

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 14 MAART 2017

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

du

MARDI 14 MARS 2017

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 14.21 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerken.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.21 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerken.

01 Échange de vues avec la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur la réforme de l'exercice des professions des soins de santé et questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accompagnement par les professionnels travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes en situation de handicap et les professionnels de la santé" (n° 12791)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le protocole d'accord concernant la relation entre les professionnels travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes en situation de handicap et les professionnels de la santé" (n° 14384)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le stage professionnel dans la formation d'infirmier" (n° 15522)

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation des assistants en psychologie" (n° 16191)

- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réglementation de la profession de sexologue" (n° 16379)

01 Gedachtewisseling met de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over de hervorming van de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de omkadering voor de beroepsbeoefenaars die in de sector voor hulp aan personen met een handicap werkzaam zijn en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen" (nr. 12791)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het protocolakkoord betreffende de relatie tussen de beroepsbeoefenaars die in de sector voor hulp aan personen met een handicap werkzaam zijn en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen" (nr. 14384)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beroepsstage in de opleiding verpleegkunde" (nr. 15522)

- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van de assistenten in de psychologie" (nr. 16191)

- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de reglementering van het beroep van seksuoloog" (nr. 16379)

La **présidente**: Chers collègues, je donne la parole à la ministre pour qu'elle nous présente l'état des lieux. Vous avez vu qu'on y a joint quelques questions qui étaient en lien avec le contenu de la réforme, ce qui permet aussi de soulager un peu la liste des questions. De ce fait, le rapport de l'échange sera réalisé par le service du compte rendu intégral. Dès lors, nous ne devons pas désigner de rapporteur ni de rapporteuse. Le rapport intégral sera disponible. Madame la ministre, c'est à vous.

01.01 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, je suis présente.

Dames en heren, wij beginnen aan het tweede, belangrijke ontwerp over de hervorming van de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Ik heb gemist wie rapporteur is.

Mevrouw de voorzitter, is er al een rapporteur?

La **présidente**: Ce n'est pas nécessaire, car les questions y étant jointes, nous pourrions nous référer au rapport intégral assuré par les services.

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, er wordt dus geen aparte verslaggever voor aangeduid?

La **présidente**: Il n'y a pas de rapporteur, mais un rapport sera établi.

01.03 **Maggie De Block**, ministre: Oui, mais pour les travaux à la Chambre ... Enfin, ce n'est pas mon souci.

Misschien zouden de Kamerleden toch een bespreking daaraan willen wijden.

De wetgeving over de gezondheidsberoepen raakt heel wat mensen in onze samenleving, in de eerste plaats natuurlijk de patiënt.

Wij weten allemaal dat wij vroeg of laat tijdens ons leven een patiënt zullen zijn.

De desbetreffende wet, zijnde het oude koninklijk besluit nr. 78 legt de beroepsreglementering vast voor bijna 500 000 personen in ons land. Wij hebben de cijfers afgerond, maar het gaat om ongeveer 190 000 verpleegkundigen die kwantitatief de belangrijkste groep vormen. Er zijn bovendien ook ongeveer 60 000 artsen, 10 000 tandartsen, 20 000 apothekers, 37 000 kinesitherapeuten, 110 000 zorgkundigen en ook nog 43 000 paramedici.

Jaarlijks vragen ongeveer 30 000 personen een visum aan in ons land waarmee zij een gezondheidszorgberoep kunnen uitoefenen. Deze cijfers zijn gebaseerd op het aantal uitgereikte visa in ons land.

Comme vous le savez, l'arrêté royal n° 78 règle l'exercice des différentes professions de soins de santé depuis 1967. Il y a les professions médicales comme la profession de médecin, de praticien de l'art dentaire, la profession de sage-femme et, depuis peu, il y a, comme vous le savez, les professions de psychologue clinicien et d'orthopédaque clinicien. Il y a, en outre, les professions de pharmacien, de kinésithérapeute, de praticien de l'art infirmier, d'aide soignante, les professions paramédicales et la profession de secouriste ambulancier.

Les conditions qui permettent d'exercer l'une de ces professions ont été définies dans l'arrêté royal n° 78 qui fixe également les limites de l'exercice de ces fonctions. Ledit arrêté royal a été publié au Moniteur Belge, le 14 novembre 1967.

En 2017, le paysage des soins n'est plus le même qu'il y a un demi-siècle. Nous avons donc tenté, au fil des années, grâce à de nombreux changements, de répondre aux besoins en évolution du patient et nous avons essayé d'intégrer l'émergence de nouvelles professions dans le secteur des soins de santé. À chaque fois, cela a été fait avec les meilleures intentions, mais il manquait une vision globale. Ce faisant, cette loi qui a, entre-temps, été reprise sous la loi du 10 mai 2015, est devenue illisible et incohérente.

De hervorming van onze gezondheidsberoepenwetgeving is dan ook een heel belangrijke prioriteit die werd vastgelegd in het regeerakkoord. De hervorming moet ook worden gezien in relatie met een hele reeks beleidskeuzes die worden gemaakt in de gezondheidszorg, zoals de hervorming van het ziekenhuislandschap en de aanpak van patiënten met meervoudige chronische aandoeningen.

Een bijzondere krachtlijn die mij als arts trouwens ook na aan het hart ligt, is dat de diagnostiek, behandeling en preventie van ziekten gebaseerd moeten zijn op solide wetenschappelijke gegevens en de analyse ervan. Alle zorgverstrekkers moeten rekening houden met *evidence-based practice* en het is dan ook uitdrukkelijk mijn bedoeling dat in de nieuwe wetgeving over de zorgberoepen en de praktijkvoering de zorgdomeinen

aan bod komen waar er echt conform wetenschappelijk verantwoorde standaarden en richtlijnen wordt gewerkt. Hieruit volgt ook dat het nieuwe kader garanties moet bieden voor de implementatie van *evidence-based practice*, waarbij ook de evaluatie en toetsing van de kwaliteit van de praktijkvoering aan de orde zijn.

Les professionnels des soins de santé devront s'adapter et collaborer davantage. En d'autres termes, la nouvelle législation relative aux professions de soins doit créer un cadre clair sur le plan de la multidisciplinarité et le respect de l'autonomie professionnelle de chacun.

L'ancien modèle de soins de santé, où chaque prestataire de soins de santé travaille dans son coin, dans son cabinet, indépendamment des autres, est tout à fait dépassé. Une collaboration efficace pour soigner le patient ne peut mener qu'à une qualité supérieure et à une réduction de coûts, comme l'ont déjà démontré de nombreuses études.

Wij worden niet alleen geconfronteerd met een andere patiënt en een andere manier om patiënten te behandelen. Er zijn ook de demografische evolutie, met een verouderende bevolking, en de hoge prevalentie van patiënten met chronische aandoeningen. Dat vergt inderdaad een nieuwe aanpak, waarbij de integratie van de zorg in een maatschappelijk eerder dan een institutioneel kader zich opdringt. Dat is dan ook de derde beleidsas die in de hervorming is aangebracht.

Mesdames et messieurs, l'évolution de la technologie devient une révolution qui, à court terme, influencera fondamentalement l'exercice des professions. Les possibilités de traitement ne cessent de se multiplier, les interventions sont de moins en moins invasives. Il existe de nouvelles manières de suivre le patient et de communiquer avec lui. Le patient est désormais le gestionnaire de son propre dossier. Il participera à la décision de savoir qui interviendra dans ses soins et tracera le cadre dans lequel agiront les prestataires de soins et les aidants proches.

Grâce à la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002, nous avons fait en sorte que les soins de santé soient axés en permanence sur le patient. À présent, le but est de consolider et de renforcer cette position centrale ainsi que l'autonomie du patient en inscrivant ce principe dans le nouveau cadre légal. Nous évoluons vers un concept de soins selon lequel le patient prend sa propre santé en main en tant que co-pilote aux côtés des prestataires de soins.

Ainsi le patient décide également de la direction à prendre dans son propre processus de soins et le médecin traitant de référence veille à ce que le tout soit cohérent et qu'il y ait une certaine continuité.

Dames en heren, er is natuurlijk ook rekening gehouden met de impact van de zesde staatshervorming op de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Door de zesde staatshervorming is de federale overheid niet meer bevoegd voor alle aspecten van deze wet. Zo is de erkenning van individuele beoefenaars duidelijk een bevoegdheid van de Gemeenschappen geworden, terwijl het vastleggen van de erkenningsvoorwaarden, de professionele stage, de planningen en alle aspecten inzake kwaliteit in de uitoefening, tot de federale bevoegdheid blijven behoren.

Tot slot wil ik u enige toelichting geven inzake het proces van aanpak dat tot nu toe is gevolgd.

In oktober 2015 heb ik aan alle raden van volksgezondheid die zijn opgericht krachtens het KB van 78 advies gevraagd over de generieke competenties van het professioneel domein waarvoor zij bevoegd zijn. Niet helemaal ter zijde, ondertussen werd de bestaande wetgeving aangepast aan de Europese richtlijn 2013/55 over de erkenning van de beroepskwalificaties. U weet dat die omzetting voor bepaalde beroepen ook de aanleiding is voor een levendig debat.

Eind september 2016 werd dan aan het brede publiek een voorstelling gegeven van de grote krachtlijnen van de modernisering en hervorming van de wet. Dat ging ook gepaard met een oproep tot een publieke consultatie georganiseerd via een website. Dat was ook nodig gezien het aantal zorgverstrekkers dat door de wet wordt gevat. U zult straks in de presentatie de resultaten van deze consultatie zien. Alle opmerkingen werden dan ook gecatalogeerd in een document van 266 bladzijden. De website is nog altijd actief en wordt nog elke dag geconsulteerd.

Voorts hebben mijn medewerkers tal van contacten gehad met vertegenwoordigers van organisaties en het werkveld. Nu is het moment gekomen om een aantal concepten te valideren en vast te leggen in ontwerpen van wettekst. Ik wil nogmaals duidelijk maken dat wij met de hervorming in de eerste plaats willen inzetten

op het creëren van kaders. Binnen die kaders zal het vervolgens aan de praktijk zelf worden overgelaten om invulling te geven aan de details.

Binnen dat kader komen er ook nog uitvoeringsbesluiten om een aantal zaken precies te regelen. Voor die uitvoeringsbesluiten is medewerking van en afstemming met de sector absoluut noodzakelijk. Daarom plan ik ook een modernisering van de adviesorganen, waardoor het mogelijk wordt zorgberoepen op een interdisciplinaire wijze te benaderen, zowel vanuit het werkveld maar ook vanuit het onderwijs.

Laten we nu ingaan op de belangrijkste concepten van de voorgestelde hervorming. Ik geef hiervoor het woord aan mijn medewerkers. Tom Goffin is jurist en gespecialiseerd in gezondheidsrecht. Koen Vandewoude is professor, arts en specialist.

01.04 Koenraad Vandewoude: We zullen de concepten voorstellen aan de hand van een powerpointpresentatie. Ik neem aan dat de voorzitter of de griffier de powerpoint nadien aan u allen ter beschikking zal stellen op intranet.

De eerste slide gaat in op de evolutie van het gezondheidsrecht sinds het begin van de jaren zestig. Er zijn allereerst twee belangrijke wetten die ondertussen meer dan vijftig jaar oud zijn. De eerste wet is de GVVU-wet, de wet op de verplichte ziekteverzekering, die een heleboel belangrijke praktische aspecten regelt van de relatie arts-patiënt of, meer algemeen, zorgverstreker-patiënt, die rekening houdt met een aantal kwalitatieve eisen en doelmatigheidsvereisten binnen die verhouding, en die ook niet het minst een belangrijk aspect van die relatie patiënt-verstreker regelt, met name de terugbetaling van de zorg.

Een tweede wet die ondertussen ook meer dan vijftig jaar oud is, is de wet op de ziekenhuizen. Zij is naast de wet op de verplichte ziekteverzekering een heel belangrijke wet, omdat zij de omkadering en een belangrijk deel van de kwaliteit van de omkadering in de zorg voor de patiënt regelt.

Er is ook de wettekst die dit jaar 50 jaar oud wordt, het fameuze koninklijk besluit nr. 78 van 1967 over de gezondheidszorgberoepen. Intussen is dat gecoördineerd in de wet van 10 mei 2015.

De drie wetten volgen de oorspronkelijke basiskaderwet van de jaren 60.

Sinds de jaren 80-90 zijn er enkele nieuwe concepten in het gezondheidsrecht geslopen.

In eerste instantie is er het concept van de autonomie van de patiënt. Men heeft sindsdien meer en meer het concept van het medisch paternalisme verlaten. Vanaf dan zijn er enkele belangrijke wetten tot stand gekomen die de patiënten een centrale plaats geven in de gezondheidszorg.

Een zeer belangrijke wet die tot stand gekomen is in 2002, is de wet op de Patiëntenrechten. Er zijn in die periode ook andere wetten, zoals de wet op de Euthanasie, de wet op Palliatieve Zorg, de wet op Vergoeding van Schade na Medische Ongevallen en de wet op de Bescherming van Geesteszieken.

Ten slotte zijn er ook enkele specifieke juridische regelingen tot stand gekomen voor specifieke medische handelingen, bijvoorbeeld de wet op het Bloed, de wet op de Organen, van 1986, en de wet op het Menselijk Lichaamsmateriaal, Cellen en Weefsels, van 2008. Het valt te noteren dat die wetten deels aangepast zijn aan de Europese regelgeving.

Kortom, in de tweede fase kreeg de patiënt een centrale plaats.

Sinds het begin van de jaren 2000 zijn er bovendien enkele nieuwe ontwikkelingen, waarmee wij rekening moeten houden bij het aanpassen van het gezondheidsrechtelijk kader.

In eerste instantie meen ik dat het zeer belangrijk is rekening te houden met de veroudering van de bevolking en het ontstaan van patiënten met polypathologie en chroniciteit in de aandoeningen. Dat vergt een nieuwe aanpak in de zorg.

In tweede instantie werken zorgverstrekkers alsmaar vaker samen in een interdisciplinaire context rond een patiënt of een bepaalde doelgroep van patiënten.

Een derde belangrijke vaststelling is dat wij extramurale praktijken zien ontstaan, private klinieken, waar

vooralsnog geen specifiek kwalitatief kader voor bestaat.

Een vierde belangrijk punt is dat er nieuwe communicatiemiddelen ontstaan. Die communicatiemiddelen kunnen dienstig zijn bij het opvolgen van de behandeling van patiënten of ook bij het stellen van de diagnose bij patiënten, die een actieve partner wordt bij het stellen van de diagnose en het mee opvolgen van zijn behandeling.

Er is de technologische explosie en de digitalisering, die veel mogelijkheden biedt.

Een laatste belangrijke vaststelling is ook dat wij, terwijl wij de afgelopen decennia enorm hebben gewerkt rond superspecialisering, zowel bij de artsen als de verpleegkundigen, nu vaststellen dat wij echt nood hebben aan transversale zorgactoren, die het geheel van de zorg van de patiënt overschouwen.

Met andere woorden, wij hebben een basis van juridisch kader. Vervolgens is de autonomie van de patiënt en de centrale plaats van de patiënt meer in het licht gezet. En nu zullen wij alsmaar vaker ingaan op nieuwe problemen en regelgeving moeten ontwerpen, waarbij de patiënt een centrale plaats heeft, alsook de zorg voor kwaliteit.

Met andere woorden, er zijn nieuwe behoeften. Wij hebben nood aan gezondheidszorg in een interdisciplinair kader, waarbij er zorg van hoge kwaliteit wordt aangeboden op maat van de patiënt en in samenwerking met de patiënt, volgens het al door de minister aangegeven concept van piloot en copiloot.

Vandaar dat wij de bestaande regelgeving verder willen ontwikkelen in twee nieuwe modellen: een kaderwet rond de zorgberoepen zelf en de voorwaarden om de verschillende titels te verkrijgen, en anderzijds, willen wij ingaan op wetgeving die ingaat op zorgpraktijk.

Zoals ik reeds heb aangegeven is het belangrijk om meer en meer te evolueren naar verstrekkingen die van hoge kwaliteit zijn.

Er zijn, ons inziens, drie belangrijke pijlers. In eerste instantie is er de centrale plaats van de patiënt die u op de rechterkant van de slide vindt waarbij de autonomie van de patiënt zeer belangrijk is en moet gerespecteerd worden. Tegenover de autonomie van de patiënt staat dan de professionele autonomie van de zorgverstrekkers waarbij we ervan uitgaan dat de competenties van deze zorgverstrekkers zeer belangrijk zijn en waarbij de bevoegdheden van de zorgverstrekkers voortvloeien uit de bekwaamheden die zij hebben opgedaan tijdens het basisonderwijs en tijdens de voortgezette vorming of tijdens professionele stages.

Wij vinden de professionele autonomie zeer belangrijk. Wij schrijven hier dat die functioneel is. Dat wil zeggen dat ze wordt gekenmerkt door de context waarin zij tot stand komt.

Het is ten slotte zeer belangrijk om in te gaan op de interdisciplinariteit zodat de zorg op een geïntegreerde wijze tot stand komt. Ook hier is sprake van functionele hiërarchie tussen zorgverstrekkers en niet langer een piramidale hiërarchie waarbij artsen aan de top van de piramide staan en onderaan de verpleegkundigen en de zorgkundigen. Wij gaan dus eerder naar een collaboratief model van zorgverstrekking.

01.05 Tom Goffin: De hervorming van het KB nr. 78 is een hervorming die een heel lange geschiedenis kent. Zoals reeds aangegeven is het KB nr. 78 dit jaar 50 jaar oud. Het is van 10 november 1967. Op dit ogenblik hebben wij evenwel geen KB nr. 78 meer, maar wel de gecoördineerde wet van 10 mei 2015. Nog tijdens de vorige legislatuur werd de opdracht gegeven aan de Raad van State om de coördinatie van deze wettekst te doen zodat de leesbaarheid, zeker inzake nummering, toch al wat verbeterd werd. Dat heeft uiteindelijk geleid tot de gecoördineerde wet van 10 mei 2015. Inhoudelijk werden er echter geen aanpassingen gedaan.

De Raad van State heeft het ook verder nagelaten om de opdeling te doen tussen wat de gemeenschapsbevoegdheid was en wat nog steeds tot de federale bevoegdheid behoort.

In de hervorming van het KB nr. 78 gaan wij niet naar een wet maar naar drie wetten. Uiterst rechts ziet u de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 staan. Dit is omdat, zoals reeds aangehaald, de zesde staatshervorming een aantal bevoegdheden heeft aangedragen die nog steeds in die wetgeving staan. Die

zullen hierin blijven staan tot op het ogenblik dat de Gemeenschappen deze materie zelf zullen hebben geregeld.

Anderzijds, omdat het KB 78 over de jaren heen ontelbaar keren geregeld is, zijn er ook een aantal bepalingen in gesloten die eigenlijk niet zozeer met de effectieve uitoefening van individuele gezondheidszorgberoepen te maken hebben maar die we dus ook in deze hervorming niet meteen willen meenemen. Daarom zullen we een aantal hoofdstukken zoals onder meer in het kader van Stichting Kankerregister alsook de vestigingsregels van de apotheken in die gecoördineerde wet van 10 mei 2015 blijven staan tot het ogenblik waarop de federale wetgever andere wetgeving zal aannemen die deze hoofdstukken in aparte wetgeving zal regelen.

Daarnaast ziet u dus een kaderwet uitoefening gezondheidszorgberoepen die eigenlijk de grote lijnen van het KB 78 zal overnemen alsook de wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Wij zien deze twee wetten als een tandem. Ze zijn allebei noodzakelijk om deze hervorming van het KB 78 tot een goed einde te brengen.

Zoals de minister reeds heeft aangehaald is deze hervorming reeds een aantal jaren op gang. Een eerste belangrijk moment was vorig jaar, 28 september 2016 toen we in een zeer goed bijgewoonde conferentie de concepten van het KB 78 hebben voorgesteld. Op die conferentie hebben we toen ook een website voorgesteld, de website www.kb78.be of www.ar78.be, die zeer veel bezocht is. Ik geef u hierbij even zeer kort de cijfers sinds toen. Sinds toen zijn er op de website 57 953 bezoeken geweest, op de Franstalige versie 43 437, dus samen al zo'n 100 000 mensen die de website hebben bezocht.

Dit heeft geleid tot een aantal reacties want zoals de minister heeft aangehaald hebben we de vraag gesteld, na de voorstelling, om een publieke consultatie te organiseren waarbij we iedereen vroegen om reacties. Dat heeft via de Nederlandstalige versie van de website geleid tot 404 reacties en via de Franstalige versie tot 305 reacties. Al deze reacties hebben we geanalyseerd.

Dat heeft ertoe geleid dat een aantal concepten die wij in september hebben voorgesteld ondertussen al lichtjes gewijzigd zijn.

Het overleg dat ondertussen ook heeft plaatsgevonden met verschillende actoren, alsook met mensen die via de website hebben gereageerd, is weergegeven op de volgende slide. Ik zal de slides niet allemaal benoemen. Aangezien u een kopie van de slides krijgt, kunt u de instituten of organen bekijken die gereageerd hebben of die met ons omtrent die materie reeds in overleg zijn getreden. Op dit ogenblik gaat het al om 101 instituten of organen. Dat betekent niet dat wij daarnaast niet nog individuele personen hebben gehoord of reacties hebben gekregen van individuele personen, maar die zijn niet in het schema opgenomen.

01.06 Koenraad Vandewoude: Het is duidelijk dat de afgelopen jaren de kwaliteit en veiligheid in de zorg een van de politieke prioriteiten geworden is doorheen de legislaturen in de context van Volksgezondheid. Ook binnen het Budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen wordt in een belangrijk deelbudget voorzien voor de ontwikkeling van een goede veiligheids- en kwaliteitscultuur in onze zorgvoorzieningen. Dat is geen uniek Belgisch fenomeen, maar wel een fenomeen op Europees niveau. In feite is dat geïnitieerd op het einde van de jaren 90 naar aanleiding van een publicatie van het Institute of Medicine in de Verenigde Staten, waarbij in het licht gesteld werd dat zorgverstrekkingen niet alleen gunstige, curatieve effecten hebben op de patiënt, maar dat er bij toch een belangrijk aantal patiënten er ook negatieve effecten zijn op de gezondheid.

Die zijn soms van blijvende aard, daarom is het nodig om een veiligheids- en kwaliteitscultuur te ontwikkelen.

Een tweede belangrijke vaststelling in het rapport, die niet op de slides staat, is dat het Institute of Medicine vaststelde dat onze zorg tot op heden veel te veel georiënteerd is op acute episodes van zorg, terwijl wij nu meer patiënten hebben met een chronische pathologie, met af en toe exacerbaties, opflakkingen van een pathologie. Het is duidelijk dat ons zorgmodel veel meer interdisciplinair en geïntegreerd moet worden ontwikkeld.

Een belangrijk punt in de afstemmingen die de afgelopen jaren zijn gebeurd, is dat de zorgbeoefenaars zelf vragende partij zijn geworden om een kwaliteitskader te ontwikkelen. Ook artsen die in private praktijken,

extramurale klinieken, werken, vragen eigenlijk een kwaliteitskader, zodanig dat zij zich kunnen onderscheiden van de prutsers en charlatans – laten wij het zo maar zeggen. Zij geven ook aan dat zij klaar zijn om te worden geïnspecteerd om hun kwaliteit duidelijk te documenteren.

Het is overigens ook aan de zorgbeoefenaars om te documenteren dat zij effectief bekwaam zijn voor de handelingen of verstrekkingen die zij aanbieden. Dat is niet alleen een element dat al aanwezig is in het bestaande KB nr. 78, maar het betreft een algemene zorgvuldigheidsplicht die ook is omschreven in het Burgerlijk Wetboek en het is ook een deontologische plicht die in België ontwikkeld is door de bestaande ordes, maar die ook sterk ontwikkeld is door de World Medical Association.

Een belangrijk element is ook dat de beroepsbeoefenaar die zichzelf niet bekwaam vindt om een bepaalde diagnostiek of zorg aan te bieden, een doorverwijzings- of afstemmingsplicht heeft ten aanzien van een collega. Hij moet dus zijn patiënt doorverwijzen.

Dit is trouwens een zaak die sinds 1 september van vorig jaar een wettelijke verplichting is geworden.

In het kader van de Europese reglementering kan ik ook een aantal zaken vermelden met betrekking tot kwaliteit en veiligheid. In de richtlijn 2011/24 over de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende zorg wordt een aantal zaken opgesomd om betere garanties te bieden voor de patiënt. In dit kader moeten er waarborgen gegeven worden voor elke patiënt om toegang te hebben tot zorg van hoge kwaliteit, ongeacht de organisatie, ongeacht de aard van de verstrekking en ongeacht het kader van de financiering.

We hebben eerder in deze presentatie ook reeds gewezen op de rol van Europa in het vastleggen van specifieke criteria voor kwaliteit en veiligheid in wetgeving over bloedcellenweefsels en orgaanprelevatie. Het is de intentie van Europa geweest om een minimaal kwaliteitskader vast te leggen zodat ook voor deze verstrekkingen, voor deze zeer specifieke verstrekkingen, een minimaal kwaliteitskader doorheen heel de Europese Unie tot stand is gekomen.

Er is ook een belangrijke aanbeveling geweest van Europa in 2009, die ingaat op veiligheid in de zorg voor patiënten. Men heeft destijds sterk de nadruk gelegd op de preventie van zorggerelateerde infecties. Men heeft aanbevelingen gedaan inzake het ontwikkelen van kwaliteitssystemen en veiligheidssystemen voor patiënten.

Daarbij is in belangrijke mate de nadruk gelegd op het goed informeren van de patiënt over de aard van de geboden diagnostiek, met inbegrip van de risico's die een patiënt bij een bepaald zorgproces kan lopen.

De Europese aanbevelingen gaan ook in op het goed vormen van het personeel en het levenslang leren. Niet het minst was een van de aanbevelingen het in plaats brengen en activeren van systemen en het signaleren van incidenten of bijna-incidenten en leersystemen, wat in het Frans met *morbidity-mortality conferences* heel mooi wordt aangeduid.

In een ander deel van de aanbeveling uit 2009 gaan de lidstaten in op het verbeteren van de preventie en het beheer van infecties in het algemeen. Dat blijft in het kader van de toenemende antibioticaresistentie een belangrijk element.

01.07 Tom Goffin: Mevrouw de voorzitter, in de hervorming van het koninklijk besluit nr. 78 worden een aantal definities en begrippen geherdefinieerd.

Een eerste daarvan is de patiënt, die zal worden gedefinieerd als “elke natuurlijke persoon die gezondheidszorg wenst te ontvangen of ontvangt”. Deze definitie is geïnspireerd op de definitie die aan de patiënt in het kader van de richtlijn inzake patiëntenrechten in grensoverschrijdende gezondheidszorg wordt gegeven.

Hetzelfde hebben wij gedaan met de definitie van verstrekking van gezondheidszorg. Ook daar hebben wij onze inspiratie bij de Europese richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg en patiëntenrechten gehaald. De gezondheidszorg of de verstrekking van gezondheidszorg zal bijgevolg worden omschreven als “diensten die gezondheidszorgbeoefenaars aan patiënten verstrekken, om de gezondheidstoestand van deze laatste te beoordelen, te behouden of te herstellen”. Daaronder begrepen, is de individuele gezondheidseducatie en -preventie. Die laatste zinsnede werd toegevoegd onder impuls van de reacties die wij in september 2016 op de voorgestelde definitie hebben gekregen.

Verskillende mensen haalden daarin aan dat het aspect van individuele preventie, alsook van gezondheidseducatie essentiële onderdelen zijn van verstrekking van gezondheidszorg. Bijgevolg is een explicitering in deze definitie dan ook op zijn plaats.

Een tweede onderdeel van de definitie van verstrekking van gezondheidszorg heeft betrekking op de diensten zonder een dergelijk oogmerk verstrekt aan patiënten waarvoor gezondheidszorgbeoefenaars bij wet bevoegd zijn. Dit zijn de akten waarvoor bepaalde wetgeving is gecreëerd om specifiek een arts, of bijvoorbeeld een verpleegkundige in het kader van de bloedwet, bevoegd te maken om een bepaalde akte, die op zich geen gezondheidszorg is, toch legaal te laten stellen. Het prototype daarvan is uiteraard euthanasie, waarbij een arts de bevoegdheid heeft om op legale wijze euthanasie uit te voeren, voor zover hij of zij aan de voorwaarden van de euthanasiewet voldoet.

Op dit ogenblik zijn dergelijke akten, die geen diagnostisch of therapeutisch oogmerk hebben, geen gezondheidszorg. Dat heeft tot gevolg dat zij buiten het toepassingsgebied van de kwaliteitswetgeving, zoals de wet patiëntenrechten, vallen. Wij willen een algemeen kwaliteitskader creëren, een kader dat op iedereen en altijd van toepassing is binnen de gezondheidszorg. Daarom is deze definitie van verstrekking van gezondheidszorg tweeledig.

Laten wij eerst kijken naar de eerste wet, de wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. De bedoeling van deze wet is eigenlijk om artikel 5 van de wet patiëntenrechten van 2002 om te zetten in concretere regels inzake kwaliteit. Dat artikel 5 stelt dat de patiënt recht heeft, met de eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder onderscheid op welke grond dan ook tegenover de beoefenaar, op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoefte. Door die kwaliteitswet gaan wij verschillende aspecten van de omschrijving in artikel 5 verder uitwerken. De verhouding tussen de wet patiëntenrechten en de wet kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg is dan ook bedoeld als een overgang van die wet patiëntenrechten, die een heel belangrijke principewet is, naar een kwaliteitswet, die toch wat dichter bij de concrete praktijkvoering staat en op dat vlak meer concrete regels zal opleggen inzake kwaliteit.

In deze wetgeving zullen wij een onderscheid maken tussen een aantal algemene kwaliteitsvereisten die van toepassing zijn op alle verstrekkingen van gezondheidszorg door alle gezondheidszorgbeoefenaars, ongeacht de setting waarin zij werkzaam zijn. Dit betekent dat een arts in een ziekenhuis aan deze vereiste zal moeten voldoen, maar evengoed een verpleegkundige in een woonzorgcentrum, en dergelijke. Dit algemeen kwaliteitskader is van toepassing op de gezondheidszorgbeoefenaar die een verstrekking van gezondheidszorg doet, ongeacht waar hij of zij dit zal verstrekken.

Daarnaast zal de wetgeving ook een hoofdstuk bevatten met betrekking tot de kwaliteitsvereisten die van toepassing zijn op gezondheidszorgbeoefenaars die chirurgische verstrekkingen doen, met meer specifieke regels.

Een eerste onderdeel van de algemene kwaliteitsvereiste betreft de professionele autonomie.

01.08 Koenraad Vandewoude: Een eerste element is inderdaad de professionele autonomie die wij overnemen uit het bestaande KB nr. 78. Binnen het bestaande KB nr. 78 zijn er enkele beperkingen ingevoegd met betrekking tot de professionele autonomie. Het is vanzelfsprekend dat deze autonomie voor een stuk ook beperkt wordt door de bestaande evidentie en dat er verondersteld wordt dat professionals werken binnen een kader van *evidence-based practice*, zoals reeds eerder aangegeven werd.

Een tweede element is dat er voor acute behandelingen met antibiotica en antimycotica al een substitutieregeling is ontwikkeld voor apothekers, waarbij zij kunnen afwijken van voorschriften die door artsen worden gemaakt. Dit is eigenlijk een detail.

Een tweede belangrijk element is de autorisatie.

De beroepsbeoefenaar moet, wanneer het van toepassing is, aan de patiënt kunnen laten weten dat de apparaten en de gezondheidsproducten die hij gebruikt effectief geautoriseerd zijn. Apparaten en producten die niet onder een autorisatiesysteem vallen, vallen onder de verantwoordelijkheid van de beoefenaar zelf. De beoefenaar zelf moet eigenlijk een certificaat kunnen afleveren of een attest van kwaliteit en gebeurlijk ook, wanneer dat van toepassing is, een attest van behoorlijk onderhoud.

01.09 Tom Goffin: Een van de grote nieuwigheden in de hervorming van het KB 78 is dat wij het visum, wat op zich een zeer oud gegeven is want het zat al in het KB 78 zelf, eigenlijk een totaal nieuwe invulling gaan geven. Het visum wordt eigenlijk een soort van professionele identiteitskaart van de zorgverlener waarin de zorgverlener op elk ogenblik zijn effectieve bekwaamheid tot handelen zal kunnen aantonen.

Het komt er eigenlijk op neer dat wij naast het eigenlijk juridisch bevoegd zijn tot handelen dat door het KB 78 en hervorming van de kaderwet gezondheidszorgberoepen wordt gecreëerd, via het visum en de professionele identiteitskaart ook nog eens de feitelijke bekwaamheid van de zorgprofessional willen benadrukken.

Elke zorgverlener binnen de gezondheidszorg zal de verplichting hebben om een portfolio te gaan bijhouden om zo aan te tonen dat hij of zij de nodige opleidingen heeft gevolgd en de nodige beroepservaring heeft opgebouwd om zo die feitelijke bekwaamheid enorm te gaan benadrukken. Dat visum en die portfolio zullen ook een heel belangrijk gegeven worden in het kader van functiedifferentiatie binnen een gezondheidszorgdomein omdat het toe zal laten om binnen het verpleegkundig zorgdomein, dat toch wel een heel breed domein is, te gaan duiden dat de ene verpleegkundige niet de andere is. Elke zorgverlener zal kunnen aantonen dat hij een beetje verschillend is ten opzichte van de andere.

01.10 Koenraad Vandewoude: Een andere topic die wij in deze presentatie willen aanraken, is het belang van het karakteriseren van de patiënt. Dit is een element dat op dit ogenblik eigenlijk niet ontwikkeld is in de bestaande wetgeving.

In principe komt het erop neer dat, vooraleer men een verstrekking bij een patiënt doet, de zorgprofessional op een gestructureerde en systematische manier een karakterisering van de patiënt doet en een risicoafweging maakt van wat hij van plan is te doen met die patiënt, hetzij een diagnostische akte, hetzij een therapeutische akte. Die karakterisering is onder andere een anamnestic proces, maar uiteraard ook een klinisch onderzoek, eventueel aangevuld met paraklinische onderzoeken, waardoor de gezondheidstoestand van de patiënt goed in kaart wordt gebracht, de pertinente risico's worden geïnventariseerd, zeker in relatie met de handeling die men wenst te stellen.

Ten slotte is de karakterisering ook pertinent voor de zorgbeoefenaar zelf, want hij moet ermee rekening houden dat hij binnen de limieten van zijn competenties en bekwaamheden moet werken. Een zorgbeoefenaar kan dus, naargelang de complexiteit van een bepaalde verstrekking, genoodzaakt zijn om een patiënt eventueel door te verwijzen. Wij vinden het ook heel belangrijk dat de karakterisering van de patiënt goed wordt genotuleerd in het elektronisch patiëntendossier.

In de zorgpraktijkwetgeving wensen wij ook in te gaan op een aantal risicovolle gezondheidszorgverstrekingen waarvan wij vinden dat zij eigenlijk niet in de context van een extramurale voorziening kunnen gebeuren. Zoals u weet, staat er in de ziekenhuiswet ook het fameuze artikel 82 waarin wordt aangegeven dat de Koning een lijst kan maken van verstrekkingen die verplicht in een ziekenhuis moeten worden verricht. Dat zou dan een lijst van prestaties moeten zijn omschreven door nomenclatuur, maar men is er de afgelopen decennia niet in geslaagd om die lijst vorm te geven.

De benadering vanuit de zorgpraktijkwetgeving is anders. Wij proberen op een meer generieke wijze een aantal situaties te omschrijven waarin de risico's groter zijn in hoofde van de patiënt en waarbij het beter is dat een verstrekking in de meer beveiligde en interdisciplinaire omgeving van een ziekenhuis gebeurt. Ik geef een aantal voorbeelden, maar ik zal niet alle topics die op de slide staan, overlopen: bijvoorbeeld chirurgische prestaties waarbij er een zeer belangrijke comorbiditeit is bij de patiënt, bijvoorbeeld een complexe diabetes, een vergevorderde COPD, chronisch longlijden, cardiovasculaire instabiliteit, anesthesiologische risico's klasse 3 en 4.

Klasse 3 wil zeggen dat de patiënt afwijkende vitale parameters heeft, dus een verhoogd risico. Klasse 4 wil zeggen dat de patiënt vitaal bedreigd is. Dergelijke patiënten hebben een profiel dat eigenlijk niet toelaat dat de verstrekking in een extramurale, private kliniek zou gebeuren.

Een tweede generiek voorbeeld is chirurgische voorverstreking waarbij het duidelijk is dat de patiënt postoperatief intensieve zorgen zou nodig hebben, of nood hebben aan een omkadering door anesthesisten en gespecialiseerde verpleegkundigen. Het is duidelijk dat dergelijk type van verstrekkingen niet in een extramurale voorziening kan gebeuren. Andere voorbeelden zijn ingrepen waarbij kan voorspeld worden dat

er met grote zekerheid bloedproducten of bloedtransfusies nodig zullen zijn. Ook experimentele verstrekkingen, fase 1 en fase 2, lijken ons beter binnen de context van een ziekenhuis te gebeuren, gezien de inherente risico's. Er worden hier ook nog enkele andere voorbeelden gegeven, die u kan lezen.

Een belangrijke zaak die ook wordt geregeld in het voorontwerp van wetgeving met betrekking tot zorgpraktijk is de sedatie en de anesthesie. Het is de bedoeling een aantal minimale kwaliteitseisen op te leggen wanneer een patiënt in sedatie wordt gebracht of wanneer er een locoregionale of algemene verdoving wordt gestart. Want het is uiteraard duidelijk dat er een aantal risico's is verbonden aan het in verdoving brengen van patiënten. Bij sedatie moet men zeer goed op de luchtweg gaan letten.

Als er incidenten zijn, moet een patiënt onmiddellijk geholpen kunnen worden, moet hij geïntubeerd en gebeurlijk ook geventileerd kunnen worden. Wanneer sedatie wordt gegeven, kan het bewustzijn zodanig ingedaald zijn dat er bepaalde algemene risico's aan verbonden zijn. De toediening van opiaten of andere productensedativa kan geassocieerd zijn met hemodynamische instabiliteit, waar onmiddellijk op moet kunnen worden ingegrepen.

Een en ander werd al vormgegeven in Belgische richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging voor anesthesiologie en reanimatie. Wij vinden het belangrijk dat bij een patiënt die onder sedatie wordt gebracht of die een volledige anesthesie ondergaat, de aanwezigheid van een anesthesist in een een-op-eenverhouding van patiënt en anesthesist gewaarborgd is.

Wanneer dergelijke anesthesieën gebeuren in private klinieken, dan vinden wij het van belang dat er een kaderakkoord is met een erkend ziekenhuis, zodat in geval van ernstige complicaties de patiënten vlot kunnen worden opgevangen door een meer multidisciplinaire equipe die door het ziekenhuis wordt doorgestuurd, bijvoorbeeld een MUG-equipe. Ook moeten er met het ziekenhuis afspraken gemaakt worden, voor het geval de patiënt moet worden overgebracht. Er moet dus een samenwerkingsakkoord opgesteld worden tussen de private kliniek en de infrastructuur van het ziekenhuis, voor het geval dat daarop een beroep moet worden gedaan.

01.11 Tom Goffin: In het kader van de hervorming halen wij ook enkele onderwerpen of hoofdstukken uit het koninklijk besluit van 1978, die wij in de kwaliteitswet steken.

Het gaat onder meer om het topic continuïteit van de zorg. De principes, die op de slide staan weergegeven, zijn op dit ogenblik reeds in zekere mate neergeschreven in het koninklijk besluit van 1978, met uitzondering evenwel van het laatste punt, waarin wij aan een gezondheidsbeoefenaar die zijn of haar praktijk stopzet, de verplichting opleggen om de nodige schikkingen te treffen, zodat de patiëntendossiers met alle bijbehorende nuttige informatie, uiteraard met akkoord van de individuele patiënt, naar de door de patiënt aangeduide gezondheidszorgbeoefenaar kan worden overgedragen.

Indien een praktijk om de ene of de andere reden plotseling wordt stopgezet, bijvoorbeeld omdat de arts is gestorven, wordt in een back-upsysteem voorzien via de Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, die de nodige schikkingen zal treffen.

Ook in het kader van de permanentie en de wachtdiensten zal een en ander veranderen. Dat wordt immers naar de kwaliteitswet overgeheveld. De principes rond permanentie zijn nog maar recent herzien. Tijdens de vorige legislatuur werden de artikelen 8 en 9 daartoe enorm aangepast. Die principes worden geëvalueerd en desnoods hier en daar nog bijgeschaafd. Het principe dat op dit ogenblik in het koninklijk besluit nr. 78 inzake permanentie en wachtdiensten staat, zal echter in belangrijke mate worden behouden.

Waarom wel zal worden voorzien, is in een vorderingsbevoegdheid door de gouverneur ingeval er een specifieke nood in het kader van de wachtdiensten is. Ook zal worden voorzien in een kader waarin vrijstellingen mogelijk zijn, bijvoorbeeld voor fysieke beperkingen of wanneer iemand niet meer actief is binnen de zorgpraktijk, maar nog wel als gezondheidszorgbeoefenaar is erkend.

In het kader van de discussies rond reclame en praktijkvoering willen wij ook de regelgeving over het verbod op reclame, die destijds in het kader van de wet esthetische heekunde tot stand is gekomen, universeel maken. De principes rond praktijkvoering en het verbod op reclame willen wij in de kwaliteitswet inschrijven. Dat zal ertoe leiden dat een gezondheidszorgbeoefenaar enkel maar op een objectieve wijze zijn of haar praktijkvoering aan het publiek kenbaar zal mogen maken en dus geen uitgebreide reclame over zijn of haar praktijkvoering zal mogen maken.

Op dit ogenblik bestaat dat al voor bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars, zoals tandartsen, terwijl dat voor anderen dan weer niet bestaat. Een algemene regeling in de kwaliteitswet zal dan ook voor iedereen gelden.

In het kader van gezondheidsgegevens gaan wij in de kwaliteitswet ook de minimale inhoud van het patiëntendossier definiëren. Deze minimale inhoud is een samenvoegsel van de verschillende wetgevingen en regelgevingen rond het patiëntendossier, waarin wij de grootste gemene deler trachten te zoeken.

Daarnaast gaan wij ook de therapeutische relatie, die noodzakelijk is opdat gezondheidsgegevens kunnen worden uitgewisseld tussen gezondheidszorgbeoefenaars of opdat een gezondheidszorgbeoefenaar toegang zou krijgen tot de gezondheidsgegevens van een patiënt, definiëren. Deze therapeutische relatie is uiteraard reeds gedefinieerd door de Privacycommissie. Wij gaan ons in de wetgeving op deze adviesverlening door de Privacycommissie baseren om daar het nodige wettelijke kader voor te maken.

Ook de regels met betrekking tot het voorschrift zullen worden opgenomen in de kwaliteitswet. In verband met het voorschrift, daar maak ik dan de link met de kaderwet gezondheidszorgberoepen, is het principe dat een doorverwijzing door een arts op voorschrift nog altijd zal kunnen, ook in de nieuwe wetgeving.

Er zijn evenwel ook nog een aantal andere voorschriften mogelijk. Er kan namelijk doorverwezen worden voor de voortzetting van de behandeling, dus niet voor een deelaspect van de behandeling. Men kan bijvoorbeeld zeggen: ik als arts heb mijn onderdeel afgerond, ik verwijs u door naar een kinesitherapeut voor een volledige voortzetting.

Er zijn uiteraard een aantal garanties ingebouwd, in het kader van patiëntendossier en het opladen van verslagen om de continuïteit te verzekeren.

In het doorverwijzen op groepsvoorschrift wordt ook voorzien, in die zin dat het mogelijk zal zijn dat een arts aan een multi- of interdisciplinair team van zorgverleners een opdracht zal geven om een aspect of een voortzetting op zich te nemen. Op die manier trachten wij die interdisciplinariteit, die nu reeds al een realiteit is op verschillende plaatsen binnen de gezondheidszorg, wederom een juridische basis te geven.

Tot slot ziet u ook de directe toegang staan op de slide. Met betrekking tot die directe toegang gaan wij bekijken in hoeverre het mogelijk is om de zorgverleners de mogelijkheid te geven om patiënten rechtstreeks te ontvangen zodat men niet altijd voor het minste geringste bij een arts moet passeren.

Op die manier zal de arts of de huisarts niet belast worden met onnodige consultaties enkel om dat voorschrift te verkrijgen, terwijl een directe toegang voor bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars in bepaalde situaties perfect mogelijk is.

01.12 Koenraad Vandewoude: In de hervorming, en dan vooral het aspect zorgpraktijk, is het de bedoeling in een beter en coherenter wettelijk kader te voorzien, vooral voor de extramurale betrekkingen wat betreft de bevoorrading en het aanleggen van depots met geneesmiddelen en gezondheidsproducten, niet het minst met inbegrip van de implantaten.

Het eerste principe daarbij is dat de beroepsbeoefenaar voor de bevoorrading van deze producten beroep doet op een erkende officina.

Het tweede principe is dat elke beoefenaar die geneesmiddelen of gezondheidsproducten kan voorschrijven, kan beschikken over een depot met geneesmiddelen en gezondheidsproducten en dat dit depot uiteraard op een beveiligde manier wordt aangehouden.

Het derde principe, met betrekking tot het depot, is dat er een samenwerkingsakkoord moet zijn met een titularis van een voor het publiek opengestelde officina of met een titularis van een ziekenhuisapotheek. Het depot zelf wordt gelijkgesteld met een officina die niet is opengesteld voor het publiek. Een belangrijk principe is ook dat de apotheker-titularis met wie een samenwerkingsakkoord wordt gesloten over het depot, een eindverantwoordelijkheid draagt, met andere woorden dat hij mee verantwoordelijk is voor het bewaken van de kwaliteit van de producten, de condities waaronder de producten worden bewaard en de traceerbaarheid en de vigilantie van de producten wanneer deze worden aangewend.

Naast de algemene kwaliteitsregels in de wetgeving inzake zorgpraktijken, waarop wij al zijn ingegaan,

voorzien wij op een tweede laag in een aantal supplementaire voorwaarden specifiek voor chirurgische praktijken.

In eerste instantie lijkt het ons evident dat wanneer er in een extramurale praktijk heelkundige verstrekkingen worden uitgevoerd, er een gestructureerde en geformaliseerde samenwerking is met een algemeen ziekenhuis dat beschikt over kamers waar patiënten kunnen worden opgenomen ter observatie en adequate behandelingen kunnen krijgen. In dat samenwerkingsakkoord worden dan ook afspraken gemaakt over de continuïteit en de permanentie voor de extramuraal behandelde patiënten. Met andere woorden, als een patiënt een kleinere of een grotere complicatie heeft, moet de verstrekker hem adequate informatie meegeven zodat hij in staat is om op een goede manier toegang te krijgen tot adequate zorg in een ziekenhuis.

Het tweede belangrijke element bij chirurgische verstrekkingen is dat er een basiskwaliteitskader moet zijn. Hiermee bedoelen wij dat de zorgverstrekker voor een aantal courante routineverstrekkingen moet kunnen aantonen dat hij werkt volgens een gestructureerd zorgpad. Daarin wordt een aantal sleutelinterventies omschreven waaraan hij zich moet houden wanneer hij zorg verstrekt aan de patiënt. Met andere woorden, het komt erop neer dat hij een kwaliteitshandboek heeft voor zijn praktijk.

De derde voorwaarde voor heelkundige verstrekkingen is dat er een vorm van kwaliteitscontrole moet zijn. Enerzijds moet er een vorm van autocontrole zijn. De verstrekker kan de resultaten van zijn behandelingen in een register bijhouden. Er moet ook een register van complicaties zijn, waar de verstrekker uit leert. Naast dit systeem van autocontrole wordt bekeken hoe de Federale Gezondheidsinspectie een betere rol kan spelen. Ik zal daar nader op ingaan wanneer wij het zullen hebben over de Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering. Meer concreet kan er gekeken worden naar een vorm van accreditatie voor de verstrekkers in het algemeen.

De vierde voorwaarde voor de chirurgische praktijk is dat er gekeken wordt naar een vorm van registratie van deze praktijken, waar zij zich ook bevinden, zowel in de ziekenhuizen als buiten de ziekenhuizen.

Laat ons dan ingaan op één van de hervormingen die we voorzien in de adviesstructuren van de FOD, met name het installeren van een raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Deze raad voor kwaliteit of kwaliteitsraad zou uiteenvallen in twee kamers.

Een eerste kamer heeft een adviserende bevoegdheid, waar er toch ook een link is met adviesorganen die zich uitspreken over de ontwikkeling van zorgberoepen. In deze advieskamer kunnen er werkgroepen tot stand komen die richtlijnen ontwikkelen, aanbevelingen doen, implementatietrajecten voorstellen voor *evidence-based medicine*, en die ook indicatoren met betrekking tot de kwaliteitsstructuur, proces en *outcome*, kunnen gaan vaststellen.

Dus enerzijds een advieskamer, anderzijds dan ook een handavings- en toezichtskamer, die uiteenvalt in een Nederlandstalige en een Franstalige kamer, waarbij de federale gezondheidsinspecteurs een klankbord kunnen vinden voor de vaststellingen die zij doen bij controles, ad-hoccontroles of steekproefsgewijze controles, zodanig dat daar op een gesystematiseerde wijze conclusies uit kunnen getrokken worden en eventueel ook interventies kunnen worden gedaan. Die interventies kunnen de vorm hebben van een aanbeveling tot verbetering van de praktijk, maar ook op het intrekken of onder voorwaarden stellen van een visum. Met andere woorden, ze kunnen de toegang tot het gezondheidsberoep beperken of zelfs volledig intrekken.

Op deze slide ziet u wat meer een kleurige samenvatting hoe die raad voor kwaliteit een aantal bestaande organen zal samenbrengen. Het gaat over de bestaande geneeskundige commissies die nu op provinciaal niveau ontwikkeld zijn. Het gaat over de bestaande medische colleges binnen de FOD Volksgezondheid.

Die medische colleges vinden op dit ogenblik hun wettelijke grondslag in de ziekenhuiswet en spreken zich eigenlijk enkel uit over de kwaliteit van het medisch handelen in de ziekenhuizen. Het is de bedoeling dat dergelijke colleges zich in de schoot van de kwaliteitsraad meer algemeen over de kwaliteit van de geneeskunde uitspreken, met inbegrip van de kwaliteit van de geneeskunde in extramurale voorzieningen.

Een belangrijk punt is ook dat wij erin voorzien dat de federale commissie voor de rechten van de patiënt mee wordt geïncorporeerd in de kwaliteitsraad. Wij denken dat dit een belangrijk pluspunt is, omdat die patiëntenrechtencommissie dan ook een beter zicht krijgt op wat er zich afspeelt in de praktijk in het

algemeen. Ook de federale raad voor de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit wordt opgenomen in de kwaliteitsraad.

In het schema ziet u dat de kwaliteitsraad uiteenvalt in een advieskamer en een handhavings- en toezichtskamer.

Het moet ook duidelijk zijn dat die kwaliteitsraad niet alleen opereert, niet alleen actief is, maar dat er linken moeten zijn met de kwaliteitsinstituten die gebeurlijk worden opgericht door de gefedereerde entiteiten, dat er een link moet zijn met de erkenningscommissies, met de Raad voor de Gezondheidszorgberoepen, dat er een link moet zijn met het Kenniscentrum, met het Health -and Research System en dat er ook een link moet zijn met het RIZIV, meer in het bijzonder met instanties binnen het RIZIV die zich met doelmatigheid bezighouden, met de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV, omdat daar een schat van informatie aanwezig is die kan worden gebruikt bij het beoordelen van kwaliteit van zorg.

01.13 Tom Goffin: De andere wet is de kaderwet inzake de uitoefening van gezondheidszorgberoepen. Doordat wij de kwaliteitswet in belangrijke mate gaan creëren, zullen wij ons in die kaderwet kunnen beperken tot de essentie, de effectieve uitoefening van de verschillende gezondheidszorgberoepen.

Zoals reeds aangehaald in de inleiding is het de bedoeling om in het kader van deze uitoefening, van deze omschrijving van de gezondheidszorgberoepen de evenwaardigheid van de verschillende beroepen als essentiële schakels van het gezondheidszorgcircuit van de concrete patiënt te gaan benadrukken. Hiërarchie zal dus wel blijven bestaan, maar alleen in de vorm van een functionele hiërarchie.

Om die evenwaardigheid te benadrukken, willen wij in deze nieuwe kaderwet inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen vooreerst beginnen met een algemeen beroeps- en competentieprofiel. Dat algemeen beroeps- en competentieprofiel van de gezondheidszorgbeoefenaar is uiteraard niet iets dat uit de lucht komt gevallen. Wij hebben ons daarbij gebaseerd op het wetenschappelijk reeds lang aanvaarde Canadese model van de Canwet. Dat is een model dat toelaat om aan de hand van een checklist te verifiëren of een concrete zorgverlener de nodige bekwaamheden heeft om de gezondheidszorg actief uit te oefenen.

Het gaat over zeven bekwaamheden, namelijk samenwerking, communicatie, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, professionaliteit, organisatie en vakbekwaamheid. Het principe is dat elke zorgverlener aan deze zeven bekwaamheden in zekere zin tegemoet moet kunnen komen opdat hij of zij als een zorgvuldige en kwaliteitsvolle zorgverlener gezondheidszorg kan verstrekken.

Op de slides vindt u het CanMeds-model zoals het voorgesteld wordt door de Canadezen. Wij hebben het algemeen beroeps- en competentieprofiel omgezet in zeven specifieke regels.

In het kader van de vakbekwaamheid zal de gezondheidszorgbeoefenaar de verplichting hebben om een kwaliteitsvolle en veilige verstrekking van de gezondheidszorg aan te bieden, binnen de grenzen van de professionele en feitelijke bekwaamheid. De gezondheidszorgbeoefenaar verzamelt en interpreteert de informatie die noodzakelijk is voor het nemen van beslissingen. De gezondheidszorgbeoefenaar neemt patiëntgerichte beslissingen en handelt ernaar op een wijze die wetenschappelijk onderbouwd en maatschappelijk verantwoord is en ingegeven is door actuele goede praktijken. Hij pleegt daarbij desgevallend met andere gezondheidszorgbeoefenaars interdisciplinair overleg.

In het kader van de communicatie is het principe dat de gezondheidszorgbeoefenaar de rechten van de patiënt respecteert. Hij plaatst de patiënt centraal en bouwt een vertrouwensrelatie op met de patiënt. Hij luistert actief naar de mening en de ervaringen van de patiënt met betrekking tot de verstrekking van gezondheidszorg en respecteert die. Het is ook belangrijk dat de gezondheidszorgbeoefenaar samen met de patiënt het piloot-copilootconcept ontwikkelt, waarnaar reeds verwezen werd, waaronder een plan om zijn of haar medische problemen aan te pakken en gezondheidsdoelen te bereiken, rekening houdend met de noden, waarden en wensen van de patiënt.

Het is heel duidelijk dat de patiënt zeer centraal staat in dit concept. De gezondheidszorgbeoefenaar integreert daarbij zijn kennis, met inbegrip van de context waarbinnen de patiënt zich bevindt, de socio-economische status van de patiënt en andere relevante psychologische en sociale aspecten. De gezondheidszorgbeoefenaar overlegt op verzoek van de patiënt ook nog met de naasten van de patiënt. In het kader van de communicatie gebruikt de gezondheidszorgbeoefenaar ten slotte informatietechnologie

voor optimale patiëntenzorg.

Wat de samenwerking betreft, de gezondheidszorgbeoefenaar werkt complementair samen met andere zorgverleners om kwaliteitsvolle verstrekkingen aan te bieden.

Hij erkent daarbij de bekwaamheden van de andere gezondheidszorgbeoefenaars binnen het spectrum van de gezondheidszorg. Hij draagt bij aan een effectieve interdisciplinaire samenwerking en een geïntegreerde gezondheidszorg en verwijst naar een andere ter zake bevoegde beoefenaar van een gezondheidszorgberoep wanneer de gezondheidsproblematiek waarvoor een ingreep is vereist, de grenzen van zijn eigen competentiegebied overschrijdt.

Zoals professor Vandewoude daarnet al heeft aangehaald, bestaat nu reeds het koninklijk besluit nr. 78 en in de wet van 10 mei 2013 staat dat in artikel 31/1 sinds 1 september van vorig jaar.

Kennis en wetenschap. De gezondheidszorgbeoefenaar verbindt zich tot een proces van levenslang leren via een persoonlijk bij- en nascholingsplan om continu de kwaliteit van de verstrekkingen van de gezondheidszorg te bevorderen en de patiëntenveiligheid te verhogen. Hij stelt zich kritisch op en treedt met andere gezondheidszorgbeoefenaars, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg in dialoog.

Organisatie. De gezondheidszorgbeoefenaar organiseert de verstrekkingen van gezondheidszorg op een wijze die de continuïteit van de zorg van de patiënt garandeert, desgevallend samen met andere betrokkenen in de gezondheidszorg. Hij organiseert het werk, zodat een goede verhouding tussen werk en privéleven ontstaat. Wij benadrukken daarbij ook de problematiek van de burn-out en aanverwante problemen en willen een opening creëren om de balans tussen werk en privéleven goed te organiseren. De gezondheidszorgbeoefenaar draagt bij tot een organisatie van gezondheidszorg op niveau van de patiënt, individueel of als deel van een inter- en multidisciplinair team op lokaal, regionaal, nationaal en globaal vlak.

Professionaliteit. De gezondheidszorgbeoefenaar levert hoogstaande patiëntenzorg op een integere, oprechte en betrokken wijze. Hij vertoont adequaat, persoonlijk en interprofessioneel professioneel gedrag. Hij kent de grenzen van de eigen competentie en handelt ernaar en oefent de gezondheidszorg uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.

Tot slot, het maatschappelijk handelen. De gezondheidszorgbeoefenaar bevordert, via preventie en gezondheidspromotie, de gezondheid van de patiënten en de gemeenschap, zonder onderscheid op welke grond dan ook. Hij gebruikt zijn kennis om de aandacht te vestigen op de belangrijke gezondheidszorgproblemen op het niveau van de individuele patiënt, de patiëntenpopulaties en de gemeenschap en hij treedt adequaat op bij incidenten in de gezondheidszorg, in die zin dat een soort van meldsysteem een interessant gegeven is.

Uiteraard, met een algemene omschrijving van het beroeps- en competentieprofiel zijn we nog altijd niet veel. We hebben dan een algemene insteek gegeven maar binnen de kaderwet uitoefening gezondheidszorgberoepen zal ook voor de verschillende gezondheidszorgberoepen een aparte omschrijving gebeuren.

We zullen trachten dit op een meer geïntegreerde wijze te doen dan thans in het KB 78 is opgenomen, namelijk op dit ogenblik het onderscheid tussen de geneeskundige beroepen en de andere beroepen. We gaan meer kijken naar wat ze effectief doen en hoe ze in de praktijk kunnen samenwerken en op die manier bepaalde beroepen samenbrengen op een aantal gezondheidszorgdomeinen zoals deze hier op het bloemmodel worden voorgesteld in de verschillende bloemblaadjes. Uiteraard, het is niet omdat in één bloemblaadje omschreven wordt in de kaderwet gezondheidszorgberoepen dat men niet kan samenwerken met andere gezondheidszorgbeoefenaars, het is een opdeling om toch een zekere samenhang te creëren.

Heel belangrijk daarbij is dat de patiënt alsook die kwaliteitsvolle gezondheidszorg centraal staan en dus dat de verschillende bloemblaadjes allemaal als essentiële onderdelen van de gezondheidszorg op die manier worden samengebracht. We gaan ook die gezondheidszorgberoepen allemaal op een meer open, dynamische en positieve wijze omschrijven dan thans in het KB 78 is opgenomen. Die open, dynamische en positieve omschrijving zal gebeuren aan de hand van wat nu reeds in het KB 78 staat qua uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, maar ook wat er op Europees niveau wordt omschreven, alsook dat waar reeds naar verwezen is, met name de adviezen rond de beroeps- en competentieprofielen die door de federale

adviesorganen daarrond zij opgesteld. Die verschillende documenten samen zullen ertoe leiden dat we op een open en dynamische wijze die beroepen zullen kunnen omschrijven.

Wij hebben getracht om in het kader van de hervorming van het KB 78 om voor de verschillende gezondheidszorgbeoefenaars een uniform traject te creëren want doordat het KB 78 in de laatste vijftig jaar tal van keren is aangepast, heeft elk beroep ongeveer zijn eigen traject om van de opleiding tot de effectieve uitoefening van het beroep te komen. Via een uniform systeem waarin we dus vertrekken van een diploma na een basisopleiding en eventueel een professionele stage zal men dan ook een visum kunnen krijgen. Aan dat visum is dus het portfolio gekoppeld waarnaar ik reeds heb verwezen.

Afhankelijk van het beroep zal een inschrijving bij de Orde noodzakelijk zijn. Vervolgens zal, wederom afhankelijk van het beroep, een bijkomende specialisatie mogelijk zijn.

Zoals professor Vandewoude daarstraks bij de inleiding reeds aangaf, willen wij trachten naar een grotere inzetbaarheid van de verschillende gezondheidszorgbeoefenaars te gaan. Daarbij is het interessant het idee van een specialisatiezuil naar voren te schuiven waarin wij de verschillende specialisaties willen terugdringen en in grotere specialisatiezuilen willen samenbrengen, om op die manier de multi-inzetbaarheid van de verschillende gezondheidszorgbeoefenaars die gespecialiseerd zijn, te benadrukken.

Het systeem van de bijzondere beroepsbekwaamheden zal in het portfolio worden ingekapseld. In het portfolio zullen de bijzondere beroepsbekwaamheden dus kunnen worden weergegeven.

In het kader van de onwettige uitoefening zal ook een en ander veranderen. Het principe blijft uiteraard dat gezondheidszorg door gezondheidszorgbeoefenaars wordt uitgeoefend. Het misdrijf van de onwettige uitoefening van de geneeskunde of van de verpleegkunde zal echter wel in belangrijke mate worden aangepast.

Wat zal onwettig zijn? Dat is ook iets wat onder impuls van de verschillende reacties die wij op kb78.be hebben gekregen, is aangepast.

Onwettig is wanneer de verstrekking van gezondheidszorg wordt verstrekt binnen de uitoefening van het beroep, zonder dat de betrokkene zelf gezondheidszorgbeoefenaar is. Een andere onwettigheid is wanneer iemand rechtstreeks voor de verstrekking van gezondheidszorg financiële vergoedingen ontvangt. Ook zij die denken gezondheidszorg te verstrekken, maar dat niet doen, vallen onder het misdrijf onwettige uitoefening van de geneeskunde of van de verpleegkunde. Op die manier zullen de charlatans kunnen worden gepakt.

Ik wil een en ander even schematisch duiden. Wat zal die aanpassing van het misdrijf zoal geven?

Wij vertrekken van het principe dat gezondheidszorg door gezondheidszorgbeoefenaars wordt verstrekt. Wanneer een niet-gezondheidszorgbeoefenaar gezondheidszorg verstrekt, maar dat buiten de uitoefening van een beroep en zonder financieel voordeel doet, zoals bijvoorbeeld een mantelzorger in de omgeving van een patiënt, zal hij of zij niet onder het misdrijf van onwettige uitoefening vallen.

Op dit ogenblik is de mantelzorger in het koninklijk besluit nr. 78 als een uitzondering op de onwettige uitoefening van de verpleegkunde omschreven.

Doordat wij nu zullen schrijven dat enkel maar wanneer men dat beroepsmatig doet, zullen mantelzorgers op zich niet meer onder het misdrijf van de onwettige uitoefening vallen en moeten zij bijgevolg ook niet meer als een uitzondering op dat misdrijf worden omschreven. Bijgevolg zal de mantelzorger op zich niet meer in de kaderwet uitvoering gezondheidszorgberoepen worden opgenomen. Dit betekent evenwel niet dat het sociaal statuut, dat mede onder impuls van de wet van 2014 werd gecreëerd, ook zal verdwijnen. Dit blijft uiteraard onverkort van toepassing.

De mantelzorgers. De omgeving van de patiënt. Dat valt buiten de scope van het misdrijf van de onwettige uitoefening van de gezondheidszorg.

Wanneer men dat evenwel binnen de uitoefening van het beroep doet, of met financieel voordeel, dan hebben wij vervolgens een nieuwe opdeling gecreëerd, namelijk wanneer men dat doet binnen de uitoefening van het beroep in de omgeving van de patiënt. Typevoorbeeld: een kinderverzorgster, die

antibiotica moet toedienen aan een baby binnen een crèche, verstrekt gezondheidszorg. Dit mag in principe niet, maar aangezien dit in de omgeving van de patiënt is, gaan we daarvoor het statuut van de bekwame helper creëren.

Wanneer het daarentegen gaat niet zozeer in het kader van de omgeving van de patiënt, maar in de omgeving van de zorgverlener, bijvoorbeeld wanneer iemand een zeer technische prestatie gaat leveren in het kader van een chirurgische verstrekking, alhoewel hij of zij geen gezondheidszorgbeoefenaar is, zal dit niet een bekwame helper worden, maar wel een techniekier.

De uitzonderingen op de onwettige uitoefening beperken zich binnen de kaderwet gezondheidszorgberoepen tot de bekwame helper enerzijds, in het kader van de omgeving van de patiënt, en de techniekier anderzijds, in het kader van de omgeving van de zorgverlener.

De voorwaarden voor de bekwame helper zijn de volgende. De taken worden gedelegeerd aan niet-gezondheidszorgbeoefenaren binnen een gecontroleerd kwaliteitskader. Daarbij zijn de voorwaarden dat het nog steeds onder de verantwoordelijkheid van een gezondheidszorgbeoefenaar gebeurt, eventueel nadat een gezondheidszorgbeoefenaar die bekwame helpers een opleiding heeft gegeven, in het kader van een duidelijk vooropgestelde procedure of behandelplan, wanneer de patiënt, of bijvoorbeeld in het kader van een crèche de ouders samen met de gezondheidszorgbeoefenaar de toestemming hebben gegeven, en dat de gezondheidszorgbeoefenaar toch wel een document opstelt waarin onder meer de identiteit van de patiënt wordt neergeschreven.

Belangrijk bij de bekwame helper is daarbij dat we de identiteit van de bekwame helper niet meer als voorwaarde stellen, zodat het mogelijk is, bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg, dat er een vooropgesteld plan is zonder dat specifiek wordt aangeduid wie effectief dat plan zal uitvoeren. Voor die techniekier gaan we nog striktere voorwaarden stellen en daarbij is het dan wel noodzakelijk dat de identiteit van de techniekier wordt aangeduid en dat dus heel concreet wordt opgesteld welke verstrekking hij wanneer zal kunnen stellen.

01.14 Koenraad Vandewoude: Ten slotte nemen we in het dispositief over de zorgberoepen nog een gegevensbank op met betrekking tot de gezondheidszorgberoepen. Het is ook belangrijk mee te geven dat we nu ook erin voorzien dat er voor elke titel een effectieve titelbescherming is. Belangrijk om mee te nemen is ook dat in het kader van de Europese richtlijn 2005/36 en 2013/55, die dus recent is omgezet zoals eerder gezegd, er ook al een Europees systeem van gegevensuitwisseling bestaat.

Hierdoor heeft elke lidstaat toegang tot de status van elke gezondheidszorgberoepsbeoefenaar.

Er wordt in ons land voorzien in de oprichting van een permanente gegevensbank die ook toegankelijk is voor het brede publiek, zodat men kan nagaan of een arts of iemand die zich voordoeft als arts effectief een visum heeft als arts.

De informatie zal meer gedetailleerd zijn. Men zal kunnen nagaan of een beoefenaar die een visum heeft eventueel onder voorwaarden is gesteld of op een of ander moment bepaalde deontologische of tuchtsancties werd opgelegd voor een bepaalde periode.

Om af te sluiten, wij voorzien in de kaderwet gezondheidsberoepen een hervorming van de adviesorganen. Zoals u weet, zijn er op dit ogenblik tal van adviesorganen binnen de FOD Volksgezondheid. Deze adviesorganen zijn historisch gegroeid. Er is er een voor artsen, verpleegkundigen, vroedkundigen, tandartsen, enzovoort.

Voor alle zorgberoepen, met inbegrip van de paramedische beroepen, hebben we een raad, behalve voor de apothekers die geen adviesorgaan hebben. Het is merkwaardig dat dit nooit is totstandgekomen.

Wij willen die raden hervormen en dichter bij elkaar brengen, in de zin dat er een koepelraad voor de gezondheidszorgberoepen zal worden opgericht. Wij vinden dat heel belangrijk omdat we op die manier een structuur creëren waar artsen, verpleegkundigen, vroedkundigen, tandartsen en apothekers op een interdisciplinaire manier samen nadenken over de ontwikkeling van gezondheidsberoepen op een transversale manier.

Wij willen ook nog een aantal kamers behouden, die onder de koepel actief zijn, waarin eerder adviezen

kunnen worden gegeven die specifiek zijn aan de verschillende beroepen, zoals artsen, verpleegkundigen en apothekers, die er dan wel aan bod zullen komen, tandheeldkundigen, geestelijke zorgberoepen – u weet dat die wet in werking is getreden op 1 september 2016 –, de vroedkundigen en de revalidatieberoepen, die een aantal paramedische beroepen zullen omvatten.

Voorts zijn er ook nog de vroedkunde en de revalidatieberoepen, die een aantal paramedische beroepen regroeperen.

Uit de *slide* blijkt duidelijk dat wij niet voorzien in een specifieke raad voor elke beroepsgroep. Dat zou aanleiding geven tot een enorme hypertrofie in de adviesraden. Dat is niet wenselijk en niet beheersbaar voor onze overheidsdienst.

Waar wij wel op willen inzetten, is het op regelmatige wijze oproepen van experts die afkomstig zijn uit de academische wereld en uit het werkveld. Die experts kunnen dan aangeduid worden op basis van hun curriculum en op basis van hun expertise. Die experts kunnen betrokken worden in ad-hocwerkgroepen die thematisch werk verrichten of in permanente werkgroepen die zich buigen over zorgberoepen of bepaalde aspecten van zorgberoepen.

In dit schema is er ook sprake van de Planningcommissie. Wij vinden het belangrijk dat de Planningcommissie, die nu zeer geïsoleerd staat in de wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen, in artikel 92, die geïsoleerde plaats opgeeft en dichter in contact komt met de Raad voor Gezondheidsberoepen, zodat zij kennis kan maken met de evolutie van de gezondheidsberoepen en met de impact van die evolutie op de planning van het medisch aanbod en de planning van het aanbod van andere zorgberoepen.

Tot slot voorzien wij in dit schema ook in een deontologische kamer. Het is een al lang bestaande verzuchting in de wetgevende Kamer om inzake deontologie transversale initiatieven te nemen, over de verschillende gezondheidsberoepen heen. Wij willen hieraan tegemoetkomen door zo'n transversaal orgaan te creëren, dat als opdracht heeft na te denken over een beroepstitel- en zorgdomeinoverschrijdende deontologie.

Die kamer kan ook over bepaalde casuïstieken of deontologische thema's nadenken en aanbevelingen formuleren.

Ik wil er bij de gelegenheid evenwel op wijzen dat het niet de bedoeling is in die deontologische kamer tuchtorganen of tuchtrecht te ontwikkelen.

Dan komen wij op de laatste slide bij de conclusie. Die werd in het begin eigenlijk ook aangegeven bij de doelstellingen van de hervorming. Wij willen evolueren naar een gezondheidsrechtelijk kader voor de gezondheidszorg, zorg die interdisciplinair is, die uitgaat van bekwame en competente gezondheidszorgprofessionals die als doelstelling hebben zorg van hoge kwaliteit te bieden aan de patiënt, en waarbij de patiënt centraal staat. De zorg wordt vooral in samenwerking met de patiënt op maat van de patiënt gesneden conform de gezondheidsdoelstellingen die de patiënt voor zichzelf formuleert.

01.15 Minister **Maggie De Block**: (...) een grondig bestudeerde hervorming van het KB nr. 78 is. Er is nog ander wetgevend werk onderweg, zoals de kaderwet en de wet betreffende de kwaliteit van de zorg.

Dan is er nog een restant van de wet van 10 mei 2015, als al de rest in die twee andere er uitgehaald is. Dat is dus nog een hele hap voor deze commissie. Wij zullen met die wetten een voor een naar hier komen.

Ik hoop dat ook op het terrein de nodige uitleg ter zake zal worden gegeven. Het gaat immers om een heel belangrijke grote herschikking, ook binnen onze diensten, van allerlei adviescomités, die nu bestaan.

Tegelijkertijd moet het ook een grotere transparantie en meer betrokkenheid van alle beroepsgroepen geven, zodat de ene discipline weet waarmee de andere disciplines bezig zijn en vice versa.

La **présidente**: Merci à tous les trois, pour cette présentation. Cela signifie que, en termes d'agenda, de dates d'échéances ou d'étapes prévues, rien n'a été fixé?

01.16 **Koenraad Vandewoude**: Mevrouw de voorzitter, voor de tijdlijn gaan wij op een gefaseerde wijze te

werk.

Eerst willen wij de kaderwet zorgpraktijk aanpakken. Daarin is men vrij ver gevorderd. Op dit moment is men nog bezig met een aantal concrete projecten te omschrijven, die daarna aanleiding tot legistiek zullen geven en die de klassieke weg van overleg met de sector zullen afleggen.

Voor de zorgpraktijkwet zal dat gaan om overleg met verstrekkers en niet het minst uiteraard met de artsen, enerzijds, en met de ziekenhuizen, anderzijds.

De kaderwet kwaliteitsvolle zorgpraktijk creëert een *equal level playing field* van kwaliteit voor ziekenhuizen en voor extramurale praktijken. Het is uiteraard belangrijk dat wij ook de desbetreffende actoren nog horen.

Het was in elk geval een uitstekend idee van onze minister om een publieke consultatie te organiseren. Op die manier hebben wij immers enorm veel input van de sector gekregen, zowel van organisaties als van individuen.

We hebben deze opmerkingen geïnventariseerd, gerepertorieerd en we hebben daar op dit ogenblik al veel aan gehad. Dat heeft geleid tot voortschrijdend inzicht. U hebt ook kunnen vaststellen dat de presentatie die we hier nu samen gegeven hebben op een aantal stukken verschillend is van de presentatie die vorig jaar op 28 september gegeven is.

In tweede instantie willen we de gezondheidsberoepenwetgeving aanpakken. Voor de zorgpraktijk zouden we proberen naar de Ministerraad te gaan vóór de zomer zodat onder uw voorzitterschap het ontwerp van wetgeving in deze commissie in het najaar kan worden behandeld. Voor de zorgberoepen mikken wij eerder op een tijdlijn die wat de Ministerraad betreft aanvangt in het najaar.

La **présidente**: Cela, c'est pour la pratique.

01.17 Koenraad Vandewoude: Pour la pratique des soins, notre but est de constituer un dossier qui soit prêt pour le Conseil des ministres avant les vacances d'été, de sorte que le Conseil d'État puisse rendre son avis avant cette échéance.

Pour la loi-cadre relative aux professionnels de la santé, nous souhaitons introduire un dossier auprès du Conseil des ministres certainement entre l'été et le Nouvel An.

La **présidente**: Des membres souhaitent-ils intervenir après cette présentation très dense?

01.18 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mijne heren, mijn dank voor het vele werk en de toelichting. Ik heb een paar algemene bemerkingen, dingen die ik mis, maar misschien is het te snel gegaan, of die misschien gesneuveld zijn onderweg door de evolutie die u doorgemaakt hebt. Verder heb ik een aantal punctuele punten bij dingen die u gezegd hebt. Ik ga beginnen met de reactie op de dingen die u gezegd hebt.

Ik vind het heel positief wanneer u het voornemen uitzet om de kwaliteitsvolle dienstverlening, voortbouwend op artikel 5 van de wet op de patiëntenrechten, concreter om te zetten. Mijn collega Gerkens en ikzelf hebben maandag de heel interessante rondetafel '15 jaren Patiëntenrechten, een Bezinningsmoment' bijgewoond, met een zeer interessant panel en een zeer interessant publiek. Daar was een van de bemerkingen dat dit een heel belangrijk artikel is maar een heel vaag artikel in de wet op de patiëntenrechten en dat dit dus concreet moet gemaakt worden.

Daarbij aansluitend is er de definitie van wat een patiëntendossier is en wat erin moet staan. Tijdens het rondetafelgesprek hebben wij daar ook een hele discussie over gehad, vooral omdat uit de klachten die er zijn, de inzage in het dossier enzovoort, blijkt dat daar nog heel wat problemen rond zijn.

U moet zich dus zeer zorgvuldig buigen over wat u daarin zet. Ik heb u een paar keer horen zeggen dat er zal komen in te staan wat het minimum is dat er in een dossier moet staan. Gelet op al wat wij hebben gehoord, is het heel belangrijk om dat zeer concreet en zorgvuldig te bepalen, want in de praktijk blijken daar nog heel wat problemen mee. Ik heb toch, hoop ik, goed begrepen dat u dat van plan bent, want u hebt dat een paar keer op verschillende momenten gezegd.

U sprak over de verplichting van een portfolio en de functiedifferentiatie. Begrijp ik het dan goed dat wat wij nu referentieverpleegkundige en dergelijke noemen, daar dan onder valt? Valt een vroedvrouw die ook lactatiekundige is, ook onder de functiedifferentiatie en zit dat in de verplichte portfolio? Wat moet ik mij hierbij voorstellen?

U sprak ook over artikel 82 van de ziekenhuiswet. Bestaat het gevaar niet dat dat erg statisch wordt en dat u de dynamische evolutie, de technologische evolutie waarbij steeds meer dingen thuis of ambulant kunnen gebeuren, op die manier een beetje uitsluit? Dat zou wel jammer zijn.

Ik ben verheugd dat het verbod op reclame wat concreter zal worden gemaakt, want dat is echt een probleem in de sector. Ik heb daar veel voorbeelden van. Voorziet u daaromtrent ook in sancties? Hoe wilt u dat dan doen, want zonder sancties zal dat euvel niet worden verholpen.

U sprak ook over de raad voor kwaliteit, aan de hand van een ingewikkelde slide. Ik heb daar niet veel van begrepen. Dat zult u mij nog eens helderder moeten uitleggen. Dat was nogal ingewikkeld, dus ik vraag mij af of iedereen zijn weg daarin zal vinden. Het zal misschien aan mij liggen.

Met betrekking tot wat u gezegd hebt rond onwettige uitoefening heb ik een paar vragen. De voorbeelden die u geeft, kinderverzorgster en technicus, allemaal prima. Ik zit nog met de onuitvoerbare wet-Colla in het hoofd. Die alternatieve gezondheidszorgberoepen, vallen die dan zoals ik het hier begrepen heb allemaal onder de onwettige uitoefening? Hoe ziet u dat? We zitten er daar inderdaad nog altijd mee.

Wat u in dat kader gezegd hebt over de mantelzorger, daar sta ik zoals u weet helemaal achter. Dat is positief. U zegt dat we ons geen zorgen moeten maken omdat het statuut van de mantelzorger blijft. Ik moet hier wel herhalen dat dit nog steeds een lege doos is, dat er niets in zit en dat ik grote verwachtingen heb van de minister die daar bij de lancering van mijn boek een aantal beloftes rond gedaan heeft.

De eerste keer dat de minister het voorgesteld heeft heb ik begrepen dat de principes van subsidiariteit en interdisciplinariteit erg belangrijk zijn. Wat de subsidiariteit betreft, ik heb niets meer gehoord over de zorgkundige, de HBO5-verpleegkundige, het dichter naar elkaar toe brengen van die twee. De health care assistente, is dat gesneuveld of komt dat nog op een ander moment?

Bij de hervorming van de gezondheidszorgberoepen heb ik ook altijd begrepen dat het de bedoeling was om deze kans aan te grijpen voor de hervorming van de nomenclatuur. Men zou dit eenvoudiger maken en de kloof tussen groot- en kleinverdieners of de herijking van de nomenclatuur meenemen. Kunt u daar nog iets over zeggen? Zijn dat nog altijd de plannen?

Wat u gezegd hebt inzake de rechtstreekse toegang is ook zeer interessant. Ik zie daar een vorm van echelonnering in de praktijk, niet in theorie maar wel in de praktijk omdat u die rechtstreekse toegang toch op die manier beschreven hebt. Dit lijkt mij een mogelijkheid om al iets te doen om de overconsumptie aan te pakken.

Voor de rest heb ik daar niets meer over gehoord, terwijl het toch mee de bedoeling was om iets te doen aan de overconsumptie bij de herziening van het KB nr. 78.

Dan heb ik nog één kleine bemerking. U hebt onrechtstreeks gezegd dat er ook in communicatie is voorzien. Ik zou daar, naar aanleiding van hetgeen wij op de rondetafelconferentie rond patiëntenrechten vorige maandag hebben gehoord, expliciet aandacht voor willen vragen. De communicatie tussen zorgverstrekker en patiënt is nog altijd een groot probleem en dat moet zeker een prominente voorwaarde zijn van de verplichte portfolio.

01.19 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt voor de toelichting. Ik vind het overigens nogal brutaal van de vorige spreker om van een lege doos te spreken.

Ik apprecieer ten eerste dat de algemene principes in de nieuwe wetteksten op mekaar worden afgestemd en dat de Kamer de mogelijkheid krijgt om eventuele tekortkomingen nog te duiden. Hopelijk kunnen die dan in het ontwerp van wet worden verholpen.

De hervorming van KB nr. 78 is een van de grote ankerpunten, samen met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en van de nomenclatuur, die expliciet in het regeerakkoord werden ingeschreven om

uitvoering te geven aan wat wij hier heel vaak te berde brengen, met name een efficiëntere organisatie van onze gezondheidszorg. In die zin kijken wij heel erg uit naar de hervorming, niet alleen om een besparing teweeg te brengen, maar ook en vooral en daarmee vaak samenhangend, om een betere kwaliteit van zorg te kunnen bewerkstelligen.

Vandaag zien we dat patiënten vaak niet de kwaliteit van zorg krijgen die mogelijk is, omdat de uitvoering niet optimaal is geregeld. Ik noem bijvoorbeeld dat verpleegkundigen heel veel tijd verliezen aan bepaalde taken waarvoor zij niet zijn opgeleid. De uitzuivering van die taken via de aankomende KB's of wetten zal zeker ervoor kunnen zorgen dat het zorgpersoneel – de hoeksteen van onze gezondheidszorg – beter wordt ingezet. Op die manier kunnen we ook de kwaliteit van de zorgverlening verbeteren, evenals de besteding van de middelen, die grotendeels naar het zorgpersoneel gaan.

In zin steunen wij dan ook de algemene principes. Het is uiteraard wachten op de concrete teksten vóór we echt in detail kunnen gaan. Ik heb in het verleden hierover al een aantal vragen gesteld. Ik denk bijvoorbeeld aan de directe toegang of het attest van bekwame helper. Die vragen worden ook op het terrein gesteld. Hetzelfde geldt voor het groepsvoorschrift. Ik neem aan dat een en ander in de concrete teksten zal worden verduidelijkt, zodat de discussie veel meer op basis van de teksten dan wel op basis van de algemene richtlijnen kan worden gevoerd.

Ook wat de afstemming met de mensen op het terrein betreft, willen wij u vanuit onze fractie hiervoor met een bloemetje bedenken. Zij worden optimaal betrokken bij de uitvoering van de wet die hun zorgberoepen en de uitvoering van hun taken zal regelen. Voor ons is dat positief en wij wachten dan ook op de concrete teksten, die uitvoering geven aan de richtlijnen, om de discussie ten gronde te kunnen aanvatten.

01.20 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, je vous remercie ainsi que vos services d'avoir fait un exposé extrêmement explicite. Les questions que je vais vous poser, avec l'une ou l'autre réflexion, sont plutôt d'ordre général. Ce qui est certain, c'est que la réforme de l'article 78 s'inscrit dans l'accord de gouvernement. Il était donc bien de venir avec une proposition extrêmement précise. On constate que cette réforme est extrêmement ambitieuse. La preuve, c'est que l'exposé a duré mais il était nécessaire pour montrer l'ampleur de cette réforme.

La première question que je voulais poser est la suivante. Qu'en est-il de la concertation avec les différentes organisations qui ont été sollicitées? Vous avez déjà répondu en partie, en disant que cette concertation avait eu lieu ou qu'elle était encore en cours. Ce qui est important, comme cela vient d'être dit par l'intervenant précédent, c'est votre volonté de concerter systématiquement le secteur à tous les niveaux.

La réforme en tant que telle est assez délicate parce qu'on abandonne, comme cela a été clairement dit, le modèle "hiérarchique", en tant que tel. Cela veut dire probablement aussi qu'il faudra intégrer tout cela dans les mentalités, ce qui ne doit probablement pas être facile. On doit donc s'attendre à avoir, en tout cas au début, une interprétation qui ne sera pas exactement celle que vous voulez donner. Je pense qu'il faut simplement en être conscient.

Il est fort appréciable qu'une fois de plus, dans ce que nous avons discuté précédemment dans le cadre du projet de loi relatif aux essais cliniques, on constate que c'est réellement le patient qui reste au centre des débats. Je sais que c'est votre schéma de travail mais je pense qu'on ne le rappelle pas suffisamment. Des réformes sont en cours, elles ne font pas plaisir à tout le monde mais, au moins, elles ont toujours le patient comme priorité.

À côté de cela, des questions se posent malgré tout. L'Académie royale de Médecine s'est positionnée sur la réforme et elle émet un certain nombre d'inquiétudes. Le fait de croire qu'on va pouvoir satisfaire tout le monde dans le cadre d'une réforme, c'est un peu utopique mais, au moins, tenir compte de l'avis qui est donné et expliquer la raison pour laquelle nous ne sommes pas sur la même longueur d'ondes me semble être une approche positive.

On a parlé de l'équivalence entre les différents groupes professionnels. Là, de la part de l'Académie royale de Médecine, il y a une certaine interrogation. Selon elle, il y a de très larges différences entre les professions en ce qui concerne chaque axe de qualification. Il est donc légitime de parler "d'équivalences entre les axes de compétences, le niveau de qualification étant fortement variable selon la profession considérée". Quel est votre avis par rapport à cette inquiétude? Est-elle justifiée ou, au contraire, tout a-t-il été prévu dans le schéma tel que vous le présentez?

Comment l'auto-évaluation des compétences se passera-t-elle concrètement? C'est un domaine complexe et délicat. Quand on parle d'auto-évaluation, il faut être bien sûr de pouvoir cerner le contexte dans lequel on se trouve. Avez-vous des informations complémentaires à ce sujet?

Je m'inquiète également, parce que l'Académie royale de Médecine a posé la question, concernant la version de la compétence du Roi pour dresser la liste des actes médicaux qui ne peuvent être confiés à des non-médecins. C'est une question un peu délicate. Si on pousse l'interprétation à l'extrême, cette inversion pourrait présenter un danger. En effet, le principe serait que tout ce qui n'est pas interdit est autorisé. Cela pose un petit problème. Si on part de ce principe, cela signifie que tout ce qui n'est pas prévu dans la loi est acceptable, ce qui, dans certains cas, et certainement dans le cadre de la médecine, pourrait poser problème.

A-t-il été tenu compte de cet élément?

Dans le cadre du contrôle des visas, le contrôle envisagé est-il un contrôle par les pairs? J'imagine que vous avez dû mener une réflexion là-dessus. De manière plus générale, sauf erreur de ma part, il manque à la présentation un chapitre qui fasse référence aux pratiques non conventionnelles. Il y a peut-être une raison à cela, bien entendu. Confirmez-vous la volonté de ne pas viser les pratiques non conventionnelles?

01.21 Dirk Janssens (Open Vld): Voorzitter, mevrouw de minister, leden van het kabinet, ik dank u voor deze uiteenzetting.

Ik heb een vraag, een bemerking, en veeleer misschien een open vraag. De eerste betreft de patiëntkarakterisering. Ik heb begrepen dat dit zou worden opgenomen in het patiëntendossier. Het spreekt voor zich dat dit gevolgen zal hebben. De patiënt zal inzage verwerven in zijn patiëntendossier, eventueel vanaf zijn computer, althans zo zie ik het voor mij. Dat zal voor sommige patiënten toch wel schrikken zijn, maar langs de andere kant moeten wij dat afwegen en stellen dat de patiënt recht heeft op informatie. Het is een moeilijke oefening en ik wil graag weten hoe de minister dit ziet.

Een tweede vraag betreft de continuïteit van de zorg. Ik heb begrepen dat het in het kader van de continuïteit van de zorg de plicht van de zorgbeoefenaar is om alle nuttige informatie over te maken aan een andere behandelende gezondheidszorgbeoefenaar om de behandeling voort te zetten of, bij stopzetting van de praktijk, aan een door de patiënt aangeduide gezondheidszorgbeoefenaar. Hoe verhoudt dit patiëntendossier zich tot het elektronisch medisch dossier? In welke mate is de inhoud van het patiëntendossier terug te vinden in het elektronisch medisch dossier?

Als dat laatste het geval is, lijkt het mij logisch dat de plicht tot overdragen weinig zin heeft. Dan lijkt het mij dat de patiënt die naar een andere arts zou gaan eenvoudigweg de toegang moet krijgen tot de inhoud van zijn elektronisch dossier.

Dan heb ik nog een derde, veeleer open vraag. Er worden bijkomende eisen gesteld voor chirurgische verstrekkingen in settings buiten het ziekenhuis en dit met het oog op de veiligheid van de patiënt. Ik denk dat dit volkomen terecht is. Nu ziet men in ziekenhuizen vaak met lede ogen aan hoe deze chirurgische ingrepen naar de dagziekenhuizen gaan. Men beschouwt dit als *cherry picking*. Een van de voorwaarden is echter het sluiten van een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis. Ik denk dat dit systeem daarmee staat of valt.

Acht de minister het realistisch dat ziekenhuizen bereid zullen zijn om samenwerkingsakkoorden te sluiten met de dagziekenhuizen?

01.22 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Comme l'a dit ma collègue Anne Dedry, il est effectivement important d'améliorer les dispositions inscrites dans la loi sur les droits des patients concernant le contenu du dossier, etc. Il est également intéressant d'avoir un dispositif qui encadre la qualité des soins et des prestations, au-delà de la reconnaissance et des caractéristiques des professionnels.

Cela dit, j'aurais souhaité obtenir un peu plus de précisions au sujet de ces fameuses prescriptions groupées que vous avez citées à nouveau. J'ai compris qu'il était possible de prescrire à un patient plusieurs prestations effectuées par plusieurs prestataires selon le diagnostic posé. Ainsi, le patient pourrait, par exemple, faire appel à un nutritionniste, à un kinésithérapeute, etc. Voilà ce que je comprends lorsque vous

parlez des prescriptions groupées, mais je me trompe peut-être.

Je serais donc intéressée par une explication qui me permettrait de distinguer la prescription groupée et les équipes multidisciplinaires; celles-ci pouvant d'ailleurs se trouver à un même endroit et former peut-être une entité particulière - une maison médicale ou un regroupement de personnes intervenant de manière complémentaire sur un même patient. J'aimerais savoir ce qui est du même registre et ce qui appartient à des champs différents. Je ne voudrais pas qu'il y ait confusion entre les statuts et les rôles.

Votre timing étant relativement rapide, j'aimerais savoir comment cela s'organisera. J'avais cru comprendre qu'il y aurait des propositions de nouvelles professions de la santé. Est-ce dans les aides techniques? Le 28 septembre, quelques exemples de ces professions nouvelles ont été cités. Vous n'en avez pas parlé ici. La première fois qu'on en a parlé, on se posait la question de savoir si, dans ces nouvelles professions, y seraient intégrées les pratiques dites non conventionnelles.

Il y a aussi la formation. Vous avez cité les Communautés. Si on modifie les rôles, si on définit les compétences de manière plus précise, cela aura forcément une influence sur les formations de base des professionnels de la santé. Comment la concertation avec les communautés est-elle planifiée?

Vous comptez déjà faire adopter les lois fin 2017 ou début 2018, si je comprends bien votre agenda. Même question concernant la concertation avec les Régions. Toutes les zones de confusion, les croisements possibles entre une relation d'aide et une relation de soins sont-elles clairement définies pour certains prestataires? Ou reste-t-il des éléments à envisager?

Je souhaite encore un éclaircissement. Je comprends, de ce que j'ai vu et noté, qu'il pourra être tenu compte des médecins pensionnés dans l'organisation des gardes ou de permanence de soins dans les zones qui dépendent des cercles. Ai-je bien compris? Ils seraient donc comptabilisés dans les forces disponibles pour assurer cette continuité.

J'ai vu par ailleurs et avec étonnement que, lorsque vous avez cité des dispositions particulières en chirurgie, vous avez précisé que le chirurgien est responsable des actes qu'il pose et de leurs conséquences; mais vous avez précisé également "le chirurgien et le candidat spécialiste en chirurgie". Cela signifie-t-il que le candidat spécialiste aurait une pleine et entière responsabilité alors qu'il n'a qu'un statut de candidat spécialiste stagiaire?

Pour le reste, cela mérite d'être lu de manière approfondie car il n'est pas possible de tout comprendre en une présentation.

01.23 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, wij weten dat de wet op de patiëntenrechten verdiende van er te zijn, maar daarin kan inderdaad nog meer duidelijkheid worden gebracht. Dit was de gelegenheid om artikel 5 meer inhoud te geven en meer op de patiënt zelf te richten.

Met betrekking tot de inhoud van het dossier is het heel belangrijk wat voor de patiënt ter inzage zal zijn. In de wet op de patiëntenrechten staat ook dat het dossier eigendom is van de patiënt.

Dan de portfolio. Dat is op een objectieve manier vragen: wat heb ik gedaan? Waarin ben ik bekwaam? Welke extra opleidingen heb ik gevolgd? Welke extra bekwaamheid heb ik?

Wanneer wij het over bekwaamheid hebben, belanden wij al meteen bij de functiedifferentiatie. Daar is dat een belangrijk instrument, dat gedurende de hele carrière kan worden megedragen en dat ook weergeeft wat de bijkomende vorming is geweest, wat iemands bekwaamheid is en in welke takken hij of zij zich *en cours de route*, na het behalen van het diploma, heeft bekwaamd.

Inzake het uitsluiten heeft professor Vandewoude heel duidelijk aangegeven dat het alleen om hoogrisicopatiënten gaat, dus om patiënten voor wie het, gezien hun comorbiditeit en gezien de problemen die zij hebben, gevaarlijk zou zijn om bepaalde ingrepen of behandelingen te ondergaan buiten een ziekenhuissetting, omdat het risico reëel is dat zij een hartinsufficiëntie en ademhalingsstilstand krijgen.

Reclame is nu een probleem. Wij hebben ons op dat vlak gebaseerd op wat vroeger in de Senaat en in de Kamer is goedgekeurd in het toenmalige ontwerp van mevrouw Tilmans, een voormalige collega van ons, behorende tot de groep van de heer Thiéry. Wij hebben ons op die wetgeving gebaseerd.

Verschillende leden hebben gevraagd wat er met de alternatieve geneeskunde en met de alternatieve therapieën zal gebeuren. Deze worden niet in de bedoelde wetgeving opgenomen. Zij vormen ook een apart deel in het regeerakkoord. Niettemin is de sokkelwet ook op hen van toepassing. Ook de wet op de patiëntenrechten is daarop steeds van toepassing.

Er waren verschillende vragen over de uitwerking van verpleegkundige zorgdomeinen, enzovoort. Dit komt later aan bod. Er zijn nog heel wat uitvoeringsbesluiten nodig. Deze kaderwet vormt de start. Daarna moet er voor elk beroep apart nog het nodige worden uitgewerkt.

Wat betreft het onderwijs, opleidingen en competenties, zoals HBO5, dit moet uiteraard worden besproken in de Interministeriële Conferentie omdat onderwijs een bevoegdheid is van de Gemeenschappen.

Communicatie is heel belangrijk. Wij weten dit al lang. Op het vlak van communicatie tussen zorgverstrekkers en patiënten loopt er nogal wat mis. Dit zit ook in de CanMEDS en ook in de portfolio zal moeten worden bepaald hoe de communicatie met de patiënt is verlopen.

Mevrouw Van Camp, dit is inderdaad een belangrijk ontwerp, maar ik benadruk dat dit geen besparing is.

De middelen blijven dezelfde, alleen de manier van werken is veel transparanter. Er is een uitzuivering van de taken. Het doel is de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Van doorverwijzen en terugverwijzen wil men een normale actie maken, terwijl dat nu nog dikwijls te traag of niet gebeurt. Het is ook iets wat wij op het terrein wel horen van patiënten, dat een bepaalde persoon hen niet meer kon helpen maar hen ook niet heeft doorverwezen naar iemand anders die wel kon helpen.

Er waren ook vragen over de uitvoering. Mevrouw Van Camp vroeg wat een attest van bekwaam helper is en hoe het met de groepsvoorschriften en de directe toegang staat.

Monsieur Thiéry, concernant la concertation, il est vrai qu'il y a une liste de trois pages dans la présentation. Certains ont été rencontrés plusieurs fois parce que cela s'est avéré nécessaire en cours de route. De plus, le site web en question proposait aux associations de réagir mais également aux prestataires individuels. Certains l'ont fait. Il a été tenu compte de tout et on continue de le faire.

Au sujet des inquiétudes de l'Académie royale, je ne comprends pas bien les raisons pour lesquelles ils craignent l'équivalence entre les différents groupes professionnels. Je dois relire leurs avis et remarques.

Chaque prestataire sait quel est son domaine. Il faut simplement savoir qui est compétent pour les autres fonctions. Il est évident qu'il faut avoir un système subsidiaire. Il y a déjà cinq ans que je suis hors du circuit, mais lorsque j'exerçais la médecine, je voyais des collègues remplir des tâches qui ne leur revenaient pas. Ce ne sont pas les médecins qui, par exemple, doivent faire les injections. Il leur appartient de prescrire ces dernières et il appartient aux infirmières de les faire.

Ik denk bijvoorbeeld aan mondzorg, een domein bij uitstek waarin de deskundigen binnen de verpleging worden opgeleid. Excuseer mij, maar de ervaring leert dat zij het soms beter weten dan op het moment dat de patiënt op consultatie gaat, omdat daar een hele evolutie in is. Daar zullen ieders competenties worden gerespecteerd.

De Académie Royale hield nogal vast aan de piramidale structuur, met de arts erboven als een soort van farao, al lag hij in het midden van de piramide. Nu gaan wij naar de bloemstructuur, "*votre marguerite*," zoals mevrouw Fonck het uitdrukte, waarin de patiënt centraal staat en bij wijze van spreken de vedette is. Wij zullen rekening houden met de bezorgdheden van de Académie Royale.

Aangezien zij al lang bestaan, is dat voor hen een schok; dat begrijp ik ook wel. Ik ben gaan spreken voor de geëerde leden van de Académie Royale en zij beschouwen deze verandering als een revolutie. Zij komen immers al van ver. Wij zullen daar zeker rekening mee houden en hen desgevallend nog eens goed uitleggen wat het allemaal inhoudt.

Pour ce qui est de la liste négative par arrêté royal, comme Koen Vandewoude l'a spécifié, il y avait l'article 81 et on n'a jamais su faire la liste positive.

Wie mag wat doen? En dat gaat over het feit dat men geen bevoegdheden mag delegeren. Dat wil zeggen bevoegdheden delegeren aan mensen die die bevoegdheid niet aankunnen omdat zij niet de juiste vorming hebben.

Et cela, c'est très important!

Men kan geen taak delegeren aan iemand die daarvoor niet is opgeleid. Dat is geen subsidiariteit meer maar dat is het delegeren van zaken wat de kwaliteit zeker op een negatieve wijze zou beïnvloeden.

Dat moet ook samen gezien worden met wat verstaan wordt onder de doorverwijsplicht en de terugkoppeling. Dat moet samen gelezen worden. Ik denk dan aan de taakomschrijving – die in de praktijk goed werkt – tussen wat een vroedvrouw doet en gynaecoloog doet bij een bevalling en de begeleiding van een patiënt. Daar is dat goed omschreven en afgebakend. Maar indien er bijvoorbeeld een sectio moet gebeuren is het evident dat de gynaecoloog niet zal zeggen: doe ze maar zelf. Dat gaat te ver. Dan zal dat ook niet goed functioneren. Dat is niet gewoon delegeren. Dat is een delegatie geven voor iets waarvoor de vroedvrouw niet is opgeleid.

Mijnheer Janssens, wat betreft het elektronisch medisch dossier en het patiëntendossier, wij zitten nu al aan 5,3 miljoen elektronische medische dossiers waarvoor een *informed consent* is. Er zijn er dus meer waarvoor er een toestemming is. Op termijn zal er een integratie zijn van die patiëntendossiers en de elektronisch dossiers.

Wat de kwaliteitseisen zijn voor extramurale ziekenhuizen, wij merken inderdaad een wildgroei ervan in sommige disciplines, maar wij moeten zeker zijn dat de kwaliteit van de gegeven zorg daar dezelfde is als in een ziekenhuis.

Daar moet ook controle op plaatsvinden, want anders wordt het voor de patiënten gevaarlijk om zich tot dergelijke ziekenhuizen te wenden. Een deel van die extramurale ziekenhuizen werkt kwalitatief goed, maar er zijn er ook andere. Sommige van die extramurale ziekenhuizen komen en gaan binnen een paar jaar, waarbij een patiënt soms niet meer weet waar de zorgverstrekker naartoe is die hem geopereerd heeft als die met de noorderzon verdwenen is. Ik weet dat bepaalde extramurale ziekenhuizen nu al, voor gevallen van een complicatie of iets dergelijks, wel samenwerkingsakkoorden met ziekenhuizen of wachtdiensten hebben. Wanneer men vaststelt dat een patiënt niet recupereert of wanneer de patiënt een complicatie of bloeding krijgt, dan kan de patiënt doorverwezen worden. In het kader van een goede opvolging van de patiënten lijkt mij dat wel nodig.

Madame Gerkens, le droit des patients figure, en fait, toujours dans nos lois. Nous sommes très attentifs en la matière. Tout est fait dans l'intérêt des patients avec le souci de la qualité des soins fournis.

Il ne faut pas confondre les prescriptions groupées avec les maisons médicales. Mais dans le cadre des projets pilotes en matière de soins intégrés pour les patients chroniques, il est effectivement possible d'avoir une équipe multidisciplinaire au sein de laquelle peuvent se trouver des indépendants pour s'occuper d'un patient.

Il y a une équipe multidisciplinaire en fonction des besoins des patients. Elle peut être différente pour chaque patient selon les besoins. Dans les maisons médicales, c'est un système forfaitaire pour vraiment organiser tous les soins nécessaires, mais dans un système forfaitaire.

Est-il encore possible d'ajouter de nouvelles professions, dans la fleur, dans le nouveau modèle?

Comme vous pouvez le constater, les feuilles reprennent les domaines des soins. Les professions y sont ajoutées par domaine. Si de nouvelles professions sont encore prises dans la loi ...

Als in de WUG, de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidsberoepen, nieuwe beroepen worden opgenomen met de nodige kwalificaties, kunnen die in de blaadjes worden toegevoegd, en dan is er geen probleem.

Elles seront ajoutées dans les feuilles, dans les domaines. Une profession dans le domaine de la revalidation, par exemple, sera ajoutée à la feuille "revalidation". U hebt de blaadjes maar daar binnen zijn er ook nog onderverdelingen.

Pour le moment, ce n'est pas le cas pour les professions alternatives, car l'accord de gouvernement comprenait une évaluation de la loi Colla. Nous sommes occupés à travailler sur un autre projet, lequel fait l'objet d'une large concertation.

La décision d'inclure les médecins plus âgés dans le système de garde se trouve dans les mains des cercles de médecins.

Dat is de bevoegdheid van de artsenkringen, van de huisartsenkringen, waar dat beslist moet worden. Naargelang de kring bestaan er vrijstellingen voor leeftijd, zwangerschap en bevalling en waarschijnlijk voor nog andere zaken, maar het blijft een bevoegdheid op het niveau van de kring. Daarenboven, de organisatie van de wachtdiensten in de eerstelijns hulp is nu ook niet meer onze bevoegdheid, want sedert de zesde staatshervorming is alles in verband met eerstelijns hulp een bevoegdheid van de Gemeenschappen.

De financiering van de kringen houdt ook in dat de zorgverlening continu moet zijn. Er moet dus iemand van wacht zijn; als het geen ouderen zijn, dan wel jongeren.

Voor de kandidaat-specialisten blijft alles zoals het nu al bestaat. De kandidaat-specialisten vallen altijd onder de verantwoordelijkheid van de stagemeester op de dienst waar de kandidaat-specialist zich op dat moment bevindt.

Als het een anesthesist in opleiding is, dan staat die onder supervisie. Als er iets gebeurt, dan moet hij om hulp roepen. Als er een complicatie is, dan is dat de verantwoordelijkheid van de stagemeester. Daar gaan wij niets aan veranderen. Zo gaat het nu in de ziekenhuizen. Er is al genoeg stof voor veranderingen die erop gericht zijn adequatere zorg en meer kwalitatieve zorg te geven, wetende dat – het werd ook gezegd tijdens de inleiding – patiënten steeds ouder worden, steeds vaker meerdere ziekten en comorbiditeit vertonen en zich dus, achtereenvolgens of tegelijkertijd, tot meerdere zorgverstrekkers moeten richten. Het is dus met het oog op de patiënt gemaakt, maar de subsidiariteit is natuurlijk ook in het belang van de zorgverstrekkers.

Wij weten immers dat er aan sommigen ook zaken worden gevraagd waarvoor zij niet echt opgeleid zijn. Daar zijn de nodige problemen mee.

Dit zijn natuurlijk wetten waar nog vele uitvoeringsbesluiten voor nodig zullen zijn. Ik wil benadrukken dat de Raad daarin een heel belangrijke adviserende en uitvoerende rol te spelen heeft.

De Raad zal voor elk van die zorgberoepen moeten helpen om dit in koninklijke besluiten te gieten in de loop van de volgende jaren.

La **présidente**: À moins qu'il y ait encore une intervention, je propose de clôturer ici nos échanges. En fonction de l'évolution, nous pourrions fixer d'autres rendez-vous, soit via des projets de loi, soit via des étapes significatives.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.45 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17.45 heures.*