende verpleeg- en zorgkundigen aan te werven. Laat het nu net daar zijn dat de meeste zorgkundigen en HBO5-verpleegkundigen werkzaam zijn. De dubbele vergrijzing binnen de gezondheidssector wordt een gigantische uitdaging en men zal nog veel extra zorgkundigen nodig hebben. Uit cijfers blijkt dat de zorgsector elk jaar 46 000 nieuwe personeelsleden zal nodig hebben! Het profiel van de zorgkundige en de specificiteit van hun competentie kan, naar de toekomst toe, een antwoord blijven bieden op de zorgnoden op het werkveld. De huidige opleidingen kunnen deze uitdagingen professioneel aan. Maar we zullen vanuit het beleid ook moeten inzetten op promotie van de zorgkundigen.

Hervorming en actualisering van het zorgkundig beroep

De voorbije jaren heeft BEFEZO meerdere initiatieven genomen om een duidelijk beeld te krijgen van de mogelijke knelpunten. BEFEZO heeft de sector van de ouderenzorg bevraagd, namelijk 766 woon-en zorgcentra in Vlaanderen via een online enquête in 2013. Vervolgens werden de leden bevraagd (welke handelingen stellen ze vandaag al?). Daarna heeft BEFEZO overleg gepleegd met meerdere stakeholders (werkgeverskoepels, onderwijskoepels, vakorganisaties *social profit* & onderwijs, betrokken kabinetten, scholen, enz.). Voorstellen zijn aangereikt om deze knelpunten op te

Concernant les entrées dans les formations d'infirmiers, on observe pour 2018 une diminution de 4,6 % des infirmiers HBO5 et une réduction de 7,3 % pour les bacheliers infirmiers. La tendance est clairement négative, alors que l'on ne parvient déjà pas à pourvoir les postes vacants.

Les chiffres du *Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding* (VDAB) relatifs aux demandeurs d'emploi ayant suivi la formation d'aide-soignant via les centres d'enseignement pour adultes s'inscrivent également en baisse. De 2014 à 2017, le recul s'élève à 14 %. Cela fait également déjà quelques années que la tendance à la baisse est perceptible en l'occurrence.

D'autre part, les emplois vacants pour les infirmiers et les aides-soignants augmentent. La BEFEZO a analysé les problèmes posés par les emplois vacants d'infirmiers au sein d'un échantillon constitué des 1 500 premiers emplois vacants sur le site du VDAB en cherchant sur le terme "infirmiers". La BEFEZO a également analysé les emplois vacants d'aides-soignants.

Les principaux problèmes se posent dans les soins aux personnes âgées. On ne parvient tout simplement pas à recruter des infirmiers et des aides-soignants en nombre suffisant. Or, c'est précisément le domaine dans lequel la plupart des aides-soignants et des infirmiers HBO5 travaillent. Le double vieillissement de la population dans le secteur des soins de santé constituera un gigantesque défi et les besoins d'aides-soignants supplémentaires seront encore nombreux. Les chiffres montrent que le secteur des soins de santé aura besoin de 46 000 nouveaux travailleurs chaque année! Le profil des aides-soignants et la spécificité de leurs compétences peuvent continuer à offrir à l'avenir une réponse aux besoins de soins sur le terrain. Les formations actuelles sont en mesure de relever ces défis sur le plan professionnel. Mais la politique devra également miser sur la promotion des aides-soignants.

Réforme et actualisation de la profession d'aide-soignant

Au cours des dernières années, la BEFEZO a pris plusieurs initiatives afin de se faire une idée précise des problèmes potentiels. La BEFEZO a interrogé le secteur des soins aux personnes âgées, à savoir 766 centres de logement et de soins en Flandre par le biais d'une enquête en ligne en 2013. Ensuite, ce sont les membres qui ont été interrogés (quels actes posent-ils déjà aujourd'hui?). La BEFEZO s'est alors concertée avec plusieurs parties prenantes (fédérations patronales, organisations faîtières de l'enseignement, organisations syndicales *social profit* & enseignement,

lossen. De resultaten van de onderzoeken en de vele gesprekken waren bijzonder verhelderend.

Conclusies van de consultatierondes

De consultatierondes hebben geleid tot de volgende conclusies:

- Een beperkte actualisering van de competenties is nodig;
- Er dringt zich een aanpassing op van de lijst met toevertrouwde verpleegkundige handelingen in functie van de continuïteit van zorg en subsidiariteit;
- BEFEZO vraagt uitdrukkelijk om het niveau van de zorgkundige te behouden op niveau 4 van *European Qualifications Framework* (EQF);
- De leerladder en -titels die vandaag worden toegekend moeten behouden blijven. BEFEZO pleit ook voor een duidelijke differentiatie tussen de verschillende verpleegkundige functies;
- Zorgkundigen blijven belangrijk en noodzakelijk binnen het verpleegkundig departement als verpleegkundige functie;
- Er werd ook gevraagd naar een grotere erkenning van de zorgkundige in de thuiszorg;
- Er is geen enkele oproep geformuleerd om de toekomstig opgeleide zorgkundige niet te behouden als erkend gezondheidsberoep of niet meer te erkennen als verpleegkundige functie.

Samenwerking tussen zorgverleners, het multidisciplinair karakter en de continuïteit van zorgen

Voor BEFEZO betekent de samenwerking, de multidisciplinariteit en de continuïteit van zorgverstrekking concreet het volgende:

- BEFEZO pleit resoluut voor het behoud van de definitie van zorgkundige zoals deze in de conceptnota van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid werd geformuleerd. BEFEZO wenst een beperkte upgrade van competenties en handelingen volgens het subsidiariteitsprincipe.

cabinets concernés, écoles, etc.). Des propositions ont été formulées afin de résoudre ces problèmes. Les résultats des enquêtes et les nombreuses discussions ont été particulièrement éclairants.

Conclusions des consultations

Les consultations ont abouti aux conclusions suivantes:

- Une mise à jour limitée des compétences est requise;
- La liste des activités infirmières confiées doit être adaptée en fonction de la continuité des soins et de la subsidiarité;
- La BEFEZO demande expressément le maintien de l'aide-soignant au niveau 4 du Cadre européen des compétences (CEC);
- L'échelle d'apprentissage et les titres de formation attribués actuellement doivent être maintenus. La BEFEZO plaide également en faveur d'une différenciation claire des différentes fonctions infirmières;
- L'aide-soignant reste important et nécessaire au sein du département infirmier en tant que fonction infirmière;
- L'association demande également une plus grande reconnaissance de l'aide-soignant dans les soins à domicile;
- La BEFEZO n'appelle pas à ce que le futur aide-soignant formé ne fasse plus partie des professions de soins de santé reconnues ou ne soit plus reconnu comme fonction infirmière.

La collaboration entre les prestataires de soins, la multidisciplinarité et la continuité des soins

Pour la BEFEZO, la collaboration, la multidisciplinarité et la continuité des soins signifient concrètement ce qui suit:

- La BEFEZO plaide résolument pour le maintien de la définition de l'aide-soignant telle que formulée dans la note conceptuelle de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. La BEFEZO demande une mise à niveau limitée des compétences et des actes en fonction du principe de subsidiarité.

— Er is op het werkveld een grote erkenning en waardering te merken vanuit de sector van de verpleegkundigen ten aanzien van de zorgkundigen.

— BEFEZO ondersteunt het principe dat een zorgkundige onder toezicht kan staan van andere gezondheidsbeoefenaars in het kader van multidisciplinariteit.

— Hervormingen aan het beroep moeten vooral de continuïteit van de zorg waarborgen en rekening houden met de instroom en competenties van zorgkundigen.

— De hervorming van de wet op de uitoefening van de gezondheidsberoepen mag niet misbruikt worden om beroepsgroepen uit te sluiten.

— Laat de zorgkundige doen waar hij of zij voldoende bekwaam in is binnen het subsidiariteitsprincipe en binnen zijn eigen competenties.

Beroepskwalificatiedossier zorgkundigen

Op voorstel van de minister van Onderwijs en de minister van Werk werd in Vlaanderen recent een beroepskwalificatiedossier (BKD) ingediend, dat is goedgekeurd door de voltallige sector. Het beantwoordt aan nieuwe noden voor een toekomstig kwalitatief, complementair en professionele zorgkundige.

Het beroepskwalificatiedossier werd ingeschaald op niveau 4 van het EQF en goedgekeurd door de voltallige Vlaamse regering in 2016.

Onderwijskoepels in Vlaanderen zijn bezig met onderwijskwalificatie en nieuwe leerplannen. De nieuwe opleiding zal wellicht in het schooljaar 2019 van start gaan.

Het beroepskwalificatiedossier deed geen uitspraak over de uitbreiding van de toevertrouwde verpleegkundige handelingen, maar verwijst er wel naar als een te behalen competentie.

Federaal profiel zorgkundige volgens CanMEDS

BEFEZO maakte een beroepsprofiel op voor de zorgkundige dat rekening houdt met de CanMEDS rollen, maar er werd geen bereidheid gevonden bij de leden van de AUVB in de FRV om het beroepsprofiel van de zorgkundigen te updaten, ook niet na de uitdrukkelijke

— On note sur le terrain que l'aide-soignant est grandement reconnu et apprécié par le secteur infirmier.

— La BEFEZO soutient le principe selon lequel l'aide-soignant peut être supervisé par d'autres professionnels de la santé dans le contexte de la multidisciplinarité.

— Les réformes de la profession doivent avant tout garantir la continuité des soins et prendre en compte l'afflux de candidats et les compétences des aides-soignants.

— La réforme de la loi sur l'exercice des professions des soins de santé ne peut pas être utilisée pour exclure certains groupes professionnels.

— Il convient de laisser l'aide-soignant accomplir les actes pour lesquels il est suffisamment compétent dans le cadre du principe de subsidiarité et dans les limites de ses propres compétences.

Dossier de qualification professionnelle pour les aides-soignants

En Flandre, la ministre de l'Éducation et le ministre de l'Emploi ont récemment proposé un dossier de qualification professionnelle (BKD) qui a été approuvé par l'ensemble du secteur. Ce dossier répond aux nouveaux besoins du futur aide-soignant qualitatif, complémentaire et professionnel.

Le dossier de qualification professionnelle a fixé le niveau de l'aide-soignant au niveau 4 du CEC et a été approuvé par l'ensemble du gouvernement flamand en 2016.

En Flandre, les coupoles d'enseignement sont en train d'élaborer le niveau d'exigence de l'enseignement et de nouveaux programmes d'études. La nouvelle formation débutera probablement au cours de l'année scolaire 2019.

Le dossier de qualification professionnelle ne se prononce pas sur l'élargissement des actes infirmiers confiés, mais considère toutefois cet élargissement comme une compétence à atteindre.

Profil fédéral de l'aide-soignant selon CanMEDS

La BEFEZO a établi un profil professionnel de l'aide-soignant qui tient compte des rôles CanMeds, mais les membres de l'UGIB et du CFAI ne se sont pas montrés disposés à mettre à jour le profil professionnel des aides-soignants, même après une demande expresse

adviesaanvraag van het kabinet van de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid.

BEFEZO heeft vastgesteld dat er slechts één groot streefdoel was binnen AUVB en FRV, namelijk de HBO5/gebrevetteerd verpleegkundige niet langer erkennen met de titel verpleegkunde.

Volgens BEFEZO is de huidige FRV weinig representatief voor het verpleegkundig beroepenveld. Zorgkundigen en HBO5/gebrevetteerd verpleegkundigen vormen de grootste beroepsgroep binnen verpleegkunde maar dit vertaald zich niet in de mandaten van de FRV. De gespecialiseerde verpleegkundigen hebben de helft van de mandaten terwijl ze zelf maar 16% vertegenwoordigen van de verpleegkundigen. Er is slechts één HBO5 verpleegkundige, aangeduid vanuit de beroepsorganisaties en werkzaam binnen een universitair ziekenhuis, die een mandaat bekleed. Er nam slechts één gebrevetteerd verpleegkundige van de beroepsorganisaties deel aan de werkgroepen van de FRV die werkzaam is op een spoedgevallendienst. Men kan moeilijk stellen dat deze twee verpleegkundigen representatief zijn en alle HBO5 en gebrevetteerd verpleegkundigen te vertegenwoordigen.

Toekomstige zorgkundigen zijn hiervan ook het slachtoffer. Hierdoor behoren de toekomstige zorgkundigen en HBO5/gebrevetteerd verpleegkundigen na hun opleiding niet meer tot de verpleegkundige beroepen en zijn ze geen erkend gezondheidszorgberoep meer binnen de wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen.

De FRV heeft een nieuw profiel van "zorgassistent" geadviseerd, dat als vervanging moet dienen van de huidige zorgkundige als erkend gezondheidszorgberoep en de HBO5/gebrevetteerd- verpleegkundige. BEFEZO heeft problemen met deze term en de inhoud van het advies. BEFEZO stemde tegen dit advies en heeft een minderheidsnota ondersteund.

Beroepsprofiel van zorgkundige, zoals voorgesteld door BEFEZO

BEFEZO heeft zelf een beroepsprofiel voor de zorgkundigen uitgewerkt, dat werd overgemaakt aan de betrokken kabinetten. Het uitgangspunt was het beroepskwalificatiedossier dat op Vlaams niveau was goedgekeurd.

Het profiel moet een garantie bieden op een veilige professionele zorg.

Zowel binnen het beroepskwalificatiedossier en het beroepsprofiel nemen de zorgkundigen belangrijke

d'avis formulée par le cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

La BEFEZO a constaté que l'UGIB et le CFAI n'avaient qu'un seul objectif majeur, à savoir que l'infirmier HBO5/breveté ne soit plus reconnu comme porteur du titre d'infirmier.

Selon la BEFEZO, l'actuel CFAI n'est que peu représentatif de la profession d'infirmier. Les aides-soignants et les infirmiers brevetés/HBO5 constituent le groupe professionnel le plus important parmi les infirmiers, mais cela ne se traduit pas dans les mandats du CFAI. Les infirmiers spécialisés détiennent la moitié des mandats, alors qu'ils ne représentent que 16% des infirmiers. Un seul infirmier HBO5, nommé par les organisations professionnelles et qui travaille dans un hôpital universitaire, détient un mandat. Un seul infirmier breveté, qui représente les organisations professionnelles et qui travaille dans un service d'urgence, a participé aux groupes de travail du CFAI. On peut difficilement dire que ces deux infirmiers sont représentatifs et peuvent parler au nom de tous les infirmiers brevetés/HBO5.

Cela pénaliserait également les futurs aides-soignants étant donné qu'après leur formation, les futurs aides-soignants et les infirmiers brevetés/HBO5 ne feront plus partie intégrante des professions infirmières et ne seront plus reconnus comme profession des soins de santé dans la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé.

Le CFAI a recommandé de créer un nouveau profil "d'assistant de soins" qui doit remplacer l'actuel aide-soignant comme profession de soins de santé reconnue et l'infirmier HBO5/breveté. La BEFEZO estime que ce terme ainsi que le contenu de l'avis du CFAI posent problème. La BEFEZO a voté contre cet avis et a soutenu une note minoritaire.

Profil professionnel de l'aide-soignant proposé par la BEFEZO

La BEFEZO a élaboré elle-même un profil professionnel de l'aide-soignant, qui a été transmis aux cabinets concernés. Elle s'est basée pour ce faire sur le dossier de qualification professionnelle approuvé au niveau flamand.

Le profil doit garantir des soins professionnels sûrs.

Tant le dossier de qualification professionnelle que le profil professionnel confèrent un rôle important aux

rollen op om de zorgkwaliteit en de patiënt/cliënt veiligheid te bevorderen. BEFEZO vindt volgende aspecten belangrijk:

- Er wordt extra aandacht gegeven aan het *evidence-based* en preventief handelen. De zorgkundige kan zo nog beter op een professionele manier zijn belangrijke rol opnemen als erkende verpleegkundige functie;
- Zorgkundigen zullen interdisciplinair worden ingezet, aangezien ze breed inzetbaar zijn in de verschillende sectoren;
- Meewerken aan de evaluatie van verpleegkundige zorg;
- Gebruik maken van informatica in het kader van het zorgproces (*e-health*);
- Bevorderen van empowerment en zelfredzaamheid van de patiënt/cliënt;
- Verplichting om *evidence-based* richtlijnen en protocollen door erkende gezondheidsbeoefenaars op te volgen;
- Extra aandacht voor communicatie en rapportage.

BEFEZO roept op om de zorgkundigen te laten excelleren waar ze goed in zijn.

Bevoegdheden en voorwaarden die vereist zijn om het beroep te kunnen uitoefenen

BEFEZO vraagt uitdrukkelijk om het niveau van de zorgkundige te behouden op niveau 4 van EQF. De leerladder en -titels die vandaag worden toegekend moeten behouden blijven.

BEFEZO vraagt dat zorgkundigen een persoonlijk portfolio bijhouden (concept van een *license to practice*), dat de beroepstitel zou worden erkend, dat ze een visumvereiste moeten hebben om het beroep te mogen uitoefenen binnen de gezondheidszorg en dat ze minimaal acht uur bijscholing per jaar volgen de bewijsstukken hiervan worden bijgehouden in het persoonlijk portfolio.

BEFEZO pleit ervoor dat de brede waaier van opleidingswegen behouden blijft. Er zijn een hele reeks nieuwe initiatieven, zoals dual leren, waar ook zorgkundigen worden opgeleid. Er is ook een verzoek om binnen de huidige opleiding een verschuiving van de uren te voorzien waarbij meer uren worden

aides-soignants pour promouvoir la qualité des soins et la sécurité du patient/client. La BEFEZO juge les points suivants importants:

- Une attention particulière sera accordée aux actions fondées sur des preuves et aux actions préventives. L'aide-soignant pourra ainsi encore mieux assumer de manière professionnelle son rôle important en tant que fonction infirmière reconnue;
- Les aides-soignants seront déployés de manière interdisciplinaire vu qu'ils sont largement employables dans les différents secteurs;
- Ils devront contribuer à l'évaluation des soins infirmiers;
- L'informatique sera utilisée dans le cadre du processus de soins (*e-health*);
- Il convient de promouvoir l'autonomie et l'autosuffisance du patient;
- Il convient de prévoir l'obligation de suivre des directives et protocoles fondés sur des preuves et établis par des professionnels de la santé reconnus;
- Une attention supplémentaire sera accordée à la communication et à la rédaction de rapports.

La BEFEZO demande que l'on laisse exceller les aides-soignants dans les domaines où ils sont bons.

Compétences et conditions requises pour pouvoir exercer la profession

La BEFEZO demande expressément de maintenir le niveau des aides-soignants au niveau 4 du CEC. L'échelle et les titres d'apprentissage qui sont octroyés actuellement doivent être conservés.

La BEFEZO demande que les aides-soignants tiennent à jour un portfolio personnel (concept d'une *license to practice*), que leur titre professionnel soit reconnu, qu'ils soient soumis à une exigence de visa pour pouvoir exercer la profession dans le domaine des soins de santé et qu'ils suivent au minimum huit heures de formation continue par an, les preuves étant conservées dans le portfolio personnel.

La BEFEZO plaide pour que l'on maintienne le large éventail de parcours de formation possibles. Il existe toute une série de nouvelles initiatives, comme la formation en alternance, dans le cadre desquelles des aides-soignants sont également formés. Il est aussi demandé, dans le cadre de la formation actuelle,

voorzien voor verzorging om te voldoen aan het nieuwe beroepskwalificatiedossier.

Bijkomende handelingen voor de zorgkundigen

BEFEZO staat positief tegenover de wens van de minister om na te denken over de grens tussen "Care" en "Cure". Hierbij zouden een aantal evidente handelingen overgedragen worden van "Cure" naar "Care".

Zorgkundigen moeten in staat zijn om autonom gedelegeerde handelingen uit te voeren met betrekking tot "Care". Voor "Cure" werkt de zorgkundige samen met de andere gezondheidszorgbeoefenaars.

De uitbreiding van taken beoogt het garanderen van de continuïteit van de zorg.

Voor BEFEZO is het principe van subsidiariteit hierbij belangrijk. Dit laat toe dat een zorgkundige die handelingen stelt die voor hem/haar meest aangewezen zijn binnen zijn eigen competenties.

De uitbreiding moet ook rekening houden met de knelpunten van vandaag binnen de verschillende zorgcontexten.

Nieuwe handelingen binnen "Care"

Volgende handelingen zouden zorgkundigen volledig autonom moeten kunnen stellen: het toedienen van zalven, het toedienen van zetpillen, het toedienen van oor-, oog- en neusdruppels, het bijstand verlenen bij gebruik van zuurstof, de toepassing evidence-based maatregelen ter preventie van vochtgeassocieerde huidletsels, enz.

De voorwaarden zijn dat deze taken zijn toegewezen door een gezondheidszorgbeoefenaar conform een individueel zorgplan en dat de gezondheidsbeoefenaar de delegatie kan stopzetten als de complexiteit toeneemt.

Nieuwe handelingen binnen "Cure"

Volgende handelingen zouden zorgkundigen autonom kunnen stellen binnen een gestructureerde equipe met gezondheidszorgbeoefenaar(s): het toedienen van aerosol, het toedienen van een micro-lavement, de vocht- en voedseltoediening bij patiënt/cliënt met

de prévoir un déplacement d'heures afin de prévoir davantage d'heures pour les soins en vue de répondre aux conditions du nouveau dossier de qualifications professionnelles.

Actes supplémentaires pouvant être effectués par les aides-soignants

La BEFEZO salue le souhait de la ministre de réfléchir à la frontière séparant les notions de "Care" et de "Cure". À cet égard, une série d'actes évidents seraient transférés des actes relevant de la notion de "Cure" à celle de "Care".

Dans le cadre de la notion de "Care", les aides-soignants doivent être capables d'exécuter des actes autonomes délégues. Dans le cadre de la notion de "Cure", l'aide-soignant travaille avec les autres prestataires de soins.

L'élargissement des tâches vise à garantir la continuité des soins.

À cet égard, la BEFEZO accorde de l'importance au principe de subsidiarité, en vertu duquel un aide-soignant effectuera les actes les plus indiqués pour lui dans le cadre de ses propres compétences.

L'élargissement doit également tenir compte des problèmes qui se posent aujourd'hui dans le cadre des différents contextes de soins.

Nouveaux actes relevant de la notion de "Care"

Les actes suivants devraient pouvoir être effectués de manière totalement autonome par les aides-soignants: appliquer des pommades, administrer des suppositoires, administrer des gouttes dans les oreilles, les yeux et le nez, fournir de l'aide pour l'utilisation de l'oxygène, appliquer des mesures fondées sur des données probantes pour prévenir les lésions cutanées liées à l'humidité, etc.

Les conditions sont que ces tâches soient attribuées par un professionnel de la santé conformément à un plan de soins individuel et que le professionnel de la santé puisse mettre fin à la délégation des tâches si leur complexité augmente.

Nouveaux actes relevant de la notion de "Cure"

Les actes suivants pourraient être effectués de manière autonome par les aides-soignants au sein d'une équipe structurée, avec un/des professionnel(s) de la santé: administrer des aérosols, administrer un micro-lavement, nourrir et faire boire un patient/client

slikstoornissen, de toepassing van *evidence-based* maatregelen ter voorkoming van diabetische voet.

Ook hier geldt de voorwaarde dat deze taken zijn toegewezen door een gezondheidszorgbeoefenaar conform een individueel zorgplan en dat de gezondheidsbeoefenaar de delegatie kan stopzetten als de complexiteit toeneemt.

Gedelegeerde toevertrouwde handelingen binnen "cure" op voorschrift van een gezondheidsbeoefenaar

Deze nieuwe categorie is een handeling waarbij een *evidence-based* procedure wordt gevolgd, opgemaakt door een gezondheidzorgbeoefenaar. De zorgkundige wordt opgeleid door de gezondheidszorgbeoefenaar waarbij de zorgkundige kan aantonen voldoende bekwaam te zijn om deze handeling te stellen conform individueel zorgplan. Er moet onmiddellijk toezicht en controle van een gezondheidszorgbeoefenaar mogelijk zijn.

Volgende handelingen horen thuis onder deze nieuwe categorie: de compressietherapie op basis van *evidence-based* zwachteltherapie, de manuele verwijdering van fecalomeren, de hygiënische verzorging van een geheelde stoma waarbij geen wondzorg noodzakelijk is, het meten van de bloeddruk en het rapporteren van de resultaten hiervan, het meten van glycemie en het rapporteren van de resultaten hiervan, het meten van zuurstofsaturatie en het rapporteren van de resultaten hiervan.

Negatieve lijst met handelingen voor de zorgkundige

Volgende handelingen horen thuis onder de "negatieve lijst":

- Het toedienen van subcutane inspuitingen (insuline, insulinepomp, antico enzovoort);
- Het toedienen van hypodermoclyse (onderhuids toedienen van perfusies);
- Het toedienen van voeding en vochttoediening via gastrostomie- of jejunostomie.

Het gaat om complexe handelingen die vooral een risico inhouden voor de veiligheid van de patiënt/client of die weinig courant worden toegepast. Deze handelingen vormen op vandaag geen enkel probleem in continuïteit van zorg indien ze enkel door verpleegkundigen worden uitgevoerd.

présentant des troubles de la déglutition, appliquer des mesures fondées sur des données probantes pour prévenir le pied diabétique.

En l'occurrence également, les conditions sont que ces tâches soient attribuées par un professionnel de la santé conformément à un plan de soins individuel et que le professionnel de la santé puisse mettre fin à la délégation des tâches si leur complexité augmente.

Actes délégués sur prescription d'un professionnel de la santé dans le cadre de la notion de "cure"

Cette nouvelle catégorie inclut des actes effectués sur la base d'une procédure fondée sur des données probantes établie par un professionnel de la santé. Dans le cadre de la formation de l'aide-soignant par le professionnel de la santé, l'aide-soignant peut montrer qu'il est suffisamment compétent pour effectuer cet acte conformément au plan de soins individuel. Une surveillance et un contrôle immédiats du professionnel de la santé doit être possible.

Les actes suivants figurent dans cette nouvelle catégorie: la thérapie de compression sur la base de la thérapie par bandage fondée sur des données probantes, l'enlèvement manuel de fécalomes, les soins hygiéniques d'une stomie guérie dans le cadre desquels aucun soin des plaies n'est nécessaire, la mesure de la tension artérielle et le rapportage des résultats, la mesure de la glycémie et le rapportage des résultats, la mesure de la saturation en oxygène et le rapportage des résultats.

Liste négative des actes ne pouvant être effectués par des aides-soignants

Les actes suivants figurent dans la "liste négative":

- administrer des injections sous-cutanées (insuline, pompe à insuline, antico, etc.);
- pratiquer une hypodermoclyse (perfusion sous-cutanée);
- administrer de la nourriture et des boissons par gastrostomie ou jéjunostomie.

Il s'agit d'actes complexes qui présentent surtout un risque pour la sécurité du patient/client ou qui ne sont pas appliqués couramment. Actuellement, le fait que ces actes soient uniquement effectués par des infirmiers ne pose aucun problème pour la continuité des soins.

Mogelijke overgangsbepalingen bij de uitbreiding van taken

De zorgkundigen die geregistreerd staan, zouden hun verworven rechten behouden en mogen toevertrouwde verpleegkundige activiteiten uitvoeren tot het einde van hun beroepsloopbaan.

Wie erkend wil worden om bijkomende handelingen te stellen dient een attest voor te leggen waarbij een aanvullende opleiding van minimum 30 effectieve uren met vrucht werd beëindigd.

Zorgkundigen zouden 8 jaar na implementatie van de vernieuwde wetgeving betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen de tijd hebben om de opleiding te volgen.

Conclusies

De heer Cappelier vat de vragen van BEFEZO als volgt samen:

- BEFEZO vraagt de zorgkundige als erkend gezondheidszorgbeoefenaar en als verpleegkundige functie te behouden;
- BEFEZO vraagt uitdrukkelijk om het niveau van de zorgkundige te behouden op niveau 4 van EQF;
- BEFEZO vraagt een realistische update van de handelingen volgens het competentieniveau;
- BEFEZO dringt aan op een hervorming in functie van continuïteit van zorgen en subsidiariteit;
- BEFEZO vraagt een realistische update van het beroepsprofiel die een breed draagvlak geniet in de sector;
- BEFEZO vraagt vanuit het beleid om meer erkenning en inspraak van de zorgkundigen.

7. Uiteenzetting van mevrouw Joëlle Pieters, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Na te hebben herinnerd aan de huidige wettelijke grondslag van de verpleegkunde, deelt *mevrouw Joëlle Pieters* mee dat in haar FOD twee adviesorganen bevoegd zijn inzake verpleegkunde: de FRV en de TCV.

Dispositions transitoires possibles dans le cadre de l'extension des tâches

Les aides-soignants enregistrés conserveraient leurs droits acquis et seraient autorisés à exercer les activités infirmières qui leur ont été confiées jusqu'à la fin de leur carrière professionnelle.

Ceux qui souhaitent être autorisés à effectuer des actes supplémentaires doivent produire une attestation qui prouve qu'ils ont suivi et réussi une formation supplémentaire d'au moins trente heures effectives.

Les aides-soignants disposeront de huit ans à partir de la date d'entrée en vigueur de la nouvelle législation relative à l'exercice des professions des soins de santé pour suivre la formation.

Conclusions

M. Cappelier résume ainsi les demandes de la BEFEZO:

- la BEFEZO demande que l'aide-soignant reste un professionnel de la santé reconnu et qu'il continue de prodiguer des soins infirmiers;
- la BEFEZO demande explicitement que le niveau de l'aide-soignant soit maintenu au niveau 4 du CEC;
- la BEFEZO demande une actualisation réaliste des actes en fonction du niveau de compétence;
- la BEFEZO appelle à une réforme basée sur la continuité des soins et la subsidiarité;
- la BEFEZO demande une actualisation réaliste du profil professionnel, celle-ci étant largement soutenue par le secteur;
- la BEFEZO appelle à une politique axée sur une plus grande reconnaissance et une plus grande participation des aides-soignants.

7. Exposé de Mme Joëlle Pieters, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Après avoir rappelé la base légale actuelle régissant l'art infirmier, *Mme Joëlle Pieters* expose qu'il existe, au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, deux organes consultatifs compétents en matière d'art infirmier: le CFAI et la CTAL.

Wat de taken, de samenstelling en de adviezen van de eerstgenoemde betreft, verwijst zij naar de uiteenzetting van de heer Peters.

De TCV, opgericht in 1975, heeft als taak van de minister van Volksgezondheid, op diens verzoek of op eigen initiatief te adviseren over de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen (B1/B2), de lijst van de handelingen die een arts aan een verpleegkundige kan toevertrouwen (C), de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen, en de kwalificatievereisten waaraan de verpleegkundigen moeten voldoen. De TCV is samengesteld uit twaalf verpleegkundigen en twaalf artsen. Een ambtenaar van de FOD woont de vergaderingen als secretaris bij. De spreekster wijst erop dat er tussen februari 2016 en februari 2018 bij gebrek aan vrouwelijke kandidaten in de artsengroep geen vergaderingen van de TCV zijn geweest. Ze konden echter worden hervat na een verzoek tot afwijking, toegestaan door de staatssecretaris voor Gelijke Kansen in december 2017. Tijdens de vorige zittingsperiode heeft de TCV verschillende adviezen uitgebracht die nu al in wetgeving zijn omgezet. Sinds de hervatting van de werkzaamheden in februari 2018 heeft de TCV twee adviezen gegeven. Een derde wordt thans besproken.

De spreekster herinnert ook aan de situatie van de studie verpleegkunde en zorgkunde in België. Voor de verpleegkundigen zijn er nog altijd twee mogelijkheden: de bacheloropleiding, die sinds 2016 is verlengd van drie naar vier jaar, met toepassing van Richtlijn 2013/55/EU, en de opleiding tot gebreveteerde verpleegkundige, die bij de Vlaamse Gemeenschap drie jaar duurt en bij de Franse Gemeenschap drie en een half jaar.

Om zorgkundige te worden moet men ofwel beschikken over een getuigschrift van het tweede jaar van de derde graad van het secundair onderwijs, richting "personenzorg", onderafdeling "hulp aan de personen" en een opleiding van zorgkundige hebben gevolgd van één studiejaar in het kader van voltijds onderwijs of het gelijkwaardige in het onderwijs voor sociale promotie; ofwel geslaagd zijn voor een opleiding in sociale promotie of voor een beroepsopleiding die, samen met elders verworven bekwaming door de bevoegde instanties gelijkgesteld wordt aan de opleiding van zorgkundige; ofwel geslaagd zijn voor het eerste jaar van een opleiding verpleegkunde.

Met betrekking tot de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 zet de spreekster de taak en de samenstelling van de Planningscommissie uiteen. Die heeft tot taak de behoeften inzake medisch

En ce qui concerne les tâches, la composition et les avis du CFAI, l'oratrice se réfère à l'exposé de M. Peters.

La CTAI, créée en 1975, a, quant à elle, pour tâche de donner au ministre de la Santé publique, à sa demande ou d'initiative, des avis concernant la liste des prestations techniques de l'art infirmier (B1/B2), la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à un infirmier (C), les modalités d'exécution de ces prestations et actes et les exigences de qualification auxquelles les infirmiers doivent répondre. Elle est composée de 12 praticiens de l'art infirmier et de 12 médecins. Un fonctionnaire du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement assiste aux réunions en qualité de secrétaire. Mme Pieters souligne que, entre février 2016 et février 2018, il n'y a pas eu de réunions de la CTAI, par manque de candidats féminins dans le groupe des médecins. Les réunions ont cependant pu reprendre suite à une demande de dérogation accordée par le secrétaire d'État en charge de l'Égalité des chances en décembre 2017. Durant la précédente législature, la CTAI a remis différents avis qui ont d'ores et déjà été traduits en législation. Depuis la reprise de ses travaux en février 2018, la CTAI a émis deux avis. Un troisième est actuellement en cours de discussion.

Mme Pieters rappelle également la situation des études d'infirmiers et d'aides-soignants en Belgique. En ce qui concerne les infirmiers, il existe toujours deux filières: la filière d'infirmier bachelier qui est passée depuis 2016 de 3 à 4 années, en application de la Directive 2013/55/UE, et la filière d'infirmier breveté de 3 ans et demi en Communauté française et de 3 ans en Communauté flamande.

Pour devenir aide-soignant, il faut soit, disposer d'un certificat de deuxième année du troisième degré de l'enseignement technique secondaire ou de l'enseignement professionnel, section "services aux personnes", sous-secteur "aide aux personnes", et avoir suivi une formation d'aide-soignant d'une année d'étude dans le cadre d'un enseignement de plein exercice ou l'équivalent en promotion sociale; soit, avoir réussi une formation de promotion sociale ou une formation professionnelle qui, en complément des qualifications acquises ailleurs, est assimilée par les instances compétentes à la formation d'aide-soignant; soit, avoir réussi la première année d'une formation d'infirmier.

En ce qui concerne la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015, l'oratrice expose la mission et la composition de la Commission de planification. Cette dernière a pour mission d'examiner les besoins en matière

aanbod na te gaan voor de artsen, tandartsen, kinésithérapeutes, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten. Zij bestaat uit vertegenwoordigers van de universitaire instellingen van elke gemeenschap, van het Intermutualistisch College, van de representatieve beroepsorganisaties van artsen en specialisten, van de representatieve beroepsorganisaties van tandartsen, van de Vlaamse, Franse en Duitstalige Gemeenschap, van het RIZIV, van de minister van Sociale Zaken en van de minister van Volksgezondheid. De vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties van kinésithérapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten worden alleen uitgenodigd als een agendapunt op hen betrekking heeft.

De spreekster zet vervolgens het PlanCAD-project uiteen. Dat bestaat in een koppeling van de gegevens van de federale databank waarin de erkende beoefenaars van gezondheidszorgberoepen zijn opgenomen, met die van het RIZIV en die van het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming, om zo een kadaster te verkrijgen van de actieve beoefenaars van gezondheidszorgberoepen en een overzicht van hun activiteiten (actieve loontrekkende, actieve zelfstandige, actieve loontrekkende en zelfstandige, actieve bij het RIZIV geregistreerde, activiteitssector, arbeidstijd enzovoort). Door die koppeling wordt het ook mogelijk de verdeling te analyseren naar leeftijd, geslacht of nationaliteit, alsook naar geografische spreiding van het zorgaanbod in België. Feitelijk hebben er twee soorten koppelingen plaats: enerzijds een beperkte koppeling die betrekking heeft op alle variabelen van het meest recente beschikbare jaar, en anderzijds een diepe koppeling die betrekking heeft op alle variabelen, over verscheidene jaren (van 2004 tot het recentste beschikbare jaar). De beperkte koppeling is bedoeld om de beroepsactiviteit tijdens het laatst beschikbare jaar te beschrijven. Met de diepe koppeling wordt gezocht naar historische trends om de parameters van het model te voeden en om prognoses over de arbeidskrachten te maken. Er is al een diepgaande gegevenskoppeling voor de periode 2004-2009 uitgevoerd, op grond waarvan men basisscenario's en alternatieve scenario's heeft kunnen opstellen. Momenteel is een beperkte gegevenskoppeling voor het jaar 2016 aan de gang.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) beklemtoont dat haar fractie, zeker voor de sector van de verpleegkundigen, een warm pleitbezorger is van betere werkomstandigheden en een beter toekomstkader. Het beleid moet een duidelijke richting aangeven. Hierbij vermeldt

d'offre médicale pour les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers, les sages-femmes et les logopèdes. Elle est composée de représentants des institutions universitaires de chaque communauté, du Collège Intermutualiste National, des organisations professionnelles représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes, des organisations professionnelles représentatives des dentistes, des communautés (flamande, française et germanophone), de l'INAMI, du ministre des Affaires sociales et du ministre de la Santé publique. Les représentants des organisations professionnelles des kinésithérapeutes, des infirmiers, des sages-femmes et des logopèdes sont invités uniquement si un point de l'ordre du jour les concerne.

Mme Pieters expose ensuite le projet PlanCAD. Ce dernier consiste en un couplage des données de la banque de données fédérale des professionnels de la santé en droit de prêter avec celles de l'INAMI et celles du Datawarehouse marché du travail et protection sociale, afin d'obtenir un cadastre des professionnels de la santé actifs et un aperçu de leur activité (actif salarié, actif indépendant, actif salarié et indépendant, actif enregistré auprès de l'INAMI, secteurs d'activités, temps de travail, etc.). Ce couplage permettra également une analyse de la répartition en fonction de l'âge, du sexe ou de la nationalité ainsi qu'une analyse de la répartition géographique de l'offre de soins de santé en Belgique. En réalité, deux types de couplages ont lieu: d'une part, un couplage réduit qui porte sur toutes les variables de l'année la plus récente disponible; et d'autre part, un couplage approfondi qui porte sur toutes les variables mais sur plusieurs années, de 2004 à la dernière année disponible. Le couplage réduit vise à décrire l'activité de la profession au cours de la dernière année disponible. Le couplage approfondi a, quant à lui, pour objectif d'obtenir des tendances historiques pour nourrir les paramètres du modèle et effectuer des projections au sujet de la force de travail. Un couplage approfondi sur les données de 2004 à 2009 a déjà été réalisé et a permis de dessiner des scénarios de base et des scénarios alternatifs. Actuellement, un couplage réduit sur les données de l'année 2016 est en cours.

B. Questions et observations des membres

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) souligne que son groupe plaide fortement en faveur de meilleures conditions de travail et de meilleures perspectives d'avenir, notamment pour le secteur des soins infirmiers. Les responsables politiques doivent définir une orientation

zij een beter toekomstkader voor de verpleegkundigen in zorginstellingen, en op federaal vlak in de ziekenhuizen.

Spreekster wijst op een communautair aspect. Als op federaal vlak wordt geijverd voor een betere normbestaffing, dan wordt vaak gewezen naar het deelstaatniveau, dat dan verantwoordelijk zou zijn voor het optrekken van deze normbestaffing. Met het oog op een coherent beleid, pleit spreekster er dan ook voor om de bevoegdheden onder het deelstaatniveau te brengen.

Op het gebied van de thuisverpleging is de vraag naar het beter honoreren van activiteiten een terechte bekommernis. Reeds jaren was er geen indexering. Dit jaar is hierin weliswaar verandering gebracht maar dat is slechts een kleine stap in de goede richting.

Mevrouw Van Camp wijst op de OESO-studie die het voor België had over 10,8 verpleegkundigen per 1000 inwoners. De situatie op het terrein is echter nog meer precair omdat men het hier heeft over "gefinancierde handen aan bed", en dit is slechts 80 % van wat de ziekenhuizen effectief inzetten. In de realiteit gaat het om circa 1 verpleegkundige per 13 patiënten. Dit brengt ons in het gezelschap van Spanje, Griekenland en Polen. België scoort de helft slechter tegenover landen waar wel voldoende op "handen aan bed" wordt ingezet, zoals de Scandinavische landen en de Verenigde Staten.

Men heeft de mond vol van budgettaire restricties. De sterftekans neemt echter met 7 % toe als een verpleegkundige meer werk moet aannemen. Iedere euro die men investeert in de verpleegkundige sector betaalt zichzelf voor $\frac{3}{4}$ terug doordat er betere opvolging is en patiënten sneller naar huis kunnen. De handelingen die men thuis kan laten plaatsvinden, leveren ook een besparing op van een honderdtal euro per dag aan ligdagprijs. Het is dus van belang om hierop in te zetten.

Wat de IFIC-financiering betreft, leven op het terrein toch nog heel wat vragen. Mevrouw Van Camp had hierover graag wat meer duidelijkheid over gekregen en verbaast zich erover dat de sector hier niet bij betrokken is geweest. Hoe zal IFIC de verloning van de verschillende verpleegkundigen (HBO5, bachelor en de hoofdverpleegkundigen) beïnvloeden? Welke voor- en nadelen zijn aan het systeem verbonden? Kan de IFIC leiden tot aantrekkelijke loonvoorwaarden voor startende verpleegkundigen die jongeren kan aantrekken?

claire. Elle évoque à cet égard les meilleures perspectives d'avenir qu'il convient d'offrir aux infirmiers dans les institutions de soins et, au niveau fédéral, dans les hôpitaux.

L'intervenante épingle un aspect communautaire. Lorsqu'au niveau fédéral, l'on œuvre pour une meilleure gestion des effectifs, il est souvent renvoyé aux entités fédérées, qui seraient responsables de l'accroissement de ces effectifs. Pour que la politique menée soit cohérente, l'intervenante plaide pour que les compétences relèvent désormais des entités fédérées.

Dans le domaine des soins à domicile, la question d'une meilleure rémunération des activités est une préoccupation légitime. Cela faisait des années qu'il n'y avait plus eu d'indexation. C'est certes chose faite cette année, mais ce n'est qu'un petit pas dans la bonne direction.

Mme Van Camp renvoie à l'étude de l'OCDE qui fait état, pour la Belgique, de 10,8 infirmiers pour 1000 habitants. La situation sur le terrain est toutefois d'autant plus précaire qu'il s'agit ici de "personnel soignant financé", ce qui ne représente que 80 % du personnel réellement engagé par les hôpitaux. Il y a en réalité environ un infirmier pour treize patients, ce qui équivaut plus ou moins à la situation en Espagne, en Grèce et en Pologne. La Belgique obtient des résultats deux fois moins bons que les pays où il est réellement misé sur le personnel soignant, comme les pays scandinaves et les États-Unis.

On parle beaucoup de restrictions budgétaires. Toutefois, le taux de mortalité augmente de 7 % lorsqu'un infirmier doit travailler davantage. Chaque euro investi dans le secteur des soins infirmiers est rentabilisé à hauteur de 75 %, parce qu'il y a un meilleur suivi et que les patients peuvent rentrer plus rapidement chez eux. Les actes qui peuvent être effectués à domicile se traduisent également par une économie d'une centaine d'euros par jour par rapport au prix de la journée d'hospitalisation. Il est donc important de miser sur cette possibilité.

En ce qui concerne le financement IFIC, il subsiste encore de nombreuses questions sur le terrain. Mme Van Camp aurait souhaité obtenir des éclaircissements à ce sujet et s'étonne que le secteur n'ait pas été impliqué. Comment l'IFIC influencera-t-il la rémunération des différents types d'infirmiers (HBO5, bachelier et infirmiers en chef)? Quels sont les avantages et les inconvénients du système? L'IFIC peut-il permettre de mettre en place des conditions de rémunération attrayantes pour les infirmiers débutants dans le but d'attirer les jeunes?

Het probleem van de versnippering in beleidsdomeinen is reeds aangehaald. Dit blijkt ook bij de hervorming om te voldoen aan de Europese normen van de verpleegkundige opleiding. De opleiding situeert zich op een ander bestuursniveau dan de invulling van het beroep. De bezorgdheid om een jaar toe te voegen aan de verpleegkundige opleiding is niet geheel ongegrond. Mevrouw Van Camp pleit voor een driejarige opleiding met een extra jaar betalende stage om de opleiding aantrekkelijk te houden.

Mevrouw Van Camp vraagt of er reeds duidelijkheid over de HBO5-opleiding bestaat? Als de bachelor een jaar extra heeft moeten toevoegen aan de opleiding om te voldoen aan de Europese normering, dan lijkt dit voor de HBO5-opleiding nog een moeilijkere zaak. Als de opleiding niet conform blijkt te zijn, wat zal dan gebeuren met de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015, met name op het gebied van de titulatuur en de erkenning van deze beroeps groep? Welke handelingen zullen zij mogen stellen?

Volgens de Europese regels moet de opleiding tot verpleegkundige voldoende stage bevatten. De invloering van een extra jaar zou hieraan tegemoetkomen. Hoe zien de deskundigen de weerslag hiervan op de opleiding niveau 5?

De zelfstandige verpleegkundigen strijden met andere middelen dan de verpleegkundigen die voor een koepel werken. Zij hebben minder financiële en administratieve ondersteuning. Zij zien zich, spijts hun aantal, onvoldoende vertegenwoordigd in raden en commissies. Heeft de vertegenwoordiger van de zelfstandige verpleegkundigen een idee van de verhouding zelfstandige verpleegkundigen ten opzichte van de thuisverpleegkundigen in loondienst? Zit hier een evolutie in? Noot dit de overheid niet tot een andere vertegenwoordiging van de zelfstandige verpleegkundigen in de raden en commissies?

Mevrouw Van Camp wijst op het belang van de taalvereisten en stelt voor om de aflevering van het visum te koppelen aan de kennis van de taal van de regio. Een verpleegkundige of andere zorgverstreker die zich vestigt in Vlaanderen moet het Nederlands beheersen, net zoals een zorgverstreker in Wallonië het Frans moet machtig zijn.

Spreekster is van mening dat de overheid moet voorzien in een voldoende basisfinanciering die beloont voor kwaliteit. Investeren in "handen aan het bed" is inzetten op de kwaliteit. Dit vergt een voldoende basisfinanciering van de ziekenhuizen.

Le problème de la fragmentation en domaines politiques a déjà été mentionné. C'est d'ailleurs ce qui ressort également de la réforme visant à répondre aux normes européennes concernant la formation d'infirmier. La formation ne dépend pas du même niveau de pouvoir que la définition de la profession. Les craintes au sujet de l'ajout d'une année à la formation d'infirmier ne sont pas totalement infondées. Mme Van Camp préconise une formation de trois ans avec une année supplémentaire de stage rémunéré afin de maintenir l'attractivité de la formation.

Mme Van Camp se demande si une décision a déjà été prise s'agissant de la formation HBO5. S'il convient d'ajouter une année supplémentaire à la formation de bachelier pour se conformer aux normes européennes, la situation semble encore plus compliquée pour la formation HBO5. Si cette formation s'avère être non conforme, qu'adviendra-t-il de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015, notamment en ce qui concerne le titre et la reconnaissance de cette profession? Quels actes seront-ils autorisés à effectuer?

Selon la réglementation européenne, la formation d'infirmier doit inclure une période de stage suffisamment longue. L'introduction d'une année supplémentaire répondrait à cette exigence. Selon les experts, quelles en seront les répercussions sur la formation de niveau 5?

Les infirmiers indépendants et les infirmiers travaillant pour une coupoole ne luttent pas à armes égales: l'aide financière et administrative dont les premiers bénéficient est moindre. Compte tenu de leur nombre, ils s'estiment insuffisamment représentés dans les conseils et les commissions. Le représentant des infirmiers indépendants a-t-il une idée de leur nombre par rapport aux infirmiers à domicile salariés? Peut-on parler d'évolution? Cette situation n'oblige-t-elle pas les pouvoirs publics à modifier la représentation des infirmiers indépendants dans les conseils et les commissions?

Mme Van Camp souligne l'importance des exigences linguistiques et propose de lier la délivrance du visa à la connaissance de la langue de la région. Un infirmier ou tout autre dispensateur de soins qui s'établit en Flandre doit connaître le néerlandais, tout comme un dispensateur de soins qui s'installe en Wallonie doit maîtriser le français.

L'intervenante estime que les pouvoirs publics doivent prévoir un financement de base suffisant récompensant la qualité. Investir dans le personnel infirmier, c'est miser sur la qualité, mais cela demande que l'on finance suffisamment les hôpitaux.

Wat de thuisverpleging betreft, is aandacht gevraagd voor de maximumfactuur, vacuümtherapie, e.a. Ook deze bezorgdheden werden kenbaar gemaakt aan de minister.

De heer Daniel Senesael (PS) betreurt het gebrek aan overleg door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Hij stelt vast dat die ontbrekende dialoog niet eigen is aan de verpleegkundigen, maar alle gezondheidszorgberoepen betreft.

Aangaande de hervorming van de ziekenhuisfuncties geeft hij aan dat hij de minister heeft ondervraagd over de bezorgdheid die bij het personeel leeft over de gevolgen van die nieuwe functieclassificatie, die momenteel alleen voor de privéziekenhuizen geldt, maar op termijn ook in de openbare ziekenhuizen van toepassing zou moeten zijn. De minister heeft geantwoord dat zij het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC) en de AUVB heeft ontvangen. De heer Senesael wenst te vernemen hoe die ontmoeting is verlopen.

Voorts wenst hij nadere uitleg te verkrijgen over de mogelijkheid waarin het protocolakkoord van 19 december 2017 tussen de Federale Staat en de deelstaten voorziet om geneeskundige of verpleegkundige handelingen te delegeren aan niet-zorgverleners. Zal dat occasioneel of op de lange termijn ook structureel gebeuren? In welke waarborgen wordt voorzien om de veiligheid van de patiënten te verzekeren?

Aangaande de hervorming van de nomenclatuur vraagt de spreker of er voorzien wordt in een herziening van de prestaties van de verpleegkundigen aan huis en of er in dat verband al gesprekken zijn geweest met de minister. De heer Senesael peilt tevens naar het standpunt van de beroepsverenigingen over het tekort aan verpleegkundigen. Hoe kan dat tekort worden verklaard, en welke oplossingen zijn vorhanden?

Ten slotte wenst hij nadere uitleg over het functiemodel dat de FRV heeft voorgesteld: hoe zal dat model de mobiliteit bevorderen en hoe zal die mobiliteit het beroep aantrekkelijker maken?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) wijst erop dat verpleegkundige een knelpuntberoep is en dat het van belang is om voldoende handen in de zorg te hebben. Meer handen in de zorg zorgt voor betere werkcondities voor verpleegkundigen. Het subsidiariteitsprincipe is van belang.

Het onderscheid tussen "care" en "cure" is een goed uitgangspunt om een aantal evidente handelingen over te dragen. De zeer concrete uitbreidings die hier

En ce qui concerne les soins à domicile, l'attention a été attirée sur le maximum à facturer, la thérapie par pression négative, etc. Ces préoccupations ont également été portées à la connaissance de la ministre.

M. Daniel Senesael (PS) déplore le manque de concertation de la part de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Il constate que cette absence de dialogue n'est pas propre aux praticiens de l'art infirmier mais affecte toutes les professions des soins de santé.

Concernant la réforme des fonctions hospitalières, il signale avoir interrogé la ministre au sujet des inquiétudes du personnel quant aux conséquences de cette nouvelle classification de fonction, laquelle n'est actuellement d'application que dans les hôpitaux privés, mais devrait l'être aussi à terme dans les hôpitaux publics. La ministre a répondu avoir reçu l'Institut de Classification de Fonctions (IFIC) et l'UGIB. M. Senesael souhaiterait savoir comment cette rencontre s'est déroulée.

Il souhaiterait également avoir plus de précisions au sujet de la possibilité, prévue par le protocole d'accord du 19 décembre 2017 entre l'État fédéral et les entités fédérées, de déléguer des actes médicaux ou infirmiers à des non-soignants. Ces délégations seront-elles occasionnelles ou organisées sur le long terme? Quelles seront les garanties pour assurer la sécurité des patients?

En ce qui concerne la réforme de la nomenclature, l'orateur demande si une révision des prestations des infirmiers à domicile est prévue et si les discussions avec la ministre à ce sujet ont déjà été initiées. M. Senesael souhaiterait également connaître le point de vue des associations professionnelles au sujet de la pénurie d'infirmiers. Comment s'explique-t-elle et comment y remédier?

Il souhaiterait enfin avoir des précisions sur le modèle de fonctions proposé par le CFAI: en quoi ce modèle favorisera-t-il la mobilité et en quoi cette mobilité renforcera-t-elle l'attractivité de la profession?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) rappelle qu'il s'agit d'un métier en pénurie et insiste sur la nécessité de disposer de suffisamment de personnel soignant. Plus le personnel sera nombreux et meilleures seront les conditions de travail des infirmiers. Le principe de subsidiarité est important.

La distinction entre le "care" et le "cure" est un excellent postulat pour transférer un certain nombre d'actes évidents. Les élargissements très concrets

worden gevraagd, zowel voor "care", als voor "cure", zijn evenwel beperkt en niet wereldschokkend. Zij komen al voor op het terrein en vormen geen bedreiging voor het beroep van verpleegkundigen. Spreekster wenst van de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen te weten of de voorstellen van opleiding van zorgkundigen als extra bijscholing volstaan.

Mevrouw Dedry heeft in de tussenkomst van de heer Cappelier te weinig het onderscheid horen maken tussen "thuiszorg" en "instellingenzorg". In de thuiszorg staan de zorgkundigen er doorgaans alleen voor. Gelden de voorstellen van de heer Cappelier in hun geheel, zowel voor de "thuiszorg", als voor de "instellingenzorg"?

Uit de tussenkomsten is gebleken dat er vaak een aantal handelingen worden gedaan door onvoldoende gekwalificeerd personeel. Dit kan natuurlijk niet, maar we weten dat in de praktijk in o.a. woonzorgcentra de werkgevers vaak aan de zorgkundigen de opdracht geven om bepaalde verpleegkundige handelingen te doen, omdat er een tekort aan verpleegkundigen is.

In ziekenhuizen worden de patiënten soms al beïnvloed om een bepaalde zorg aan te nemen bij een bepaalde verpleegkundige, die in hoofdberoep in het ziekenhuis werkt en in bijberoep in de thuisverpleging werkt. Dit is deontologisch niet correct. Spreekster wijst op de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen.

De heer Speeckaert heeft erop gewezen dat veel taken geacht worden door verpleegkundigen te worden uitgevoerd, maar niet worden vergoed. Voor bepaalde aspecten gaat mevrouw Dedry hiermee akkoord. Zij is echter van mening dat het aanleren van één bepaalde verpleegkundige zorg aan de mantelzorger en de bijscholing van de mantelzorger niet moet worden vergoed omdat deze taken inherent bij het takenpakket van de verpleegkundige behoren.

Tot slot wenst mevrouw Dedry enige duiding bij de gevolgen van de nieuwe functieclassificatie voor de verpleegkundigen.

De heer Damien Thiéry (MR) vraagt de heer Nottebaert welke concrete oplossingen hij zou bepleiten om te voorkomen dat de patiënten, zodra ze in het ziekenhuis zijn opgenomen, ertoe worden gebracht te kiezen voor thuiszorgkundigen die verbonden zijn aan het ziekenhuis, ten koste van de thuisverpleegkundigen die eerder bij hen kwamen.

demandés en l'espèce, pour le "care" comme le "cure", sont toutefois limités et n'ont rien de sensationnel. Ils sont fréquents sur le terrain et ne menacent pas la profession infirmière. L'intervenante demande aux représentants des infirmiers s'ils estiment que les propositions de formation des aides-soignants sont suffisantes comme formation continue supplémentaire.

Mme Dedry estime que dans son intervention, M. Cappelier n'a pas suffisamment insisté sur la distinction entre les "soins à domicile" et les "soins en institution". Dans le premier cas, les aides-soignants sont généralement seuls. Les propositions formulées par M. Cappelier valent-elles dans leur ensemble, pour les "soins à domicile" comme pour les "soins en institution"?

Les interventions ont montré qu'un certain nombre d'actes sont souvent posés par un personnel insuffisamment qualifié. C'est bien sûr inacceptable, mais nous savons qu'en pratique, dans les centres de soins résidentiels notamment, il arrive souvent que les employeurs demandent aux aides-soignants d'accomplir certains actes infirmiers à cause d'une pénurie d'infirmiers, précisément.

Dans les hôpitaux, les patients sont parfois poussés, pour la suite de leurs soins, à s'adresser à un infirmier particulier qui travaille à l'hôpital pour son activité principale et dispense des soins à domicile dans le cadre d'une activité complémentaire. D'un point de vue déontologique, ce n'est pas correct. L'intervenante pointe la responsabilité des hôpitaux.

M. Speeckaert a fait observer que de nombreuses tâches sont censées être accomplies par les infirmiers, mais qu'elles ne sont pas rémunérées. Sur certains points, Mme Dedry est d'accord, mais elle estime qu'il n'y a pas lieu de rémunérer un praticien qui enseigne un acte infirmier isolé à l'aistant proche ou assure la formation de ce dernier, parce qu'il s'agit de tâches inhérentes aux missions de l'infirmier.

Enfin, l'intervenante souhaite des précisions concernant les conséquences de la nouvelle classification des fonctions pour les infirmiers.

M. Damien Thiéry (MR) demande à M. Nottebaert quelles solutions concrètes ce dernier préconiserait pour éviter que les patients, une fois hospitalisés, ne soient amenés à choisir des prestataires de soins à domicile liés à l'hôpital, au détriment des infirmiers à domicile qui les suivaient auparavant?

Aangaande de concurrentie als gevolg van de onduidelijkheid omtrent de inning van het remgeld vraagt de heer Thiéry of het een goede oplossing zou zijn om de inning ervan verplicht te maken.

Bovendien vraagt hij of de thuisverpleegkundigen die als zelfstandige werken, in de praktijk toegang krijgen tot de multidisciplinaire thuiszorgteams waarvan de oprichting de jongste jaren werd bevorderd.

Voorts peilt de spreker naar de stand van zaken inzake het probleem van het aan huis uitlezen van de identiteitskaarten. Is dat probleem verholpen? Zijn er nog steeds moeilijkheden?

De spreker vraagt eveneens of er concrete voorstellen bestaan om het probleem inzake de opleiding en de supervisie van de zorgkundigen, meer bepaald bij prestaties aan huis, op te lossen.

De heer Thiéry gaat vervolgens in op de verklaringen van mevrouw Van Camp. Hij onderstreept dat zijn fractie momenteel niet gewonnen is voor nieuwe bevoegdheidsoverdrachten naar de deelstaten. Wat de taalkundige benadering betreft, wordt het idee geopperd om van de personen die een geneeskundig of verpleegkundig beroep uitoefenen, te eisen dat ze minstens één van de landstalen kennen.

Mme Catherine Fonck (cdH) merkt op dat het van belang is dat de vertegenwoordigers van de sector in het parlement hun opmerkingen kunnen formuleren bij de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 en dat hun boodschap wordt overgebracht aan de minister tijdens de onderhandelingen over deze hervorming. Men hoopt dat de kamerleden van de meerderheid dit bericht zullen doorzenden.

De organisatie van de gezondheidszorg is in volle ontwikkeling. Er is ook een evolutie in de activiteiten van de verpleegkundigen en de zorgkundigen. Doordat de patiënten vervroegd het ziekenhuis verlaten, nemen de werklast, de verantwoordelijkheden en de autonomie van de verplegers en de zorgverleners steeds meer toe.

Mevrouw Fonck hoorde een collega een oproep formuleren voor een bevoegdheidsoverheveling van de gezondheidszorg naar de Gemeenschappen. Deze aangelegenheid maakt niet het voorwerp uit van de discussie die we thans voeren.

Spreekster onderstreept het belang van een omvangrijker verpleegkundig kader aan het bed van de patiënt. Door de bezuinigingen van de laatste jaren is op dit gebied echter geen vooruitgang gemaakt.

Au sujet de la concurrence induite par le flou régnant autour de la perception du ticket modérateur, M. Thiéry demande si le fait de rendre sa perception obligatoire constituerait une bonne solution.

Il demande en outre si, pratiquement, les infirmiers à domicile sous statut d'indépendant ont accès aux équipes multidisciplinaires à domicile dont la constitution a été favorisée ces dernières années.

L'orateur souhaiterait également connaître l'état de la situation actuelle concernant le problème de lecture des cartes d'identité à domicile. Le problème est-il résolu? Subsiste-t-il des difficultés?

L'orateur demande aussi s'il existe des propositions concrètes pour remédier au problème de formation et de supervision des aides-soignants, notamment, lors des prestations effectuées à domicile.

M. Thiéry réagit ensuite au propos de Mme Van Camp. Il souligne que sa formation politique n'est actuellement pas favorable à de nouveaux transferts de compétences vers les entités fédérées. En ce qui concerne l'approche linguistique, l'idée est de requérir des personnes qui professent dans le domaine médical ou infirmier, la connaissance d'au minimum une des langues nationales.

Mme Catherine Fonck (cdH) indique qu'il est important que les représentants du secteur puissent formuler, au Parlement, leurs observations concernant la réforme de la loi coordonnée le 10 mai 2015 et que leur message soit transmis à la ministre lors des négociations consacrées à cette réforme. On espère que les députés de la majorité relayeront ce message.

L'organisation des soins de santé est en pleine évolution. Les activités des infirmiers et des aides-soignants aussi. Le fait que les patients quittent l'hôpital plus tôt a pour conséquence que la charge de travail, les responsabilités et l'autonomie des infirmiers et des prestataires de soins ne cessent d'augmenter.

Mme Fonck a entendu un collègue lancer un appel en faveur d'un transfert de compétences aux Communautés en matière de soins de santé. Cette matière ne fait pas l'objet de la discussion qui est actuellement en cours.

L'intervenante souligne le besoin d'un cadre infirmier plus important au lit du patient. Aucune avancée n'a toutefois été réalisée dans ce domaine en raison des économies imposées ces dernières années.

Er is een consensus over de permanente vorming. Wat de basisopleiding betreft, is er een Europees kader met strategische uitdagingen op het gebied van de kwaliteit van de zorg. Mevrouw Fonck heeft er zich over verbaasd dat de vertegenwoordigers van de zorgkundigen uitdrukkelijk vragen om absoluut de functie van zorgkundige te behouden, terwijl dit niet in overeenstemming is met de Europese regelgeving, en evenmin met de komende uitdagingen met betrekking tot opleidingsvereisten.

Is het niet van belang om ervan uit te gaan dat we in de toekomst zowel een verpleegkundig beroep hebben met kwaliteitsvereisten, als een beroep van zorgkundige met een upgrade van competenties nodig zullen hebben, waarbij beide beroepen in tandem werken in een multidisciplinaire sfeer, eerder dan volgens het schema dat we vandaag kennen? Er zijn weliswaar overgangsmaatregelen nodig en het beroep van HBO5/gebreveteerde verpleegkundigen zal niet worden opgeheven, maar we moeten werken aan een complementariteit die beide beroeps categorieën respecteert.

Wat de specialisatie betreft, heeft men het niet gehad over de specialisatie van de verpleegkundigen. De minister wenst tot een systeem van verschillende categorieën specialisaties te komen. Hoe ziet de beroepssector deze voorstellen?

Wat de deelname van de verpleegkundigen betreft in het bestuur van de ziekenhuizen, is gesproken over de "verpleegraad van het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk". De minister wenst dit echter niet wettelijk te verankeren in het wetsontwerp. Wat denken de experts van een alternatieve piste waarbij men een vertegenwoordiging van de verpleegkundigen opneemt in de raad van bestuur van de ziekenhuizen? De verpleegraad heeft een belangrijke opdracht die meer omvat dan de opdrachten van de raad van bestuur, maar het zou een eerste stap zijn.

Wat de bezorgdheden in het kader van de IFIC-functieclassificatie betreft, hoopt spreekster dat er nog aanpassingen zullen plaatsvinden om te voorkomen dat verpleegkundigen worden bestraft. In dit dossier werd te weinig geanticipeerd op mogelijke problemen. Zouden de belanghebbenden bij de minister geen overzicht kunnen indienen van de mogelijke problemen die zich kunnen stellen op het gebied van de classificaties?

Er dient rekening gehouden te worden met de geïdentificeerde problemen om te voorkomen dat dezelfde problemen zich ook in de publieke sector zouden voordoen.

Il existe un consensus sur la formation permanente. En ce qui concerne la formation de base, il existe un cadre européen comprenant des défis stratégiques dans le domaine de la qualité des soins. Mme Fonck s'étonne que les représentants des aides-soignant(e)s demandent expressément que leur fonction soit maintenue à tout prix, alors que cela n'est conforme ni à la réglementation européenne, ni aux enjeux à venir en matière d'exigence de formation.

N'est-il pas important de partir du principe que nous aurons à l'avenir une profession infirmière soumise à des exigences de qualité et que nous aurons besoin d'une profession d'aide-soignant(e) dont le niveau de compétences aura été rehaussé, les deux professions travaillant en tandem dans une atmosphère multidisciplinaire, plutôt que selon le modèle que nous connaissons aujourd'hui? Des mesures transitoires sont certes nécessaires et la profession d'infirmier/infirmière HBO5/breveté(e) ne sera pas supprimée, mais nous devons travailler à une complémentarité qui respecte les deux catégories professionnelles.

Concernant la spécialisation, celle des infirmiers/infirmières n'a pas été abordée. La ministre souhaite parvenir à un système de différentes catégories de spécialisations. Comment le secteur professionnel perçoit-il ces propositions?

Concernant la participation des infirmiers/infirmières à l'administration des hôpitaux, il est question du "conseil infirmier du réseau hospitalier clinique locorégional". La ministre ne souhaite toutefois pas l'ancrer dans le projet de loi. Que pensent les experts d'une piste alternative incluant une représentation des infirmiers/infirmières dans le conseil d'administration des hôpitaux? Le conseil infirmier a une mission importante qui va au-delà de celles du conseil d'administration, mais ce serait un premier pas.

En ce qui concerne les inquiétudes liées à la classification de fonctions IFIC, l'intervenante espère que des adaptations seront encore apportées pour éviter que les infirmiers ne soient pénalisés. Dans ce dossier, les problèmes potentiels n'ont pas été suffisamment anticipés. Les intéressés pourraient-ils présenter à la ministre un relevé des problèmes qui risquent de se poser dans le domaine des classifications?

Il faut tenir compte des problèmes identifiés actuellement pour éviter que les mêmes problèmes se posent dans le secteur public.

Wat betreft de delegatie van verstrekkingen werd geen beperkte lijst van delegeerbare verstrekkingen opgesteld. De minister heeft de delegatie te breed geopend, aldus de spreekster. Kan de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 komen tot een beperkte lijst met daden die daadwerkelijk kunnen toevertrouwd worden aan de zorgkundigen?

De zelfstandige thuisverpleegkundigen moeten grote administratieve lasten nakomen, aldus mevrouw Fonck. Zij pleit op dit vlak voor meer faciliterende maatregelen.

Er is gepleit voor de formule van de groepspraktijken. Is het mogelijk dat de zelfstandige thuisverpleegkundigen hun activiteit verderzetten zonder zich noodzakelijk aan te sluiten bij een groepspraktijk?

Groepspraktijk is positief. Men hoeft het kader te ontwikkelen om groepspraktijken aan te moedigen. Maar niet alle verpleegkundigen wensen dit.

Veel thuisverpleegkundigen hebben gewezen op de moeilijkheden aangaande de keuze van de verpleegkundige na de hospitalisatie. In een aantal gevallen levert dit om verschillende redenen problemen op, aldus mevrouw Fonck. Een patiënt met een thuisverpleegkundige stelt vast dat na de behandeling in het ziekenhuis een verpleegkundige van het ziekenhuis de thuiszorg verder op zich neemt omdat deze verpleegkundige een bepaalde specialisatie heeft of de patiënt bijzondere zorgen nodig had. Hoe kan men in dit dossier op een meer positieve wijze vooruitgang boeken in het belang van de patiënt en zonder de verpleegkundigen tegen elkaar op te zetten?

Hoewel dit buiten het bestek van de besproken materie gaat, had spreekster tot slot graag toelichting gekregen over de eindeloopbaanmaatregelen voor de verpleegkundigen.

Mevrouw Muriel Gerkens (*Ecolo-Groen*) is van mening dat er, behalve de aanpassing van de opleiding in de verpleegkunde als gevolg van de omzetting van Richtlijn 2013/55/EU, niet veel is ondernomen om de respectieve praktijken van verpleegkundigen en zorgkundigen beter af te bakenen, om de voor elke functie noodzakelijke competentielijsten op te stellen en om de opleidingen dienovereenkomstig aan te passen.

Aangezien de minister op termijn slechts twee functiecategorieën beoogt, vraagt mevrouw Gerkens zich af wat zal gebeuren met de zorgkundigen van wie de opleiding niet langer aangepast is aan de veranderende situatie van de patiënt, alsook met de "gebrevetteerde" verpleegkundigen, van wie het opleidingsniveau blijft

En ce qui concerne la délégation d'actes, aucune liste limitative des actes qui peuvent être délégués n'a été dressée. Pour l'intervenante, la ministre a ouvert la délégation de manière trop large. Serait-il possible, dans le cadre de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015, d'établir une liste limitative des actes qui peuvent véritablement être confiés aux infirmiers?

Mme Fonck indique que les infirmiers indépendants à domicile doivent s'acquitter d'importantes charges administratives. À cet égard, elle préconise davantage de mesures facilitatrices.

La ministre plaide en faveur de la formule des pratiques de groupe. Est-il possible que les infirmiers indépendants poursuivent leurs activités sans nécessairement s'affilier à une pratique de groupe?

La pratique de groupe est positive. Il faut faire évoluer le cadre pour encourager ces pratiques de groupe. Néanmoins, tous les infirmiers sur ne le souhaitent pas.

Beaucoup d'infirmiers à domicile ont attiré l'attention sur les difficultés liées au choix de l'infirmier après une hospitalisation. Dans une série de cas, selon Mme Fonck, ce choix pose problème, pour diverses raisons. Un patient suivi par un infirmier à domicile constate qu'après le traitement en milieu hospitalier, un infirmier de l'hôpital continue à assurer les soins à domicile parce que cet infirmier dispose d'une spécialisation particulière ou que le patient avait des besoins spécifiques. Comment peut-on progresser plus positivement dans ce dossier, dans l'intérêt du patient et sans monter les infirmiers les uns contre les autres?

Bien que cette question ne relève pas de la matière à l'examen, l'intervenante souhaiterait enfin obtenir des éclaircissements concernant les mesures de fin de carrière pour les infirmiers.

Mme Muriel Gerkens (*Ecolo-Groen*) estime que, à part l'adaptation de la formation des infirmiers suite à la transposition de la Directive 2013/55/UE, pas grand-chose n'a été entrepris pour mieux baliser les domaines de pratiques respectifs des infirmiers et des aides-soignants, pour établir les listes de compétences nécessaires à chaque fonction et pour adapter les formations en conséquence.

Dans la mesure où la ministre n'envisage à terme que deux catégories de fonctions, Mme Gerkens s'interroge sur le sort des aides-soignants dont la formation n'est plus adaptée à l'évolution de la situation des patients, ainsi que sur celui des infirmiers brevetés dont la filière subsiste alors qu'elle ne répond pas aux exigences

bestaan, terwijl het niet beantwoordt aan de vereisten van Richtlijn 2013/55/EU. Los van de verworven rechten rijst de vraag hoe die functies en de opleidingen die eraan voorafgaan, bij de tijd kunnen worden gebracht. Zou het niet beter zijn te voorzien in meerdere functiecategorieën, die aldus het volledige zorgcontinuüm beter zouden kunnen dekken?

Aangaande de hervorming van de ziekenhuisfuncties wil mevrouw Gerkens weten of inderdaad, zoals de minister beweert, overleg wordt gepleegd met het IFIC en hoe die onderhandelingen verlopen.

Tevens wenst zij het standpunt te vernemen van de verschillende aanwezige beroepsverenigingen over de manier waarop de taken tussen ziekenhuisverpleegkundigen en thuisverpleegkundigen moeten worden verdeeld bij patiënten die bij hun terugkeer naar huis acute of complexe zorg behoeven. Hoe kunnen een zorgcoördinatie en een taakverdeling worden gewaarborgd die niet ten koste van de patiënten en de thuisverpleegkundigen gaan?

C. Antwoorden

Mevrouw Jacinthe Dancot (Haute Ecole Robert Schuman) licht het standpunt toe van het Franstalig hoger onderwijs op het vlak van de verpleegkundige zorg.

Zij pleit ervoor dat de titel van "verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg" slechts vanuit de bacheloropleiding toegankelijk zou zijn, terwijl momenteel ook het brevet van verpleegkundige zorg tot die titel toegang geeft.

Zij betreurt meerdere maatregelen die de federale regering heeft genomen of overweegt en die volgens haar de bacheloropleiding tekortdoen (bijvoorbeeld nieuwe functieclassificatie, specialisaties). Volgens haar bestaat er dan ook een risico dat de jongeren niet meer voor dat opleidingsniveau zullen kiezen, terwijl uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat wanneer méér verpleegkundigen aanwezig zijn die op bachelorniveau zijn opgeleid, het sterftecijfer daalt, er zich minder complicaties voordoen en de tevredenheid bij de patiënten stijgt.

De spreekster vraagt dus dat de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg enkel toegankelijk wordt voor bachelor gediplomeerden, en dat verschillende opleidingen tot verschillende titels en functies leiden. Die vraag stemt overigens overeen met de functiedifferentiatie die de FRV voorstelt, alsook met de gang van zaken in heel wat andere landen, zowel binnen als buiten de Europese Unie.

de la Directive 2013/55/UE. Au-delà des droits acquis, comment faire évoluer ces fonctions et les formations qui y conduisent? Ne serait-il pas envisageable de créer plusieurs catégories de fonctions, qui seraient dès lors mieux à même de couvrir l'ensemble du continuum de soins?

En ce qui concerne la réforme des fonctions hospitalières, Mme Gerkens souhaiterait savoir s'il y a bien, comme l'affirme la ministre, une concertation au niveau de l'IFIC et comment se déroulent ces négociations.

Elle souhaiterait aussi recevoir un avis des différentes associations professionnelles présentes sur la manière de répartir les tâches entre infirmiers hospitaliers et infirmiers à domicile dans les situations de patients qui nécessitent des soins aigus ou complexe lors de leur retour à domicile. Comment assurer une coordination des soins et un partage des tâches qui ne se fassent pas au détriment des patients et des infirmiers à domicile?

C. Réponses

Mme Jacinthe Dancot (Haute Ecole Robert Schuman) exprime le point de vue de l'enseignement supérieur francophone en soins infirmiers.

Elle plaide pour que le titre d'infirmier responsable de soins généraux soit accessible à partir de la seule filière de bachelier, alors qu'actuellement, cette filière coexiste encore avec celle du brevet en soins infirmiers.

Elle déplore plusieurs mesures prises ou envisagées par le Gouvernement fédéral qui, à ses yeux, dévalorisent la filière de bachelier (ex.: nouvelle classification de fonctions, spécialisations). Elle estime qu'il existe dès lors un risque que les jeunes ne s'engagent plus dans cette filière, alors même que des études scientifiques démontrent que la présence d'un plus grand nombre d'infirmiers formés à un niveau de bachelier diminue la mortalité, diminue les complications et augmente la satisfaction des patients.

L'oratrice demande donc que le titre d'infirmier responsable de soins généraux ne soit accessible qu'à partir d'un diplôme de bachelier, et que des formations différentes amènent à des titres et fonctions différents. Cette demande correspond d'ailleurs à la différenciation de fonctions proposée par le CFAI ainsi qu'à ce qui est mis en œuvre dans de nombreux pays, tant au sein qu'en dehors de l'Union européenne.

Ten slotte wijst de spreekster erop dat de ministers van de deelstaten aangeven dat zij vastzitten en niet de beslissingen kunnen nemen die onder hun bevoegdheden vallen zolang de Federale Staat geen standpunt inneemt met betrekking tot de beslissingen waarvoor hij bevoegd is.

Mevrouw Cécile Dury (Haute Ecole Henallux en Association européenne des enseignants en sciences infirmières) is het met mevrouw Dancot eens.

Bovendien is zij van mening dat de functie van "verpleegkundig specialist" slechts denkbaar is als er een stevige basis is, dat met andere woorden de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg een bacheloropleiding heeft genoten. Zij onderstreept dat in de meeste Europese landen een proces aan de gang is waarbij de verpleegkundige wetenschappen naar het universitair niveau worden getild. Zo wordt in Frankrijk de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg sinds 2009 opgeleid op bachelorniveau en vanaf september 2018 worden de verpleegkundig specialisten opgeleid via de masters in de verpleegkundige wetenschappen.

In de Fédération Wallonie-Bruxelles worden de vragen om een master in de verpleegkundige wetenschappen in te voeren tegengehouden in afwachting van de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 en meer bepaald van de erkenning van de titel van verpleegkundig specialist. De FRV heeft nochtans meerdere adviezen in die zin overhandigd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Waarop wacht zij om die adviezen ten uitvoer te leggen? In dat verband merkt de spreekster op dat de door de FRV voorgestelde functieclassificatie beantwoordt aan de internationale standaarden die worden bepleit door de *International Council of Nurses*, de *European Federation of Nurses Associations*, de *Fédération internationale des enseignants en sciences infirmières* en het *Secrétariat international des infirmiers et infirmières de l'espace francophone*.

Het hoger onderwijs voor verpleegkundige zorg wenst dan ook dat in het kader van de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 een hoger competentieniveau wordt geëist voor de zorgkundige; dat het bachelorniveau wordt geëist voor het voeren van de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg; dat de functie van verpleegkundig specialist wordt ingevoerd en dat daarvoor het niveau van master in de verpleegkundige wetenschappen vereist is; dat het onderzoek in de verpleegkundige wetenschappen wordt uitgebouwd om nieuwe kennis aan te boren en de uitvoering van de klinische aanbevelingen in de praktijk te bevorderen.

L'oratrice signale enfin que les ministres des entités fédérées se disent bloqués pour prendre les décisions qui relèvent de leurs compétences, tant que l'État fédéral ne se positionne pas dans ce sens pour les décisions qui relèvent de sa compétence.

Mme Cécile Dury (Haute Ecole Henallux et Association européenne des enseignants en sciences infirmières) appuie les propos de Mme Dancot.

Elle estime en outre que la fonction d'infirmier de pratique avancée ne peut se concevoir qu'à partir d'un socle de base solide, avec un infirmier responsable de soins généraux formé à un niveau de bachelier. Elle souligne que la plupart des pays européens mettent en œuvre un processus d'universitarisation des sciences infirmières. Ainsi, en France, depuis 2009, l'infirmier responsable de soins généraux est formé au niveau de bachelier; et, en septembre 2018, les masters en sciences infirmières s'ouvriront pour former les infirmiers de pratique avancée.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les demandes d'ouverture d'un master en sciences infirmières sont bloquées dans l'attente de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015, et plus particulièrement, de la reconnaissance du titre d'infirmier de pratique avancée. Le CFAI a pourtant remis plusieurs avis dans ce sens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Qu'attend-elle pour les mettre en œuvre? L'oratrice signale à cet égard que la classification de fonctions proposée par le CFAI correspond aux standards internationaux préconisés par le Conseil international des infirmiers, la *European Federation of Nurses Associations*, la Fédération internationale des enseignants en sciences infirmières, et le Secrétariat international des infirmiers et infirmières de l'espace francophone.

L'enseignement supérieur en soins infirmiers souhaite dès lors que, dans le cadre de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015, un plus haut niveau de compétences soit exigé pour l'aide-soignant; le niveau de bachelier soit exigé pour l'obtention du titre d'infirmier responsable de soins généraux; la création de la fonction d'infirmier de pratique avancée, en exigeant pour cette dernière, le niveau de master en sciences infirmières; et la recherche en sciences infirmières soit développée pour créer de nouveaux savoirs et favoriser la mise en œuvre des recommandations cliniques dans la pratique.

Mevrouw Delphine Haulotte (AUVB en ACN) herinnert eraan dat de FRV een heel duidelijk advies heeft uitgebracht over het functiemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst. Zij begrijpt dan ook niet waarom de IFIC in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfuncties, tegen het advies van de FRV in, twee categorieën van verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg (14A en 14B) handhaaft, die overeenstemmen met de twee bestaande opleidingsniveaus, terwijl zij in werkelijkheid dezelfde taken uitvoeren, ongeacht de zorgeneheid waar zij werken.

Een pas afgestudeerde verpleegkundige is natuurlijk blij in het begin van zijn loopbaan een relatief hoog salaris te verdienen (1 700 euro netto), maar daarna is de evolutie van de loonschalen nogal vlak. Er rijzen ook vragen over de hoogte van het verpleegkundigenpensioen. Voor de verpleegkundigen in de algemene zorg (zowel die met een bachelordiploma als die met een brevet) worden bovendien de weddeverhogingen voor het nacht- en weekendwerk afgeschaft. Voorts vragen de gebrevettede verpleegkundigen zich af hoeveel zij zullen verdienen in vergelijking met de bachelors.

De spreekster beklemtoont dat er bovendien discriminaties tussen de specialisaties bestaan. De verpleegkundigen die op de afdeling intensieve zorg of in de operatiekamers werken, worden in klasse 15 geplaatst, terwijl de verpleegkundigen van de ontwaakzaal in klasse 14 vallen, hoewel ook zij gespecialiseerde zorg verstrekken. Meerder categorieën verpleegkundigen zijn niet in de functieclassificatie van het IFIC opgenomen: de in ziekenhuishygiëne gespecialiseerde verpleegkundigen, de verpleegkundigen die transplantaties coördineren enzovoort.

Het IFIC heeft tot dusver geen enkel antwoord gegeven op de vragen betreffende de methodologie of aangaande de discriminatie tussen openbare en privéziekenhuizen, tussen gespecialiseerde diensten onderling of tussen bachelors en gebrevetteerden. Wie zal toeziен op de toepassing van het nieuwe model in de ziekenhuizen? Het door het IFIC uitgewerkte model is gebaseerd op een soort vastgelegd beeld dat geen rekening houdt met de verschillen tussen de diensten. De beroepsorganisaties kunnen tot 30 juni 2018 nieuwe voorstellen formuleren. Op federaal én op gemeenschapsniveau moeten politieke beslissingen worden genomen.

Aangaande de opleiding merkt de spreekster op dat voor sommige specialisaties (zoals esthetische verpleegkunde) geen volledig opleidingsjaar nodig is. Voor dat type opleiding volstaan minimum 20 ECTS.

Mme Delphine Haulotte (UGIB et ACN) rappelle que le CFAI a rendu un avis très clair sur le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur. Elle ne comprend dès lors pas pourquoi, dans le cadre de la réforme des fonctions hospitalière, l'IFIC, en dépit de l'avis du CFAI, maintient deux catégories d'infirmiers responsables de soins généraux (14A et 14B), correspondant aux deux filières de formation existantes, alors qu'ils accomplissent en réalité les mêmes tâches, quelle que soit l'unité de soins où ils travaillent.

Un jeune diplômé se réjouit évidemment de percevoir un salaire relativement élevé (1 700 euros nets) au début de sa carrière mais les barèmes stagnent par la suite. Des questions se posent également quant au montant de la pension. En outre, les majorations de traitement pour le travail de nuit et de week-end sont supprimées pour les infirmiers de soins généraux, qu'ils soient détenteurs d'un diplôme de bachelier ou d'un brevet. Les infirmiers brevetés se demandent aussi quel sera leur salaire par rapport aux bacheliers.

L'intervenante souligne par ailleurs les discriminations entre spécialisations. Les infirmiers qui travaillent en soins intensifs ou en salles d'opération sont catégorisés en classe 15 tandis que ceux qui sont actifs en salle de réveil se retrouvent en classe 14, bien qu'ils soient également amenés à prodiguer des soins spécialisés. Plusieurs catégories d'infirmiers ne figurent pas dans l'éventail de fonctions prévu par IFIC: les infirmiers spécialisés en hygiène hospitalière, les infirmiers coordinateurs de transplantations, etc.

À ce jour, l'IFIC n'a apporté aucune réponse aux questions posées concernant la méthodologie et les discriminations entre hôpitaux publics et privés, entre services de spécialisation ou encore entre bacheliers et brevetés. Qui va contrôler l'application du nouveau modèle dans les hôpitaux? Le modèle conçu par l'IFIC l'a été sur la base d'une sorte de "photo" type sans tenir compte des différences entre services. Les associations professionnelles peuvent formuler de nouvelles propositions jusqu'au 30 juin 2018. Des décisions devront être prises sur le plan politique, tant au niveau fédéral que communautaire.

En matière de formation, l'intervenante fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire de prévoir une année de formation complète pour certaines spécialisations (ex. infirmière esthéticienne). Un minimum de 20 ECTS suffit pour ce type de formation.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft erop gewezen dat de hyperspecialisatie problemen inzake mobiliteit en polyvalentie veroorzaakt. Bovendien is het heel moeilijk om de specialisaties exclusief in een bepaald vakgebied te plaatsen. Diabetes moet bijvoorbeeld thuis, bij de huisarts, op de spoedgevallendienst, op de afdeling intensieve zorg of in de chirurgie-afdeling kunnen worden behandeld.

Mevrouw Haulotte vermeldt vervolgens de risico's in verband met de aantrekkelijkheid van het beroep.

Wat het tekort aan zorgpersoneel betreft, benadrukt de spreekster dat er veel jonge gemotiveerde studenten zijn, die door de menselijke en technische aspecten van het beroep worden gedreven. Wanneer zij echter met de realiteit worden geconfronteerd, namelijk met de druk inzake zorgkwaliteit en met de niet-afdoende begeleidingsnormen, beslissen sommigen om hun studies stop te zetten. Wars van de gevuldte opleiding dreigt de verpleegkundige het slachtoffer te worden van burn-out. Overdag moeten drie verpleegkundigen ('s namiddags twee) en een zorgkundige zich om dertig patiënten bekommeren; 's nachts moet één enkele verpleegkundige de kritieke situaties kunnen beheren. Talrijke jonge verpleegkundigen proberen aan de stress in de ziekenhuizen te ontkomen door voor de thuiszorg te kiezen, maar ze stellen vast dat ook daar een groot tekort aan begeleiding bestaat, waardoor ze ten opzichte van de patiënten alleen staan. Zij verlaten dan het beroep.

Tot slot pleit mevrouw Haulotte ervoor om de medische handelingen die aan de mantelzorgers kunnen worden gedelegeerd, te beperken. Regelmatig keren patiënten terug naar het ziekenhuis met een infectie ten gevolge van zorg die hun partner slecht heeft toege diend. Er moet een duidelijk raamwerk worden gecre eerd in verband met de taken die respectievelijk aan de artsen, aan de verpleegkundigen en aan de mantelzorgers worden toege wezen. De spreekster vermeldt het voorbeeld van de palliatieve zorg aan gehandicapten.

De heer Paul Cappelier (BEFEZO) stoort zich aan de wijze waarop het panel op deze hoorzitting werd samengesteld. Zeker omdat ook de bacheloropleidingen nog eens met twee extra sprekers het standpunt van de AUVB en de FRV mogen komen verdedigen. Hij betreurt dat er geen vertegenwoordigers van de opleidingen van de zorgkundigen, HBO5 verpleegkundigen en gebrevetteerde verpleegkundigen werden uitgenodigd. Hierdoor krijgen deze opleidingen niet de kans om hun standpunten en visies te komen verdedigen. Er worden hier uitspraken gedaan over de HBO5 opleiding terwijl men eigenlijk duidelijk niets afweet over de inhoud van deze opleidingen. Men weet ook niet welke weg ze hebben afgelegd de voorbije tien jaar om kwalitatieve

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a dénoncé l'hyperspecialisation, source de problèmes en termes de mobilité et de polyvalence. De plus, il est très difficile de cloisonner les spécialisations dans un domaine spécifique. Le diabète, par exemple, doit pouvoir être traité à domicile, chez le généraliste, aux urgences, aux soins intensifs ou encore en chirurgie.

Mme Haulotte évoque ensuite les risques sur le plan de l'attractivité de la fonction.

Concernant la pénurie de personnel soignant, l'oratrice souligne la motivation de beaucoup de jeunes étudiants, passionnés à la fois par les aspects humains et techniques du métier. Confrontés au terrain, à la pression en termes de qualité de soins et aux normes d'encadrement insuffisantes, certains décident cependant d'arrêter leurs études. Quelle que soit la formation reçue, le burn-out guette l'infirmier. En journée, trois infirmiers (deux l'après-midi) et un aide-soignant doivent s'occuper de trente patients; durant la nuit, un seul infirmier doit pouvoir gérer les situations critiques. Nombreux sont les jeunes infirmiers qui tentent de fuir le stress des hôpitaux pour se consacrer aux soins à domicile mais ils constatent là aussi le manque criant d'encadrement, seuls face aux patients. Ils abandonnent alors le métier.

Enfin, Mme Haulotte plaide pour une limitation des actes susceptibles d'être délégués aux aidants proches. Des patients reviennent régulièrement à l'hôpital, atteints d'une infection suite aux soins mal administrés par le conjoint. Il faut créer un cadre clair pour les tâches dévolues respectivement aux médecins, aux infirmiers et aux aidants proches. L'intervenant cite l'exemple des soins palliatifs aux personnes handicapées.

M. Paul Cappelier (BEFEZO) est contrarié par la façon dont le panel a été constitué pour cette audition, notamment car les formations de bachelier, avec deux orateurs supplémentaires, peuvent également défendre la position de l'UGIB et du CFAI. Il regrette qu'aucun représentant des formations d'aide-soignant, d'infirmier HBO5 et d'infirmier breveté n'ait été invité. Ces formations n'ont pas conséquent pas la possibilité de défendre leurs points de vue et leurs visions. Des déclarations ont été faites lors de ces auditions sur la formation HBO5, alors qu'il est en fait clair que le contenu de ces formations est méconnu. On ne sait pas non plus ce qu'elles ont mis en place au cours des dix dernières années pour former des infirmiers de qualité. L'orateur

verpleegkundigen af te leveren. De spreker wil dan ook toch even gebruik maken van deze tijd om ook hen te verdedigen want de HBO5 verpleegkundigen en de gebrevetteerde verpleegkundigen worden hier niet gehoord.

De heer Cappelier wijst erop dat de diverse organisaties die het verplegend personeel vertegenwoordigen, tot dusver geen eenparig standpunt hebben bereikt.

Binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid werden er vragen gesteld aan de bevoegde eurocommissaris over de Europese titel verpleegkunde verantwoordelijk voor algemene zorg. Er kwam een duidelijk antwoord dat de titel verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg moet voldoen aan de Richtlijn 2013/55/EU. Maar in het antwoord werd ook duidelijk gesteld dat er andere titels van verpleegkundige kunnen uitgereikt worden binnen een lidstaat zoals bijvoorbeeld tweedelijnsverpleegkundigen, maar men moet dan wel duidelijk stellen binnen de lidstaat, dat deze niet voldoen aan de Richtlijn 2013/55/EU. Zo is het perfect mogelijk om bijvoorbeeld volgende titels toe te wijzen van teamverpleegkundige, basisverpleegkundige of praktijkverpleegkundige. De lidstaten van de Europese Unie behouden de mogelijkheid om een functie van verpleegkundige te creëren die verschilt van de functies waarin door de Europese regelgeving is voorzien. De enige beperking is dat die functie niet overal in de EU op dezelfde manier kan worden ingezet.

De spreker pleit ervoor om verschillende soorten opleidingen te behouden, waaronder de opleiding die leidt tot het diploma van "gegradueerde verpleegkundige" in de Vlaamse gemeenschap (een "HBO5-opleiding") en de opleiding die leidt tot het diploma van "infirmier breveté" in de Franse Gemeenschap. Er werd meermaals verwezen naar de RN4CAST studie van Walter Sermeus (KU Leuven). Het is geweten dat dhr. Sermeus vanuit de KU Leuven al vele tientallen jaren pleit voor de afschaffing van de HBO5 verpleegkunde. Men kan dus stellen dat dit onderzoek niet echt helemaal neutraal is. De spreker verwijst graag naar een ander neutraal rapport: de *Euro Health Consumer Index 2017*. Hij merkt op dat Nederland de eerste plaats bekleedt in de *Euro Health Consumer Index 2017* (blz. 9 en volgende). België staat op de achtste plaats. Nederland is het enige land dat sinds 2005 op één van de eerste drie plaatsen staat. In Nederland zijn er 25 % HBO verpleegkundigen (bachelors) en 75 % MBO verpleegkundigen (vergelijkbaar met HBO5/gebrevetteerden). Bij onze noorderburen heeft men politiek nog maar recent beslist om de MBO verpleegkundige om te vormen tot de basisverpleegkundige en de HBO verpleegkundige tot de regieverpleegkundige. Beide verpleegkundigen werken er vlot met elkaar samen. De landen met de beste resultaten

veut dès lors tout de même profiter de ce moment pour les défendre également, l'avis des infirmiers HBO5 et des infirmiers brevetés n'étant finalement pas pris en compte lors de cette audition.

M. Cappelier fait remarquer qu'aucun consensus n'a pu être dégagé à ce jour entre les différentes organisations représentatives du personnel infirmier.

Dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique, des questions ont été posées au commissaire européen compétent au sujet du titre européen d'infirmier responsable de soins généraux. La réponse était claire : le titre d'infirmier responsable de soins généraux doit être conforme à la directive 2013/55/UE. Mais il a également été clairement affirmé que d'autres titres d'infirmier pouvaient être délivrés au sein d'un État membre, comme, par exemple, le titre d'infirmier de deuxième ligne. Il convient toutefois d'indiquer explicitement au sein de l'État membre que ces titres ne sont pas conformes à la directive 2013/55/UE. Il est ainsi parfaitement possible de délivrer, par exemple, les titres suivants : infirmier d'équipe, infirmier de base ou infirmier praticien. Les États membres de l'Union européenne conservent la faculté de créer une autre fonction infirmière que celles prévues par la réglementation européenne. Seule restriction: cette fonction n'est alors pas interopérable au niveau européen.

L'intervenant plaide pour le maintien de plusieurs types de formation, dont la formation menant au diplôme "gegradueerde verpleegkundige" en Communauté flamande (formation de niveau HBO5), et celle octroyant le brevet infirmier en Communauté française. Il a été renvoyé à plusieurs reprises à l'étude RN4CAST de Walter Sermeus (KU Leuven). On sait que M. Sermeus plaide depuis de nombreuses années déjà, à la KU Leuven, en faveur de la suppression de la formation d'infirmier dans l'enseignement supérieur professionnalisaant (HBO5). Il est dès lors permis d'affirmer que cette étude n'est pas vraiment tout à fait neutre. L'orateur renvoie volontiers à un autre rapport neutre: l'*Euro Health Consumer Index 2017*. Il observe que les Pays-Bas occupent la première place dans le *Euro Health Consumer Index 2017* (pp. 9 et suivantes). La Belgique se retrouve à la huitième place. Les Pays-Bas sont les seuls à figurer parmi les trois premiers depuis 2005. Les Pays-Bas comptent 25% de bacheliers en soins infirmiers (HBO) et 75% d'infirmiers issus de l'enseignement secondaire professionnel (MBO) (comparable avec HBO5/brevetés). Chez nos voisins néerlandais, la décision politique vient d'être prise de transformer la formation d'infirmier dans l'enseignement secondaire (MBO) en une formation d'infirmier de base et la formation d'infirmier dans l'enseignement

op het vlak van *outcome scores* (verhouding ontslag/overlijden) zijn Nederland, Zwitserland, Oostenrijk, Duitsland en België. In al die landen bestaan er meerder opleidingsmogelijkheden voor verpleegkundigen.

De Vlaamse regering is eenparig voorstander van het behoud van de verschillende opleidingsniveaus voor verpleegkunde. De leerladder van niveau 4 tot niveau 7 (dus inclusief het HBO5-niveau) dient volgens de Vlaamse regering en de voltallige onderwijscommissie behouden te blijven met een zorgkundige op niveau 4 en de verpleegkundigen op niveau 5 en 6.

De spreker vraagt zich af of het werkelijk nodig is dat beide niveaus van verpleegkundige in staat moeten zijn om zich alle domeinen eigen te maken. Zijn er voldoende stageplaatsen op pediatrie en het verloskwartier om alle studenten verpleegkunde stage te laten lopen? Hij is eveneens voorstander van het behoud van de diverse categorieën binnen de leerladder.

De HBO5 verpleegkundigen vormen dan de groep van de praktijkverpleegkundigen. De verpleegkundigen met een bachelor hebben daarnaast meer bredere competenties op vlak van leiderschap en beheer en zullen in staat zijn om op gespecialiseerde afdelingen te werken, protocollen op te stellen en deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek.

De thuiszorgsector is bereid om bepaalde bijkomende medische handelingen te aanvaarden. Meer erkenning voor de rol van de zorgkundigen – die in de thuiszorg volstrekt autonoom werken – is echter essentieel. Dat soort zorg vereist totaal andere vaardigheden dan ouderenzorg of zorg in een ziekenhuisomgeving.

De spreker vraagt dat de functie “zorgkundige” deel zou blijven uitmaken van de verpleegkundige functies, aangezien de zorgkundigen nauw met de verpleegkundigen samenwerken. De spreker verwijst naar het finaal rapport van de Europese commissie m.b.t. de competenties voor de *health care assistant*. Het gaat hier ook over een Europees rapport over de zorgkundige maar dit kwam vreemd genoeg nog niet aan bod binnen deze hoorzitting. Ook de KU Leuven met dhr. Sermeus was betrokken bij dit rapport dat op vraag van de Europese commissie werd opgemaakt. In geen enkele lidstaat van de Europese Unie is momenteel voor de zorgkundigen

supérieur (HBO) en une formation d’infirmier spécialisé. La collaboration entre ces deux types d’infirmiers est efficace. Les pays qui réalisent les meilleurs résultats en termes d’*outcome scores* (taux de sortie/mortalité) sont les Pays-Bas, la Suisse, l’Autriche, l’Allemagne et la Belgique. Ces pays offrent tous des formations multiples pour les infirmiers.

Le gouvernement flamand s'est prononcé unanimement en faveur du maintien de plusieurs niveaux de formation en soins infirmiers. Le gouvernement flamand et la commission de l'enseignement dans son ensemble considèrent que l'échelle d'apprentissage des niveaux 4 à 7 (c'est-à-dire y compris le niveau HBO5) doit être conservée en prévoyant la formation d'aides-soignants au niveau 4 et la formation d'infirmiers aux niveaux 5 et 6.

L'orateur se demande s'il est vraiment nécessaire que les étudiants des deux niveaux de formation en soins infirmiers soient capables de maîtriser tous les domaines. Y a-t-il suffisamment de places de stage en pédiatrie, et dans le bloc d'accouchement, pour organiser des stages pour tous les étudiants en soins infirmiers? Il est également favorable au maintien des diverses catégories au sein de l'échelle d'apprentissage.

Les infirmiers du niveau HBO5 forment l'équipe des infirmiers auxiliaires. Les infirmiers titulaires d'un titre de bachelier disposent en outre de compétences de direction et de gestion plus larges, et seront capables de travailler dans des unités spécialisées, de rédiger les protocoles et de participer à la recherche scientifique.

Le secteur des soins à domicile est disposé à accepter certains actes de soins supplémentaires. Il est toutefois essentiel d'accorder une plus grande reconnaissance au rôle des aides-soignants, qui fonctionnent de façon tout à fait autonome dans le cadre des soins à domicile. Ce type de soins requiert des compétences totalement différentes de ceux prodigués aux personnes âgées ou en milieu hospitalier.

L'orateur demande que la fonction d'aide-soignant continue à figurer parmi les fonctions infirmières, dans la mesure où celui-ci collabore étroitement avec les infirmiers. L'orateur renvoie au rapport final de la Commission européenne sur les compétences du *health care assistant*. En l'occurrence, il s'agit aussi d'un rapport européen sur les aides-soignants, mais, assez étrangement, ce rapport n'a pas encore été évoqué durant cette audition. La KU Leuven a aussi été associée, par l'intermédiaire du Dr. Sermeus, à la réalisation de ce rapport demandé par la Commission européenne. Aucun État membre de l'Union européenne n'exige

een opleiding van niveau 5 (dat wil zeggen een opleiding van drie jaar na de secundaire opleiding) vereist. In België is het opleidingsniveau van de zorgkundigen al heel hoog en de vereisten voor de uitgevoerde handelingen, alsook de vereiste bekwaamheden, zijn van een hoger peil dan in veel andere landen. Het is belangrijk om binnen de huidige bekwaamheden van de zorgkundigen de klemtoon te leggen op uitmuntendheid. Preventie staat immers centraal bij thuis- en ouderenzorg; de zorgkundigen staan dicht bij de patiënten. Het zou een vergissing zijn hun opleiding buitensporig te willen verzwaren, want het is belangrijk dat een voldoende instroom in het beroep wordt gewaarborgd. De opleiding van niveau 5 is te ambitieus voor veel studenten; dat dreigt te leiden tot een groter tekort aan zorgkrachten in de ziekenhuizen, in de thuiszorg en in de ouderenzorg. Teneinde zoveel mogelijk kandidaten voor de zorgstructuren aan te trekken, moet een zo breed mogelijke waaier aan opleidingen worden aangeboden.

Functiedifferentiatie is belangrijk, maar kan leiden tot de uitsluiting van sommige beroepsgroepen. De zorgkundigen moeten hun titel kunnen behouden, want zij zijn veel meer dan louter assistenten. Om de titel "verpleegkundigen" in plaats van "verplegers" te krijgen, hebben de betrokkenen in Vlaanderen jarenlang strijd moeten leveren.

Ondanks de nieuwe Europese vereisten is het nog steeds mogelijk een beroepsopleiding voor verpleegkunde te stand te houden. De Richtlijn 2013/55/EU stelt héél duidelijk dat een verpleegkundige kan opgeleid worden in beroepsopleidingen voor verpleegkunde. Volgens de richtlijn voorzag de bachelor in te weinig praktijkuren en stage. Men heeft daarom beslist om de bacheloropleiding met één jaar te verlengen. De organisatie van stages binnen de bacheloropleiding is ook totaal verschillend van de HBO5 opleidingen. De bacheloropleidingen hebben niet meer de middelen om te voorzien in bedsite begeleiding bij hun studenten op de werkvloer. Ze kunnen enkel beroep doen op verpleegkundige stagementoren vanuit de stageplaatsen.

Binnen de HBO5 opleidingen is dit totaal verschillend. Hier gaan docenten mee met studenten op de stageplaats en werken één dag per week samen met de student op stage aan het bed van een patiënt. Hierdoor wordt een enorme leerwinst geboekt voor de student en blijven de HBO5 opleidingen up to date. Er wordt samen met de docent aan werkplekleren gedaan en studenten worden daarnaast ook in de mate van het mogelijke door de stagementoren van de afdeling opgevolgd. De spreker merkt op dat, door de immense werkdruk

actuellement une formation de niveau 5 (formation de trois ans après les études secondaires) pour les aides-soignants. Le niveau de formation des aides-soignants est déjà très élevé en Belgique et les exigences pour les actes posés et les compétences requises sont supérieures à celles prévues par beaucoup d'autres pays. Il est important de privilégier les domaines d'excellence dans le périmètre des compétences actuelles des aides-soignants. La prévention est en effet un concept-clé pour les soins à domicile et aux personnes âgées; les aides-soignants sont proches des patients. Ce serait une erreur de vouloir alourdir leur formation à l'excès car il est important de garantir un accès suffisant à la profession. La formation de niveau 5 est trop ambitieuse pour un grand nombre d'étudiants, ce qui risque d'entraîner une plus grande pénurie de personnel soignant tant à l'hôpital que pour les soins à domicile et aux personnes âgées. Il est impératif d'offrir un large éventail de formations afin d'attirer un maximum de candidats dans les structures de soins.

La différenciation de fonctions est importante mais elle peut entraîner l'exclusion de certains groupes professionnels. Les aides-soignants doivent pouvoir conserver leur titre car ils sont bien davantage que de simples assistants. En Flandre, les infirmiers ont dû se battre durant des années pour obtenir le titre de *verpleegkundigen* au lieu de *verplegers*.

Malgré les nouvelles exigences imposées sur le plan européen, il est possible de maintenir un enseignement professionnel pour les infirmiers. La Directive 2013/55/UE dispose très clairement qu'un infirmier peut bénéficier d'un enseignement professionnel pour les infirmiers. Selon cette directive, le bachelier prévoyait trop peu de cours pratiques et de stages. C'est pourquoi il a été décidé de prolonger d'un an la formation de bachelier. L'organisation des stages dans le cadre de la formation de bachelier diffère aussi totalement de celle prévue dans le cadre des formations HBO5. Les formations de bachelier n'ont plus les moyens de prévoir un accompagnement de proximité de leurs étudiants sur le lieu de stage. Ces derniers peuvent uniquement faire appel aux infirmiers du lieu de stage qui ont été désignés maîtres de stage.

La situation est totalement différente dans le cadre des formations HBO5, où les professeurs accompagnent les étudiants sur le lieu de stage et où ils s'occupent ensemble, un jour par semaine, d'un patient. Cette méthode de travail est extrêmement enrichissante pour les étudiants et assure la mise à jour des formations HBO5. Les étudiants reçoivent un enseignement de leur professeur sur leur lieu de stage et sont, par ailleurs, également suivis dans la mesure du possible par les maîtres de stage du département. L'orateur souligne

en personeelstekorten, dit tot op vandaag een zware en niet steeds een volledig haalbare opdracht is voor stagementoren.

Tot slot merkt de heer Cappelier op dat de zorgenecheden door de nieuwe functiemodellen in de problemen dreigen te komen. Het is vandaag al bijzonder complex om dienstroosters op te maken voor verpleegkundigen vanwege grote tekorten. Dit zal in de toekomst nog veel complexer worden indien men ook nog eens met het nieuw functiemodel dient rekening te houden. Aangezien de zorgcontinuïteit moet worden gewaarborgd, moet voortaan te allen tijde een bachelor verpleegkunde aanwezig zijn, ook tijdens de nachtelijke diensturen. De spreker wenst zich niet te mengen in de discussie die hier werd gevoerd met betrekking tot IFIC. Maar hier wordt eenzijdig en enkel naar de reacties vanuit de AUVB geluisterd. De spreker zou toch oproepen aan de parlementsleden om ook nog even te rade gaan bij de sociale partners om hun reactie te horen op de standpunten en uitleggingen van de AUVB.

De heer Lucien Speeckaert (VBZV) geeft aan dat hij, omdat er ter zake geen kadaster bestaat, geen precieze cijfers kan geven over het aantal zelfstandige thuisverpleegkundigen. Hij raamt hun (toenemend) aantal op 18 000 à 20 000 (ongeveer 70 % van het totale aantal).

Het RIZIV heeft 50 000 euro gespendeerd om na te gaan hoe de nomenclatuur kan worden hervormd. Er werd een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de verpleegkundigen, de ziekenhuizen en het RIZIV, alsook met drie hoogleraars. Deze werkgroep heeft een aantal voorstellen voorgelegd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Uiteindelijk werd echter beslist de werkzaamheden binnen het RIZIV zelf voort te zetten.

De spreker pleit voor de erkenning van en een correcte vergoeding voor de verpleegkundige prestaties van de thuisverpleegkundigen. Momenteel ontvangt een thuisverpleegkundige minder dan vijf euro voor de toediening van een injectie; daarvoor moet de betrokkenen niet alleen de injectie toedienen, maar moet hij/zij zich ook naar de woonplaats van de patiënt begeven, het nodige materiaal meebrengen en het dossier aanleggen. De vraag rijst dan ook hoe men het beroep voldoende aantrekkelijk kan houden en de reeds actieve verpleegkundigen ertoe kan aanzetten nieuwe taken op zich te nemen.

que pour les maîtres de stage, il s'agit actuellement d'une lourde tâche dont ils ne peuvent pas toujours s'acquitter entièrement en raison de la charge de travail considérable et du manque de personnel.

Enfin, M. Cappelier fait remarquer que les nouveaux modèles de fonction risquent de poser problème au sein des unités de soins. À l'heure actuelle, il est déjà particulièrement difficile de planifier les horaires de travail des infirmiers en raison du manque criant de personnel. Cette difficulté s'accroîtra à l'avenir s'il faut également tenir compte du nouveau modèle de fonctions. La continuité des soins doit être assurée, ce qui supposera dorénavant la présence constante d'un infirmier bachelier, y compris pour les services de nuit. L'orateur ne souhaite pas s'immiscer dans la discussion menée durant l'audition au sujet de l'IFIC. Il fait cependant observer que seul l'avis de l'UGIB a été entendu. L'orateur recommanderait tout de même aux parlementaires de consulter également les partenaires sociaux afin de connaître leur avis sur les points de vue et les déclarations de l'UGIB.

Faute de cadastre, *M. Lucien Speeckaert (VBZV)* ne peut fournir des chiffres précis quant au nombre d'infirmiers à domicile sous statut d'indépendant. Il évalue ce nombre (croissant) entre 18 000 et 20 000, soit quelque 70 % du nombre total.

L'INAMI a consacré un budget de 50 000 euros à la réalisation d'une étude sur la manière de réformer la nomenclature. Un groupe de travail a été constitué, composé de représentants des organisations représentatives des praticiens de l'art infirmier, des mutualités et de l'INAMI, ainsi que de trois professeurs. Ce groupe de travail a soumis un certain nombre de propositions à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique mais il a finalement été décidé de poursuivre les travaux au sein même de l'INAMI.

L'orateur plaide pour une reconnaissance et une juste rémunération des actes infirmiers à domicile. Actuellement, un infirmier à domicile reçoit moins de cinq euros pour l'administration d'une injection, ce qui suppose non seulement l'injection, mais aussi le déplacement au domicile du patient, l'apport du matériel nécessaire et la confection du dossier. Comment dès lors garder le métier suffisamment attractif ou motiver le personnel déjà actif à accepter de nouvelles tâches?

De heer Speeckaert wijst er voorts op dat de toestellen om de identiteitskaartgegevens van de patiënt te lezen, voor problemen zorgen. Die toestellen zijn niet ontworpen voor herhaaldelijk gebruik; bovendien zijn er problemen met de compatibiliteit van de software. De spreker stelt dan ook voor andere methoden te hanteren, zoals het inlezen van een barcode.

Tot slot meent de spreker dat met de ziekenfondsen moeten worden onderhandeld, teneinde de remgeldregeling te veralgemenen, veeleer dan de derdebetalersregeling toe te passen, waar de overheid tot dusver de voorkeur aan heeft gegeven. Om elke vorm van concurrentie tussen collega's te voorkomen, moet in elk geval door iedereen dezelfde regeling worden toegepast.

De heer Damien Nottebaert (CIFI) antwoordt aan mevrouw Fonck dat, rekening houdend met de evolutie van de verpleegkundige zorg, een groepspraktijk doelmatiger zou zijn, aangezien op die manier de klok rond patiënten kunnen worden verzorgd en ervaringen en dossiers kunnen worden gedeeld. Een verpleegkundige die alleen werkt, kan moeilijk tijd vrijmaken om opleiding te volgen.

Wat de keuze van de zorgverstrekkers betreft, kunnen voor de ziekenhuizen meerdere hypothesen worden overwogen: ofwel stuurt het ziekenhuis de patiënt naar huis in het kader van een thuisverplegingsregeling en vertrouwt daarbij op zijn eigen mensen, ofwel stuurt het ziekenhuis – rekening houdend met de aangekondigde vermindering van het aantal bedden – iemand *extra muros* en verliest daarbij terrein ten opzichte van de thuiszorg.

Er moet worden vastgesteld dat de ziekenhuisartsen de vaardigheden van de thuisverplegers slecht kennen en daardoor te weinig vertrouwen in die verpleegkundigen stellen. Op lokaal en regionaal vlak zijn ter zake besprekingen aan de gang. Men moet weten dat de verpleegkundigen opleiding volgen en in staat zijn om in samenwerking met de eerste- en tweedelijnsgeneeskunde thuisverpleging op zich te nemen en bij de patiënt thuis een antibiotherapie of palliatieve zorg te verstrekken.

Wat de ziekenfondsen betreft, blijkt uit getuigenissen van de leden dat de opvolging van de patiënten verschilt naargelang de strekking van het ziekenhuis. Soms veranderen de patiënten van zorgverstrekkers naargelang de diensten die hun worden aangeboden. Andere patiënten worden aangelokt door verpleegkundigen die goede relaties met de sociale diensten onderhouden en die hen meer bezoeken per dag voorspiegelen. Dat vormt een probleem op het vlak van de plichtenleer en van de oneerlijke concurrentie.

M. Speeckaert attire par ailleurs l'attention sur les difficultés rencontrées avec les appareils destinés à lire les données de la carte d'identité du patient. Ces appareils ne sont pas conçus pour être utilisés de manière répétée et des problèmes se posent aussi quant à la compatibilité du logiciel. L'intervenant suggère d'autres méthodes telles que la lecture d'un code-barres.

Enfin, l'orateur estime que des négociations doivent être menées avec les mutualités afin de généraliser le système du ticket modérateur, plutôt que d'appliquer le tiers-payant, jusqu'ici privilégié par les pouvoirs publics. Un même système doit en tout cas être appliqué par tous afin d'éviter toute forme de concurrence entre collègues.

M. Damien Nottebaert (CIFI) répond à Mme Fonck que compte tenu de l'évolution des soins infirmiers, une pratique de groupe serait plus efficace car elle permet la prise en charge des patients 24 h/24 h et permet de partager des expériences et des dossiers. Une infirmière qui travaille seule peut difficilement libérer du temps pour se former.

En ce qui concerne le choix des prestataires, on peut envisager plusieurs hypothèses dans le chef des hôpitaux: soit l'hôpital renvoie à domicile en hospitalisation à domicile en faisant confiance à ses troupes, soit – compte tenu de la réduction du nombre de lits qui s'annonce – l'hôpital envoie une personne *extra-muros* et perd du terrain par rapport aux soins à domicile.

Force est de constater que les médecins hospitaliers connaissent mal les compétences des infirmiers à domicile, ce qui engendre un manque de confiance vis-à-vis de ces derniers. Des discussions sont en cours à ce sujet aux niveaux local et régional. Il faut que l'on sache que les infirmiers se forment et sont capables d'accueillir une hospitalisation à domicile, d'assumer une antibiothérapie à domicile ou des soins palliatifs à domicile en collaboration avec la première et la seconde ligne.

En ce qui concerne les mutualités, le témoignage des affiliés montre qu'en fonction de l'obédience de l'hôpital, la prise en charge des patients est différente. Il arrive que des patients changent de prestataires en fonction des services qu'on leur propose. D'autres patients sont déviés par des infirmiers qui ont de bons rapports avec les services sociaux et qui leur font miroiter un nombre plus élevé de passages journaliers. Il s'agit là d'un problème de déontologie et de concurrence déloyale.

De verpleegkundigen ontvangen momenteel 800 euro per jaar om hun administratieve kosten te dekken (investering in een facturatieprogramma dat gekoppeld is aan het elektronisch verpleegdossier en in een toestel om de identiteitskaart te lezen). Omdat de kosten voor het onderhoud van de software voortdurend stijgen, is dat bedrag niet hoog genoeg.

Momenteel wordt het inlezen van de barcode op de identiteitskaart van de patiënten beschouwd als een toegestane praktijk in het kader van de regel betreffende het 90 % elektronisch inlezen, maar het RIZIV heeft ter zake nog geen definitief standpunt ingenomen.

Thuisverplegers verliezen 10 % à 25 % van hun inkomen, naargelang van het profiel van de door hen verzorgde patiënten. Als ze remgeld vragen, dreigen ze patiënten te verliezen wegens de concurrentie. Velen onder hen verstrekken ook het incontinentiemateriaal. De CIFi is voorstander van de verplichte inning van het remgeld, maar er is werk aan de winkel qua bewustmaking van de patiënt, die niet altijd beseft dat gezondheid een prijs heeft en dat de verpleegkundige het recht heeft te worden vergoed. Veel patiënten weten niet wat de maximumfactuur is en de verpleegkundigen worden er ook niet van op de hoogte gebracht dat hun patiënten er recht op hebben. Dit probleem werd gemeld aan de overeenkomstencommissie binnen het RIZIV.

Wat de pluridisciplinaire benadering en het gedeeld dossier moeten er dingen veranderen. Op dit ogenblik weten we nog steeds niet welke informatie onder de verschillende zorgkundigen zal moeten worden gedeeld.

Wanneer verpleegkundigen door het RIZIV worden gecontroleerd, zijn ze nu niet bij machte de antecedenten van de patiënt te verstrekken, omdat ze geen toegang hebben tot diens gegevens. Ze kunnen dus evenmin de problemen opsporen die zich bij deze patiënt zouden kunnen voordoen.

Het probleem begint wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat. Vaak verlaat hij het ziekenhuis op een vrijdag na 18 uur en heeft het ziekenhuis zijn dossier al opgeborgen. Meestal krijgt de thuisverpleger geen rapport van het ziekenhuis en is hij verplicht de brief aan de huisarts te openen om over informatie te beschikken.

Er is zelden overleg vooraf tussen het ziekenhuis en de thuisverpleger, behalve de maatschappelijk werker die telefoneert om de tenlasteneming te bespreken. Geen enkele arts of verpleegkundige van het ziekenhuis neemt contact op met de thuisverpleger om hem de

Les infirmiers perçoivent actuellement 800 euros par an pour couvrir leurs charges administratives (investissement dans un logiciel de facturation couplé au dossier infirmier électronique et dans un lecteur de carte d'identité). Ce montant est trop peu élevé, compte tenu également des frais de maintenance du logiciel qui sont en constante augmentation.

Pour l'instant, la lecture du code-barres de la carte d'identité des patients est considérée comme lecture admise dans le cadre de la règle de 90 % de lecture électronique, mais l'INAMI ne s'est pas encore positionné de manière définitive à ce sujet.

Les infirmiers à domicile laissent entre 10 % et 25 % de leurs revenus en fonction de la population de patientèle qu'ils soignent. S'ils réclament le ticket modérateur, ils risquent de perdre des patients à cause de la concurrence. Bon nombre d'entre eux fournissent également le matériel d'incontinence. La CIFi est favorable à la perception obligatoire du ticket CIFImodérateur, mais il faudra conscientiser le patient qui ne se rend pas toujours compte que la santé a un coût et que l'infirmier a le droit d'être rémunéré. Beaucoup de patients ne savent pas ce qu'est le maximum à facturer et les infirmiers ne sont pas non plus avertis lorsque leurs patients peuvent en bénéficier. La commission de convention au sein de l'INAMI a été saisie du problème.

Des évolutions sont nécessaires en ce qui concerne l'approche multidisciplinaire et le dossier partagé. Actuellement, on ne sait toujours pas quelles sont les informations qui devront être partagées entre les différents prestataires.

A l'heure actuelle, lorsque des infirmiers sont contrôlés par l'INAMI, ils sont incapables de fournir les antécédents du patient car ils n'ont pas accès à ses données. Ils ne peuvent dès lors pas non plus détecter les problèmes qui pourraient se poser chez ce patient.

Le problème commence quand le patient sort de l'hôpital. Il quitte souvent l'hôpital un vendredi après 18.00 heures et l'hôpital a déjà classé son dossier. La plupart du temps, l'infirmier à domicile ne reçoit pas de rapport de l'hôpital et il est obligé d'ouvrir la lettre destinée au médecin généraliste pour avoir des informations.

Il y a rarement une concertation préalable entre l'hôpital et l'infirmier à domicile, mis à part l'assistant social qui téléphone pour la prise en charge. Aucun médecin ni infirmier hospitalier n'appelle l'infirmier à domicile pour lui transmettre les données. À cet égard, le dossier

gegevens te bezorgen. Een gedeeld dossier zou in die optiek nuttig zijn. Toch beweegt er iets, zoals met het *Réseau de santé wallon*.

De heer Edgard Peters (FRV) wijst erop dat het functiemodel werd gevalideerd door alle beroeps categorieën waaruit de FRV is samengesteld, namelijk de gebrevettede verpleegkundigen, de verpleegkundigen van niveau HBO5, de zorgkundigen en de artsen, uit de drie gemeenschappen van het land.

De heer Peters wijst erop dat er specifieke antwoorden zijn voor de zorgkundigen, de gebrevetteden, de HBO5, de bachelors en de verpleegkundige specialisten, maar dat er geen volledig continuüm is. Het heeft bijna twee jaar werk gevvergd om een functiemodel op te stellen, met minstens één vergadering per maand.

Mevrouw Haulotte was trouwens voorzitter van één van beide werkgroepen. Talrijke contacten hebben plaatsgevonden met de verschillende organisaties, met de *Fédération Wallonie-Bruxelles* en met de Vlaamse en de Duitstalige Gemeenschap om met alle aspecten proberen rekening te houden.

Momenteel is het in de Duitstalige Gemeenschap zo dat de verpleegkundigen die in september 2016 een brevetopleiding hebben aangevat, niet weten hoe hun opleiding verder zal verlopen: ofwel zullen ze nog een half jaar langer moeten studeren om het diploma van verpleegkundige dat overeenstemt met Richtlijn 2013/55/EU te behalen, ofwel zullen ze een ander diploma behalen.

Waarom is in de *Fédération Wallonie-Bruxelles* voor een bachelor een vierde studiejaar vereist om te voldoen aan Richtlijn 2013/55/EU? En waarom moet de brevet-opleiding een half jaar langer duren? In de Vlaamse Gemeenschap werd het aantal opleidingsjaren niet opgetrokken. De *Fédération Wallonie-Bruxelles* leeft de Europese normen inzake het aantal studiejaren voor de brevetopleiding weliswaar na, maar die opleiding moet leiden tot het verwerven van acht vaardigheden. De docenten merken echter op dat die vaardigheden niet onder het niveau 5 (brevet) vallen, maar onder het niveau 6 (bachelor).

Een dergelijke beslissing vergt politieke moed. De deelstaten beweren dat het om een federale bevoegdheid gaat, terwijl de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid stelt dat de deelstaten garanderen dat alle opleidingen wel degelijk beantwoorden aan de vereisten van de Europese richtlijn. Die richtlijn dateert van 2005 en werd in 2013 geactualiseerd. De politieke overheid heeft voldoende tijd gehad om zich ernaar

partagé serait intéressant. Des choses se mettent toutefois en place comme le réseau de santé wallon.

M. Edgard Peters (CFAI) fait remarquer que le modèle de fonction a été validé par toutes les professions qui composent le CFAI, à savoir des infirmiers brevetés, des infirmiers de niveau HBO5, des aides-soignants et des médecins et qui représentent les trois communautés du pays.

M. Peters fait remarquer qu'il existe des réponses spécifiques pour les aides-soignants, les brevetés, les HBO5, les bacheliers et les infirmiers de pratique avancée mais il n'y a pas de continuum complet. L'établissement d'un modèle de fonctions a demandé presque deux ans de travail avec un minimum d'une réunion par mois.

Mme Haulotte a d'ailleurs présidé un des deux groupes de travail. De nombreux contacts ont eu lieu entre les différentes organisations, avec la Fédération Wallonie-Bruxelles, avec les Communautés flamande et germanophone pour essayer de prendre en compte tous les éléments.

Actuellement, en Communauté germanophone, les infirmiers qui ont commencé une formation de breveté en septembre 2016 ne savent pas dans quelle formation ils s'engagent: soit ils devront étudier une demi-année supplémentaire pour obtenir le titre d'infirmier qui correspond à la Directive 2013/55/UE, soit ils auront un autre diplôme.

Pourquoi faut-il, en Fédération Wallonie-Bruxelles, une quatrième année pour un bachelier pour pouvoir répondre à la Directive 2013/55/UE? Et pourquoi faut-il une demi année supplémentaire pour un breveté? En Communauté flamande, il n'y a pas eu d'augmentation du nombre d'années de formation. C'est vrai que la Fédération Wallonie-Bruxelles répond aux normes européennes en termes de nombre d'années avec le brevet mais il faut que la formation débouche sur huit compétences. Or, les enseignants font remarquer que ces compétences ne sont pas d'un niveau 5 (brevet) mais bien d'un niveau 6 (bachelor).

Il faut du cran politique pour pouvoir prendre la décision. Les entités fédérées disent qu'il s'agit d'une compétence du fédéral alors que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique déclare que ce sont les entités fédérées qui certifient que toutes les formations répondent bien aux exigences de la directive européenne. Cette directive date de 2005 et a été modernisée en 2013. Les autorités politiques ont eu le temps de

te schikken. Destijds was enkel minister Marcel Colla bereid om de brevetopleiding en de HBO5-opleiding af te schaffen; hij had begrepen dat, met het oog op de kwaliteit van de zorgverstrekking, het belangrijk was slechts in één opleidingstraject te voorzien. Heeft de huidige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid evenveel politieke moed?

Wat de aantrekkelijkheid betreft, merkt de heer Peters op dat een brevethouder en eenhouder van een HBO5-diploma geen specialisatie kunnen volgen noch hoofdverpleger kunnen zijn in een ziekenhuis. De ziekenhuiswetgeving biedt die mogelijkheid uitsluitend aan bachelors die een bijkomende opleiding hebben gevolgd. Enerzijds krijgen eerstgenoemden de boodschap dat ze over de vereiste vaardigheden beschikken en beantwoorden aan Richtlijn 2013/55/EU; anderzijds legt men hun beperkingen op. Dit probleem stelt zich in de drie gemeenschappen.

Gisteren heeft de FRV in voltallige vergadering een advies met betrekking tot de huidige zorgkundigen aangenomen, dat ertoe strekt hun de mogelijkheid te bieden zorgassistant te worden. Er wordt ook voorzien in schakelprogramma's, opdat de zorgassistenten op hun beurt ook hoofdverplegers algemene zorg kunnen worden.

De spreker is geen voorstander van de term "Belgische verpleegkundige", want die zal bij de patiënten voor verwarring zorgen. Het is beter te spreken van "zorgassistant". De FRV staat niet op die naam, maar wil de idee rond grotere bevoegdheden voor de zorgkundige bevorderen. Afgezien van de technische handelingen van de zorgkundige is er het vraagstuk van de aansprakelijkheid voor de gestelde handelingen. Zo kan het gemakkelijk lijken om geneesmiddelen te bereiden, maar het gaat om een verpleegkundige verstrekking waarvoor een medisch voorschrijf vereist is. De verpleegkundige moet ten opzichte van de arts een controle kunnen uitvoeren om na te gaan of er geen contra-indicatie of interactie met andere geneesmiddelen is en of de dosering correct is. De spreker waarschuwt daarom de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid die het aantal toegestane handelingen voor de zorgkundigen wil uitbreiden zonder de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 te wijzigen wat de opleiding betreft. Hij vreest voor de veiligheid van de patiënten.

Wat het protocolakkoord van 19 december 2017 betreft, vindt de FRV het belangrijk de reflectie tussen het federale niveau en de deelstaten toe te spitsen op een vorm van subsidiariteit ten aanzien van het hulp personeel of van de diensten aan personen. De spreker neemt het voorbeeld van een bejaarde thuispatiënt die wegens problemen met zijn bloedsomloop sinds twintig

s'adapter. A l'époque, seul le ministre Marcel Colla était prêt à supprimer la filière des brevetés et d'HBO5; il avait compris qu'en termes de qualité des soins, il importait de n'avoir qu'une seule filière. L'actuelle ministre des Affaires sociales et de la Santé publique aura-t-elle ce cran politique?

En ce qui concerne l'attractivité, M. Peters fait remarquer qu'actuellement un breveté et un HBO5, ne peuvent pas faire une spécialisation ni être infirmier en chef dans un hôpital. La législation sur les hôpitaux ne l'autorise qu'aux bacheliers avec une formation complémentaire. D'une part, on leur dit qu'ils disposent des compétences requises et qu'ils répondent à la Directive 2013/55/UE, et d'autre part, on leur impose des limites. Ce problème se pose dans les trois communautés.

Hier, la plénière du CFAI a voté un avis sur des mesures transitoires à l'égard des aides-soignants actuels afin qu'ils puissent devenir assistants de soins. Des passerelles sont également prévues pour que les assistants de soins puissent à leur tour devenir des infirmiers responsables de soins généraux.

M. Peters n'est pas favorable au vocable "infirmier belge" qui va créer la confusion chez les patients. Il serait préférable de parler d'assistant de soins. Le CFAI n'est pas tenu sur le nom; il veut promouvoir une philosophie de pouvoirs augmentés pour les aides-soignants. Outre les actes techniques posés par les aides-soignants, il y a la question de la responsabilité des actes posés. Ainsi, il peut paraître facile de préparer des médicaments mais il s'agit d'une prestation infirmière qui nécessite une prescription médicale. L'infirmier doit pouvoir opérer un contrôle par rapport au médecin afin de vérifier s'il n'y a pas de contre-indication ni d'interaction avec d'autres médicaments et de voir si le dosage est correct. Dès lors, M. Peters met en garde la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique qui souhaite élargir les actes autorisés aux aides-soignants sans modifier la loi coordonnée du 10 mai 2015 en termes de formation. Il émet des craintes pour la sécurité des patients.

En ce qui concerne le protocole d'accord du 19 décembre 2017, le CFAI estime qu'il importe d'axer la réflexion entre le fédéral et les entités fédérées sur une forme de subsidiarité vis-à-vis du personnel d'aide ou des services aux personnes. M. Peters prend l'exemple d'un patient âgé à domicile qui porte des bas de contention depuis 20 ans pour des problèmes

jaar steunkousen draagt en zich niet langer kan bukken. In dat geval moet een verpleegkundige of, bij delegatie, een zorgkundige hem helpen zijn kousen aan te doen. Een gezinshelpster helpt hem om zijn maaltijden te bereiden en ook om zich te wassen (rug en voeten). Nu mag de gezinshelpster hem zijn steunkousen niet aandoen. Zou men niet kunnen overwegen dat zij dat onder bepaalde voorwaarden wel zou mogen doen? Als het immers om een diabetespatiënt gaat, moeten zijn voeten worden gecontroleerd om verzwering of gangreen te voorkomen. Mocht het echter om een patiënt zonder specifieke problemen gaan, dan zou de gezinshelpster hem even goed kunnen wassen en zijn steunkousen aandoen. Er zijn trouwens verschillende voorstellen in die zin geweest om bepaalde handelingen samen met een evaluatie door een verpleegkundige van de gezondheidstoestand van de patiënt en zijn leefomgeving te delegeren.

De spreker vreest echter dat de bevoegdheden, ondanks het protocolakkoord, bij gebrek aan overleg van de ene gemeenschap tot de andere zullen verschillen.

De wetgeving hoeft niet eens te worden gewijzigd om in die delegatie van handelingen te voorzien. Krachtens artikel 23, § 1, van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 kan de Koning immers de verpleegkundige activiteiten preciseren die in het kader van dagelijkse zorghulp mogen worden uitgevoerd, alsmede de bijbehorende nadere voorwaarden.

Wat de specialismen betreft, heeft de minister het advies van de FRV nog niet ontvangen.

De heer Peters betreurt dat hij niet met de minister in discussie kan gaan. Het beroeps- en competentieprofiel van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg werd op 1 april 2015 door de FRV goedgekeurd. Momenteel is hij nog steeds in het ongewisse of dat profiel al dan niet met de verwachtingen van de minister overeenstemt. In die omstandigheden is het moeilijk vooruitgang te boeken. Dat profiel werd opgesteld met inachtneming van de krachtens Richtlijn 2013/55/EU vereiste competenties, zonder dat een opleidingsniveau werd gepreciseerd. De FRV heeft dan ook, gelet op de vereiste competenties, geoordeeld dat het om opleidingsniveau 6 (bachelor) ging.

De minister heeft beslist de competenties van de zorgkundigen uit te breiden zonder in een passende opleiding te voorzien. De FRV wacht nog steeds op haar argumenten.

de circulation sanguine. Or, il ne peut plus se baisser. C'est un infirmier ou, par délégation, un aide-soignant qui doit l'aider à mettre ses bas. Une aide familiale l'aide à préparer ses repas et l'aide aussi pour sa toilette (le dos et les pieds). Actuellement, l'aide familiale n'est pas autorisée à mettre les bas de contention. Ne pourrait-on pas envisager qu'elle puisse le faire sous certaines conditions? En effet, s'il s'agit d'un patient diabétique, il faut surveiller ses pieds pour éviter un ulcère ou une gangrène. Toutefois, s'il s'agit d'un patient qui n'a pas de problèmes spécifiques, l'aide familiale pourrait très bien lui faire sa toilette et mettre les bas de contention. Il y a d'ailleurs eu différentes propositions dans ce sens pour déléguer certains actes avec une évaluation de la part d'un infirmier sur l'état de santé du patient et son environnement.

M. Peters craint toutefois que, malgré le protocole d'accord, les compétences ne diffèrent d'une communauté à l'autre, faute de concertation.

Pour prévoir cette délégation d'actes, il ne faudrait même pas modifier la législation. En effet, l'article 23, § 1^{er} de la loi coordonnée du 10 mai 2015 permet au Roi de préciser les activités et les conditions des activités infirmières qui pourraient être réalisées dans le cadre de l'aide à la vie quotidienne.

En ce qui concerne les spécialités, l'avis du CFAI n'a pas encore été réceptionné par la ministre.

M. Peters regrette de ne pas pouvoir discuter avec la ministre. Le profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux a été validé par le CFAI le 1^{er} avril 2015. Actuellement, il ne sait toujours pas si ce profil correspond aux attentes de la ministre ou pas. Il est difficile d'avancer dans ces conditions. Ce profil a été établi en fonction des compétences exigées par la Directive 2013/55/UE, mais sans préciser de niveau de formation. Par la suite, au vu des compétences nécessaires, le CFAI a considéré qu'il s'agissait d'une formation de niveau 6 (bachelier).

La ministre a décidé d'élargir les compétences des aides-soignants sans prévoir la formation adéquate. Le CFAI attend toujours d'entendre ses arguments.

Mevrouw Jet Van Hoek (AUVB) treedt de vorige spreker bij. Zelf heeft zij zitting in de TCV, die zich buigt over de aanpassing van de lijsten met de technische verpleegkundige prestaties en met de handelingen die een arts aan een verpleegkundige mag toevertrouwen. Zij is van mening dat men acht moet blijven slaan op het technische aspect van de verpleegkundige handelingen.

Mevrouw Joëlle Pieters (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) preciseert dat het kadaster de databank is met de beroepsbeoefenaars die gewettigd prestaties mogen leveren. Er bestaan jaarcijfers per gewest, geslacht en leeftijdscategorie. Het PlanCAD zal daarentegen pas eind 2018 worden bekendgemaakt.

De rapporteurs,

Damien THIÉRY
Luc GUSTIN
Catherine FONCK

De voorzitter,

Muriel GERKENS

Mme Jet Van Hoek (UGIB) partage les propos de l'orateur précédent. Elle siège elle-même au sein de la CTAI qui travaille sur l'adaptation des listes des prestations techniques de l'art infirmier et des actes pouvant être confiés par un médecin à un infirmier. Elle estime qu'il faut rester attentif à la technicité des actes infirmiers.

Mme Joëlle Pieters (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement) précise que le cadastre est la banque de données des professionnels en droit de prêter. Des statistiques annuelles existent par région, sexe et tranches d'âge. En revanche le PlanCAD ne sera publié que fin 2018.

Les rapporteurs,

Damien THIÉRY
Luc GUSTIN
Catherine FONCK

La présidente,

Muriel GERKENS