



BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS  
DE BELGIQUE

**BEKNOPT VERSLAG**

**COMPTE RENDU ANALYTIQUE**

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

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

**Dinsdag**

**14-03-2017**

**Namiddag**

**Mardi**

**14-03-2017**

**Après-midi**

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

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 54 0000/000	Parlementair stuk van de 54 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000	Document parlementaire de la 54 <sup>e</sup> législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)
CRABV	Beknopt Verslag (witte kaft)	CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture blanche)
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (witte kaft)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (couverture blanche)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beigeleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

<p>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</p> <p>Bestellingen :</p> <p>Natieplein 2 1008 Brussel Tel. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail : publicaties@dekamer.be</p>	<p>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</p> <p>Commandes :</p> <p>Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.lachambre.be e-mail : publications@lachambre.be</p>
--	--

## INHOUD

Gedachtewisseling met de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over de hervorming van de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en samengevoegde vragen van 1

- 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) 1

- 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) 2

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beroepsstage in de opleiding verpleegkunde" (nr. 15522) 2

- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van de assistenten in de psychologie" (nr. 16191) 2

- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de reglementering van het beroep van seksuoloog" (nr. 16379) 2

*Sprekers:* **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, **Koenraad Vandewoude**, medewerker van de minister, **Tom Goffin**, medewerker van de minister, **Anne Dedry**, **Yoleen Van Camp**, **Damien Thiéry**, **Dirk Janssens**, **Muriel Gerkens**

## SOMMAIRE

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 1

- 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) 1

- 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) 1

- 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) 2

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation des assistants en psychologie" (n° 16191) 2

- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réglementation de la profession de sexologue" (n° 16379) 2

*Orateurs:* **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Koenraad Vandewoude**, collaborateur de la ministre, **Tom Goffin**, collaborateur de la ministre, **Anne Dedry**, **Yoleen Van Camp**, **Damien Thiéry**, **Dirk Janssens**, **Muriel Gerkens**



COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

DINSDAG 14 MAART 2017

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU  
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

du

MARDI 14 MARS 2017

Après-midi

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

De **voorzitter**: Vanaf nu worden de vragen die niet mondeling werden gesteld, omgezet in schriftelijke vragen, maar niet uitgesteld. De schriftelijke antwoorden zullen aan de indiener van de vraag en de commissieleden worden overgezonden, maar niet worden gepubliceerd in het Bulletin van Schriftelijke Vragen en Antwoorden om op die manier oude vragen af te sluiten.

Vragen die vanaf morgen worden ingediend, worden na Pasen op de agenda gezet.

**Damien Thiéry (MR)**: Ik begrijp uw bezorgdheid, maar het Reglement staat leden die niet aanwezig kunnen zijn, toe om hun vraag uit te stellen. Wat zal u doen wanneer een lid dit recht wil doen gelden?

De **voorzitter**: We kunnen contact opnemen met onze collega's. Dit is een uitzonderingsmaatregel.

**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)

La discussion des questions et interpellations est ouverte à 14 h 21 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

La **présidente**: Dès maintenant, les questions qui ne sont pas posées oralement seront transformées en questions écrites mais pas reportées. Les réponses écrites seront données à l'auteur de la question et aux membres de la commission mais non publiées au bulletin des questions écrites, dans le but de clôturer les anciennes questions.

Les questions déposées à partir de demain seront mises à l'ordre du jour après Pâques.

**Damien Thiéry (MR)**: Je comprends votre préoccupation mais le Règlement autorise les membres qui ne peuvent être présents à reporter leur question. Que ferez-vous si un membre veut faire valoir ce droit?

La **présidente**: Nous pouvons contacter nos collègues. Il s'agit d'une mesure exceptionnelle.

**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

- 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)

**01.01** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Wij snijden het tweede, belangrijke ontwerp aan over de hervorming van de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, een onderwerp dat heel wat mensen in onze samenleving aanbelangt en in de eerste plaats de patiënt.

De **voorzitter**: Aangezien de gedachtewisseling wordt aangevuld met vragen zal er in de plaats van een verslag door de commissiedienst een beknopt verslag en een integraal verslag worden opgesteld.

**01.02** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Het vroegere KB nr. 78 legt de beroepsreglementering vast voor zowat 500.000 personen: 190.000 verpleegkundigen, 60.000 artsen, 10.000 tandartsen, 20.000 apothekers, 37.000 kinesitherapeuten, 110.000 zorgkundigen en 43.000 paramedici. Jaarlijks vragen in ons land zowat 30.000 personen een visum aan om een gezondheidszorgberoep te kunnen uitoefenen.

(*Frans*) Het koninklijk besluit nr. 78 van november 1967 regelt de uitoefening van de verschillende gezondheidszorgberoepen (medische en paramedische beroepen, enz.) en bepaalt de voorwaarden en beperkingen in dat verband.

Gedurende een halve eeuw werd er via verschillende wijzigingen geprobeerd om tegemoet te komen aan de evolutie van de patiëtenoden en aan het verschijnen van nieuwe beroepen in de sector. Er ontbrak echter een globale visie en de wet, die inmiddels is opgenomen in de wet van 10 mei 2015, is onleesbaar en incoherent geworden.

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)

**01.01** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Nous entamons l'examen du deuxième projet important consacré à la réforme de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, un sujet qui concerne un grand nombre de personnes dans notre société, et en premier lieu les patients.

La **présidente**: Comme des questions sont jointes à l'échange de vues, c'est le compte rendu qui fera office de rapport.

**01.02** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): L'ancien arrêté royal n° 78 établit une réglementation professionnelle pour près de 500 000 personnes: 190 000 infirmiers, 60 000 médecins, 10 000 dentistes, 20 000 pharmaciens, 37 000 kinésithérapeutes, 110 000 aides-soignants et 43 000 titulaires de professions paramédicales. Chaque année, près de 30 000 personnes demandent un visa pour pouvoir exercer une profession des soins de santé.

(*En français*) L'arrêté royal n° 78 de novembre 1967 règle l'exercice des différentes professions de soins de santé (professions médicales, paramédicales, etc.) et fixe les conditions et limites de leur exercice.

En un demi-siècle, différentes adaptations ont tenté de répondre à l'évolution des besoins du patient et à l'émergence de nouvelles professions dans le secteur. Il manquait cependant une vision globale et la loi, entre-temps intégrée dans la loi du 10 mai 2015, est devenue illisible et incohérente.

*(Nederlands)* De hervorming van onze wetgeving rond de gezondheidsberoepen is dan ook een wezenlijke prioriteit in het regeerakkoord, die bovendien tal van beleidskeuzes beïnvloedt.

Een cruciaal punt is dat de diagnostiek – de behandeling en preventie van ziekten – moet steunen op wetenschappelijke gegevens en de analyse ervan. Daarom moeten in de nieuwe wetgeving over zorgberoepen en de praktijkvoering die zorgdomeinen aan bod komen waar er conform wetenschappelijk verantwoorde standaarden en richtlijnen wordt gewerkt. Er moeten dan ook garanties komen voor de implementatie van evidencebased *practice*.

*(Frans)* De nieuwe wetgeving moet voor een duidelijk kader zorgen voor de multidisciplinariteit en de autonomie van de zorgverleners, die meer moeten samenwerken. Dat zal de kwaliteit van de zorgverlening ten goede komen en tot minder uitgaven leiden.

*(Nederlands)* Naast een ander soort patiënt en andere behandelingen worden we ook geconfronteerd met de vergrijzing en met meer chronische aandoeningen, waardoor de zorg veeleer moet worden geïntegreerd in de maatschappelijke structuur dan in een institutioneel kader. Dat is ook een belangrijke as van ons beleid.

*(Frans)* Dankzij de technologische ontwikkelingen zal de uitoefening van het beroep op korte termijn revolutionair veranderen. Er zijn steeds meer behandelingen mogelijk en de ingrepen zijn steeds minder invasief. De patiënt, die voortaan zijn eigen dossier zal beheren, zal mee bepalen wie hem verzorgt en welke rol de zorgverleners en de mantelzorgers in zijn verzorging spelen.

Wij willen de centrale plaats van de patiënt – een verworvenheid sinds de wet van 22 augustus 2002 – meer kracht bijzetten en de autonomie van de patiënt vergroten. De patiënt moet zijn gezondheid mee in handen nemen, samen met de zorgverleners.

De patiënt bepaalt met instemming van de behandelende arts die op de coherentie toeziet hoe het zorgproces moet verlopen.

*(Nederlands)* Er wordt rekening gehouden met de impact van de zesde staatshervorming, waardoor een aantal aspecten van deze wet geregionaliseerd is. Zo is de erkenning van de individuele beoefenaars een

*(En néerlandais)* La réforme de notre législation des professions des soins de santé constitue une réelle priorité dans l'accord de gouvernement. De plus, elle influe sur de nombreux choix politiques.

Un point crucial réside dans le fait que le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies doivent reposer sur des données scientifiques et sur l'analyse de ces données. C'est la raison pour laquelle la nouvelle législation relative aux soins de santé et aux pratiques doit aborder les domaines de la santé dans lesquels le travail est effectué conformément à des normes et à des directives scientifiquement justifiées. Des garanties doivent dès lors être fournies pour la mise en œuvre de l'*evidence-based practice*.

*(En français)* La nouvelle législation doit créer un cadre clair pour la multidisciplinarité et l'autonomie des professionnels des soins de santé amenés à davantage collaborer. Ceci améliorera la qualité des soins et diminuera les coûts.

*(En néerlandais)* En plus d'un autre type de patient et d'autres traitements, nous sommes aussi confrontés au vieillissement et à des pathologies plus chroniques, qui font en sorte que les soins doivent plutôt être intégrés dans la structure sociale que dans un cadre institutionnel. Il s'agit là aussi d'un axe important de notre politique.

*(En français)* L'évolution de la technologie révolutionnera, à court terme, l'exercice des professions. Les traitements se multiplient avec des interventions de moins en moins invasives. Désormais gestionnaire de son propre dossier, le patient contribuera à déterminer qui interviendra dans ses soins et le cadre d'action des prestataires de soins et des aidants proches.

Le but est de renforcer la position centrale du patient, acquise depuis la loi du 22 août 2002, ainsi que son autonomie, pour qu'il devienne co-pilote de sa propre santé, aux côtés des prestataires de soins.

Il décide de la direction de son processus de soin avec l'aval de son médecin traitant qui veille à la cohérence.

*(En néerlandais)* On tient compte également de l'impact de la sixième réforme de l'État, qui a amené une régionalisation de plusieurs aspects de la loi. Ainsi, la reconnaissance individuelle des prestataires de soins est-elle une compétence

gemeenschapsbevoegdheid, terwijl de erkenningvoorwaarden, de professionele stage, de planning en alle aspecten inzake de kwaliteit van de uitoefening federaal zijn gebleven.

In oktober 2015 heb ik de raden van volksgezondheid om adviezen gevraagd over de generieke competenties van hun bevoegdheidsdomein. Ondertussen werd de wet trouwens ook aangepast aan de Europese richtlijn 2013/55 over de erkenning van de beroepskwalificaties.

In september 2016 werden de krachtlijnen van de modernisering voorgesteld, gevolgd door een oproep tot een publieke consultatie via de website. Dat leidde al tot een document van 226 bladzijden met opmerkingen. Mijn diensten hebben ook talrijke contacten gehad met de sector. Het moment is nu aangebroken om een aantal concepten vast te leggen in ontwerp teksten.

Binnen dit kader komen ook nog uitvoeringsbesluiten. Hierbij is medewerking van en afstemming met de sector absoluut noodzakelijk. Daarom voorzie ik ook in een modernisering van de adviesorganen.

Mijn medewerkers zullen het hebben over de belangrijkste concepten van de voorgestelde hervorming.

Tom Goffin is jurist en gespecialiseerd in gezondheidsrecht. Koen Vandewoude is professor, arts en specialist.

**01.03 Koenraad Vandewoude (Nederlands):** Ik ga eerst in op evolutie van het gezondheidsrecht sinds het begin van de jaren 60.

Bij het gezondheidsrecht zijn twee belangrijke wetten intussen meer dan vijftig jaar oud: de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU), die onder meer een heleboel belangrijke praktische aspecten regelt van de relatie arts-patiënt of, meer algemeen, zorgverstrekker-patiënt, en de wet op de ziekenhuizen, die de omkadering en een belangrijk deel van de kwaliteiten van deze omkadering in de zorg voor de patiënt regelt.

Het KB nr. 78 van 1967 over de gezondheidszorgberoepen is gecoördineerd in de wet van 10 mei 2015.

communautaire, alors que les conditions de reconnaissance, le stage professionnel, la planification ainsi que tous les aspects qui touchent à la qualité de la prestation restent du ressort du fédéral.

En octobre 2015, j'ai demandé aux conseils de santé publique de me rendre des avis sur les compétences génériques de leur domaine de compétence. Dans l'intervalle, la loi a été adaptée en fonction de la directive européenne 2013/55 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Les grandes lignes de force de la modernisation de la loi ont été présentées en septembre 2016, après quoi un appel a été lancé en vue de participer à une consultation publique par le biais du site internet. Ce processus a déjà débouché sur un document de 226 pages contenant des observations. Mes services ont également eu de nombreux contacts avec le secteur. Le moment est venu, à présent, de déterminer certaines notions dans les projets de textes.

Des arrêtés d'exécution seront encore pris dans ce cadre. À cet égard, une collaboration et une harmonisation avec le secteur sont indispensables. C'est la raison pour laquelle je prévois également une modernisation des organes consultatifs.

Mes collaborateurs vont à présent exposer les principaux concepts de la réforme proposée.

Tom Goffin est juriste et il est spécialisé en droit de la santé. Koen Vandewoude est professeur, médecin et spécialiste.

**01.03 Koenraad Vandewoude (en néerlandais):** Je vais tout d'abord évoquer l'évolution du droit de la santé depuis le début des années 1960.

On distingue deux lois importantes en matière de droit de la santé, lesquelles ont aujourd'hui plus de cinquante ans: la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (SSI), qui règle notamment un grand nombre d'aspects pratiques importants de la relation médecin-patient ou, plus généralement, dispensateur de soins-patient, et la loi sur les hôpitaux, qui règle l'encadrement et une part importante des qualités de cet encadrement des soins au patient.

La loi du 10 mai 2015 a coordonné l'arrêté royal n° 78 de 1967 sur les professions des soins de santé.



Deze drie wetten volgen de oorspronkelijke basiskaderwet.

Sinds de jaren 80-90 zijn er enkele nieuwe concepten in het gezondheidsrecht geslopen, zoals de autonomie van de patiënt en werd meer en meer het concept van het medisch paternalisme verlaten.

Een aantal belangrijke wetten, die de patiënten een centrale plaats geven in de gezondheidszorg, is vanaf dan tot stand gekomen, zoals de wet op de patiëntenregeling van 2002. Ook kwamen enkele specifieke juridische regelingen tot stand voor specifieke medische handelingen, zoals de wet op de organen van 1986. Deze wetten zijn deels aangepast aan de Europese regelgeving. De patiënt kreeg een centrale plaats.

Sinds het begin van de jaren 2000 zijn er enkele nieuwe evoluties waarmee wij rekening moeten houden bij het aanpassen van het gezondheidsrechtelijk kader: de veroudering van de bevolking en het ontstaan van patiënten met polypathologie en chroniciteit in de aandoeningen. Dit vergt een nieuwe aanpak in de zorg. Ook werken zorgverstrekkers meer en meer samen in een interdisciplinaire context en ontstaan er extramurale praktijken.

We zien ook meer private klinieken ontstaan, waarvoor er vooralsnog geen specifiek kwalitatief kader bestaat.

Er zijn ook nieuwe communicatiemiddelen voorhanden die dienstig kunnen zijn bij het stellen van de diagnose of bij de opvolging van de behandeling. Er is de technologische explosie en de digitalisering.

We stellen ook vast dat de superspecialisering van de laatste decennia nood creëert aan transversale zorgactoren, die het geheel van de zorg van de patiënt overschouwen.

Er zijn duidelijk nieuwe behoeften. We willen evolueren naar een gezondheidszorg in een interdisciplinair kader, met zorg van hoge kwaliteit op maat van de patiënt en in samenwerking met de patiënt.

Daarom willen we de regels gieten in twee nieuwe modellen: een kaderwet rond de zorgberoepen en wetgeving die ingaat op zorgpraktijk.

Ces trois lois suivent la loi-cadre de base initiale.

Depuis les années 80-90, certains nouveaux concepts ont fait leur apparition dans le droit de la santé, comme l'autonomie du patient, et le concept de paternalisme médical est de plus en plus abandonné.

Un certain nombre de lois importantes conférant une position centrale aux patients dans les soins de santé ont été élaborées à partir de ce moment, comme la loi sur les droits des patients de 2002. Plusieurs dispositions juridiques spécifiques relatives à des traitements médicaux précis, comme la loi sur les organes de 1986, ont également été élaborées. Ces lois s'adaptent partiellement à la réglementation européenne. Le patient s'est ainsi vu conférer une position centrale.

Depuis le début des années 2000, de nouvelles évolutions sont apparues dont il faut tenir compte dans l'adaptation du cadre du droit sanitaire: le vieillissement de la population et l'apparition de patients souffrant de polypathologie, ainsi que la chronicité des affections. Ces éléments requièrent une nouvelle approche en matière de soins. Par ailleurs, les prestataires de soins coopèrent de plus en plus dans un contexte interdisciplinaire et des pratiques *extra muros* apparaissent.

Nous voyons également émerger davantage de cliniques privées pour lesquelles il n'existe encore aucun cadre qualitatif particulier.

De nouveaux moyens de communication sont, en outre, disponibles et peuvent servir à l'établissement des diagnostics ou au suivi des traitements. L'explosion technologique et la numérisation sont également à l'œuvre.

Nous constatons, par ailleurs, que l'hyperspécialisation qui a marqué ces dernières décennies engendre un besoin d'acteurs de soins transversaux capables de considérer les soins dispensés aux patients dans leur globalité.

Il est clair que de nouveaux besoins ont vu le jour. Nous souhaitons évoluer vers des soins de santé s'inscrivant dans un cadre pluridisciplinaire, visant la qualité, adaptés aux patients, en collaboration avec eux-ci.

Nous souhaitons, dès lors, élaborer des règles fondées sur deux nouveaux modèles: une loi-cadre concernant les professionnels de la santé ainsi qu'une législation axée sur la pratique des soins de santé.

Er is daarbij een aantal belangrijke pijlers: de centrale plaats van de patiënt wier autonomie gerespecteerd moet worden en de professionele autonomie van de zorgverstrekkers waarbij we ervan uitgaan dat hun competenties zeer belangrijk zijn.

Ingaan op de interdisciplinariteit is cruciaal opdat de zorg op een geïntegreerde wijze tot stand zou komen. Ook hier is sprake van functionele hiërarchie tussen zorgverstrekkers en niet langer een piramidale hiërarchie met de artsen bovenaan en de verpleegkundigen en zorgkundigen onderaan.

**01.04 Tom Goffin (Nederlands):** Het KB 78 is 50 jaar oud en de hervorming ervan kent een lange geschiedenis. In de vorige zittingperiode kreeg de Raad van State de opdracht de wettekst alvast te verbeteren en dat resulteerde in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015. Inhoudelijk werd de wet niet aangepast en de Raad liet ook na om de gemeenschapsbevoegdheden en de federale bevoegdheden aan te wijzen.

Het KB 78 zal niet in één wet, maar in drie wetten worden gegoten. De bevoegdheden die volgens de zesde staatshervorming naar de Gemeenschappen zijn overgeheveld, blijven erin tot de Gemeenschappen de materie regelen.

Omdat het KB 78 zo vaak aangepast is, zijn er bepalingen in gesloten die niets te maken hebben met de uitoefening van individuele gezondheidsberoepen. Die willen we dan ook niet in de hervorming opnemen. De hoofdstukken blijven in de wet staan tot de federale wetgever ze in andere wetgeving geregeld heeft.

De kaderwet inzake de uitoefening van gezondheidsberoepen zal de grote lijnen van het KB 78 overnemen en ook de wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Beide wetten zijn noodzakelijk om het KB 78 degelijk te vervangen. De hervorming is al even bezig en in september 2016 hebben we de concepten van KB 78 voorgesteld op een conferentie. Ook de website werd druk bezocht en aan de oproep van de minister om te reageren werd er meer dan 700 keer gehoor gegeven. Die reacties hebben we allemaal geanalyseerd, waaruit een aantal inmiddels al licht gewijzigde concepten is voortgesprongen. Momenteel hebben al 101 instituten of organen op een of andere wijze gereageerd op deze materie. Daarnaast was er ook al een respons

Nous distinguons plusieurs piliers importants: la place centrale du patient, dont l'autonomie doit être respectée, et l'autonomie professionnelle des prestataires de soins. Pour ce dernier aspect, nous partons du principe que les compétences de ces professionnels revêtent une grande importance.

L'interdisciplinarité est d'une importance cruciale pour que les soins soient intégrés. L'objectif consiste ici également à mettre en place une hiérarchie fonctionnelle entre les prestataires de soins et non plus une hiérarchie pyramidale avec les médecins au sommet et les infirmiers et aides-soignants à la base.

**01.04 Tom Goffin (en néerlandais):** La réforme de l'arrêté royal n° 78, qui a 50 ans d'existence, connaît un long historique. Sous la précédente législature, le Conseil d'État avait été chargé d'améliorer le texte légal, ce qui a conduit à la loi coordonnée du 10 mai 2015. La loi n'a pas été adaptée sur le plan du contenu et le Conseil a également omis de désigner les compétences communautaires et les compétences fédérales.

L'arrêté royal n° 78 ne sera pas coulé dans une loi, mais dans trois. Les compétences transférées aux Communautés dans le cadre de la sixième réforme de l'État y demeurent mentionnées jusqu'à ce que les Communautés prennent cette matière en charge.

L'arrêté royal n° 78 ayant fait l'objet de très nombreuses modifications, il a fini par accueillir certaines dispositions qui n'ont rien à voir avec l'exercice des professions individuelles de la santé. Nous n'entendons dès lors pas inclure ces éléments dans la réforme. Les chapitres seront maintenus dans la loi jusqu'à ce que le législateur fédéral les intègre dans une autre législation.

La loi-cadre relative à l'exercice des professions des soins de santé reprendra dans les grandes lignes l'arrêté royal n° 78. Citons également à cet égard la loi sur les pratiques de qualité dans le domaine des soins de santé. Ces deux lois sont nécessaires pour remplacer dûment l'arrêté n° 78. La réforme est en cours depuis un certain temps. En septembre 2016, nous avons présenté les principes de l'arrêté royal n° 78 au cours d'une conférence. Le site internet a également été très fréquenté, et plus de 700 réactions ont été reçues à la suite de l'appel lancé par la ministre. Nous avons analysé l'intégralité de ces réactions et celles-ci ont déjà donné lieu à de petites modifications. Actuellement, 101 instituts ou organismes ont déjà réagi d'une manière ou d'une autre. Des personnes

van individuele personen, maar die werden niet opgenomen in het schema.

**01.05 Koenraad Vandewoude (Nederlands):** De afgelopen jaren zijn de kwaliteit en veiligheid in de zorg een politieke prioriteit geworden, ook binnen het budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen. Die trend bestaat tevens op Europees vlak en werd ingezet eind jaren 90 naar aanleiding van een publicatie van het Amerikaanse Institute of Medicine, waarin werd aangegeven dat zorgverstrekkingen ook negatief kunnen inwerken op de gezondheid en soms zelfs van blijvende aard zijn.

Datzelfde Institute of Medicine stelde ook vast dat onze zorg nog te zeer gericht is op acute zorgverstrekking, terwijl we nu meer te maken krijgen met opflakkingen van een pathologie.

Ons zorgmodel moet daarom veel meer interdisciplinair worden ontwikkeld en de zorgbeoefenaars vragen nu zelf een kwaliteitsmodel, waarbij ze ook de nodige inspecties willen toestaan. De zorgbeoefenaars moeten overigens zelf hun professionele bekwaamheid documenteren, conform het KB nr. 78, de algemene zorgvuldigheidsplicht in het Burgerlijk Wetboek en hun deontologische plicht. Desgevallend moeten zij hun patiënt doorverwijzen.

De Europese richtlijn 2011/24 over de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende zorg somt elementen op om betere garanties te bieden voor de patiënt inzake toegang tot zorg van hoge kwaliteit, ongeacht de organisatie, de verstrekking en de financiering. Tevens heeft Europa een kwaliteitskader vastgelegd voor bloedcellenweefsels en orgaanprelevatie, en heeft het in 2009 belangrijke aanbevelingen geformuleerd over veiligheid in de zorg voor patiënten, met een bijzondere aandacht voor de preventie van zorggerelateerde infecties, de ontwikkeling van kwaliteits- en veiligheidssystemen en een degelijke voorlichting over de diagnostiek en zorg ten bate van de patiënt. Ook een goede personeelsvorming en levenslang leren werden behandeld, naast het verbeteren van de preventie en het beheer van infecties in het algemeen.

**01.06 Tom Goffin (Nederlands):** In de hervorming van het KB nr. 78 worden aan aantal definities en

individuelles ont également répondu à l'appel, mais leurs avis n'ont pas été intégrés dans le schéma.

**01.05 Koenraad Vandewoude (en néerlandais):** Ces dernières années, la qualité et la sécurité en matière de soins sont devenues des priorités politiques, et il en va de même au sein du budget des moyens financiers des hôpitaux. Cette tendance existe également au niveau européen et a été amorcée à la fin des années 1990 à l'occasion d'une publication de l'Institute of Medicine aux États-unis, où l'on indiquait que la délivrance de soins pouvait avoir aussi une influence négative sur la santé, et parfois même de façon durable.

Ce même Institute of Medicine a également constaté que les soins restent trop axés sur les soins aigus alors que l'on observe de plus en plus que les pathologies se présentent sous la forme de flambées.

C'est pourquoi il convient de développer un modèle de soins beaucoup plus interdisciplinaire et les professionnels des soins de santé sont eux-mêmes demandeurs, aujourd'hui, d'un modèle qualitatif, dans le cadre duquel ils sont prêts à se soumettre aux inspections nécessaires. Ces professionnels des soins de santé doivent d'ailleurs documenter eux-mêmes leurs compétences professionnelles, conformément à l'arrêté royal n° 78, au devoir général de prudence prévu dans le Code civil et à leur obligation déontologique. Ils doivent, le cas échéant, réorienter le patient.

La directive européenne 2011/24 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers énumère une série d'éléments visant à offrir de meilleures garanties au patient en ce qui concerne l'accès à des soins de grande qualité, et ce, indépendamment de leur mode d'organisation, de prestation ou de financement. En outre, l'Europe a mis en place un cadre de qualité pour les tissus de cellules sanguines et le prélèvement d'organes et a formulé en 2009 d'importantes recommandations au sujet de la sécurité des soins pour les patients, en accordant une attention particulière à la prévention des infections liées aux soins, au développement de systèmes de qualité et de sécurité et à la bonne information quant au diagnostic et aux soins dans l'intérêt du patient. Outre les aspects de l'amélioration de la prévention et du contrôle des infections en général, ceux de la qualité de la formation du personnel et de l'apprentissage tout au long de la vie ont également été traités.

**01.06 Tom Goffin (en néerlandais):** Avec la réforme de l'arrêté royal n° 78, un certain nombre

begrippen geherdefinieerd, geïnspireerd op de Europese richtlijn inzake patiëntenrechten in grensoverschrijdende gezondheidszorg. Dat is zo voor de definitie van patiënt en voor de definitie van verstrekking van gezondheidszorg. Na de reacties in december 2016 werd aan die laatste definitie toegevoegd dat de individuele gezondheidseducatie en –preventie ook daartoe behoort. Daarnaast heeft een tweede deel van de definitie te maken met akten waarvoor specifieke beroepen bevoegd werden gemaakt en die op zich geen gezondheidszorg zijn. Euthanasie is daarvan het typevoorbeeld. Dergelijke akten vielen immers buiten het toepassingsgebied van de kwaliteitswetgeving.

De wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg wil artikel 5 van de wet patiëntenrechten van 2002 omzetten in concretere regels inzake kwaliteit. Het is de overgang van een principewet naar een kwaliteitswet die dichter bij de concrete praktijkvoering staat.

In de wet wordt een aantal algemene kwaliteitsvereisten opgenomen die van toepassing zijn op alle verstrekkingen van gezondheidszorg door alle gezondheidszorgbeoefenaars, ongeacht de setting. Daarnaast zal de wet ook kwaliteitsvereisten bepalen die van toepassing zijn op gezondheidszorgbeoefenaars die chirurgische verstrekkingen uitvoeren met meer specifieke regels.

**01.07 Koenraad Vandewoude (Nederlands):** Wij nemen de professionele autonomie uit het bestaande KB nr. 78 over. Voor acute behandelingen met antibiotica en antimycotica bestaat er al een substitutieregeling waardoor apothekers kunnen afwijken van de doktersvoorschriften. Belangrijker is de autorisatie: de beroepsbeoefenaar moet de patiënt kunnen laten weten dat de producten en apparaten die hij gebruikt, geautoriseerd zijn.

**01.08 Tom Goffin (Nederlands):** Een grote nieuwigheid is de nieuwe invulling van het visum, dat een soort van professionele identiteitskaart wordt waarmee de zorgverlener altijd zijn feitelijke bekwaamheid tot handelen kan aantonen. Elke zorgverlener wordt verplicht een portfolio bij te houden van zijn opleidingen en beroepservaring.

Visum en portfolio worden ook belangrijke

de définitions ont été revues et certains concepts redéfinis à la lumière de la directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Il en est ainsi des définitions du patient et de la prestation de soins de santé. À la suite des réactions qui nous sont parvenues en décembre 2016, nous avons décidé d'intégrer à cette dernière définition l'éducation individuelle à la santé et la prévention des maladies. Par ailleurs, une deuxième partie de la définition concerne les actes pour lesquels certaines professions spécifiques ont obtenu des compétences alors qu'il ne s'agit pas de soins de santé proprement dits. L'euthanasie en constitue l'exemple type. De tels actes se situaient en effet en dehors du champ d'application de la législation en matière de qualité des soins.

La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé vise à transposer l'article 5 de la loi de 2002 relative aux droits du patient dans des règles de qualité plus concrètes. L'objectif consiste à transformer une loi de principes en une loi qui sera axée sur la qualité et sera plus proche de la pratique concrète.

La loi énumère plusieurs exigences de qualité générales applicables à l'ensemble des prestations de soins de santé effectuées par des professionnels quelque soit le contexte dans lequel ces prestations ont lieu. De plus, la loi déterminera également des règles de qualité plus spécifiques pour les prestataires de soins effectuant des interventions chirurgicales.

**01.07 Koenraad Vandewoude (en néerlandais):** Nous nous inspirons de l'actuel arrêté royal n° 78 pour ce qui regarde l'autonomie professionnelle. Il existe déjà une réglementation de substitution pour les traitements aigus avec un antibiotique ou un antimycosique, réglementation qui permet aux pharmaciens de se démarquer des ordonnances rédigées par les médecins. L'autorisation est plus importante: le prestataire doit pouvoir informer le patient que les produits et les appareils dont il se sert, sont autorisés.

**01.08 Tom Goffin (en néerlandais):** La grande nouveauté concerne la transformation du visa en une sorte de carte d'identité professionnelle qui permet au praticien de démontrer en permanence ses qualifications professionnelles. Chaque praticien est tenu de tenir un portfolio où sont indiquées les formations suivies et l'expérience professionnelle.

Le visa et le portfolio sont également importants

elementen voor de functiedifferentiatie binnen een gezondheidsdomein. Verpleegkunde is een erg breed domein. Elke zorgkundige zal via zijn portfolio kunnen aantonen in welke opzichten zijn competenties verschillen van die van anderen.

**01.09 Koenraad Vandewoude (Nederlands):** Een andere belangrijk nieuw element, is de karakterisering van de patiënt voorafgaand aan de zorgverstrekking. Uiteraard bestaat deze karakterisering uit een anamnese, een klinisch onderzoek en eventuele paraklinische onderzoeken. Het doel is een risicoafweging te maken, waarbij de zorgverstreker zich, op basis van de limieten van zijn eigen competenties, indien nodig kan doorverwijzen. Belangrijk is dat de karakterisering goed wordt genotuleerd in het elektronische patiëntendossier.

De zorgpraktijkwetgeving zal ook ingaan op een aantal risicovolle verstrekkingen waarvan wij vinden dat ze in een ziekenhuis moeten gebeuren. In de ziekenhuiswet is de bepaling opgenomen dat de Koning een lijst kan maken van verstrekkingen die in een ziekenhuis moeten gebeuren, maar in de afgelopen jaren is men er niet in geslaagd die lijst op te stellen.

Onze benadering is anders. Wij willen op een generieke wijze een aantal situaties omschrijven waarin de risico's voor de patiënt groter zijn en die dus in een ziekenhuis thuishoren. Ik denk bijvoorbeeld aan chirurgische prestaties met een belangrijke comorbiditeit bij de patiënt.

Inzake zorgpraktijk wordt in het voorontwerp ook de sedatie en de anesthesie geregeld. 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. Wanneer men patiënten in verdoving begint te brengen, is daar immers een aantal risico's aan verbonden.

Bij incidenten moet een patiënt onmiddellijk geholpen kunnen worden. Een en ander zat al 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 gewaarborgd is.

Wanneer dergelijke anesthesieën gebeuren in private klinieken, is het van belang dat er een kaderakkoord is met een erkend ziekenhuis. Ook moeten er met het ziekenhuis afspraken gemaakt

dans le cadre de la différenciation de fonctions dans les soins de santé. L'art infirmier couvre un très large domaine. Chaque praticien pourra démontrer, grâce à son portfolio, les compétences qui le distinguent des autres.

**01.09 Koenraad Vandewoude (en néerlandais):** Un autre nouvel élément important concerne la caractérisation du patient préalable à la prestation de soins. Cette caractérisation se compose bien entendu d'une anamnèse, d'un examen clinique et, le cas échéant, d'examens paracliniques. L'objectif est d'évaluer le risque et de permettre ainsi au praticien d'adresser le patient à un confrère si le cas devait dépasser les limites de ses propres compétences. Il importe que la caractérisation soit scrupuleusement consignée dans le dossier électronique du patient.

La législation relative à la pratique des soins se penchera également sur une série de prestations de soins de santé jugées risquées et qui doivent, selon nous, avoir lieu en milieu hospitalier. La loi sur les hôpitaux dispose que le Roi peut dresser une liste des prestations devant être effectuées à l'hôpital, mais les tentatives en ce sens ont toutes échoué ces dernières années.

Notre approche est différente. Nous souhaitons décrire de manière générique un certain nombre de situations impliquant des risques plus importants pour le patient et nécessitant donc une prise en charge en milieu hospitalier. À cet égard, je songe notamment aux prestations chirurgicales présentant un risque accru de co-morbidité chez le patient.

En ce qui concerne la pratique des soins de santé, l'avant-projet régleme également la sédation et l'anesthésie. Il s'agit d'imposer un nombre minimum de normes de qualité à respecter en cas de sédation ou d'anesthésie locorégionale ou générale. La mise sous sédation d'un patient présente un certain nombre de risques.

Le patient doit pouvoir bénéficier d'une assistance immédiate en cas d'incident. Ce principe figurait déjà dans les directives belges de l'association scientifique d'anesthesiologie et réanimation. Nous estimons qu'il est important de garantir la présence d'un anesthésiste près d'un patient placé sous sédation ou subissant une anesthésie générale.

Lorsque de telles anesthésies sont pratiquées dans des cliniques privées, il est important qu'un accord-cadre ait été conclu avec un hôpital reconnu. Des règles doivent être convenues avec un hôpital pour

worden, voor het geval de patiënt moet worden overgebracht. Er moet een samenwerkingsakkoord opgesteld worden tussen de private kliniek en de infrastructuur van het ziekenhuis.

**01.10 Tom Goffin** (*Nederlands*): Wij stoppen een aantal onderwerpen van het KB nr. 78 in de kwaliteitswet, zoals de continuïteit van de zorg. De principes zaten reeds in zekere mate in het KB, met uitzondering van het principe dat een gezondheidsbeoefenaar die zijn of haar praktijk stopzet, de verplichting wordt opgelegd om de nodige schikkingen te treffen, zodat de patiëntendossiers, uiteraard met akkoord van de individuele patiënt, naar de door de patiënt aangeduide gezondheidszorgbeoefenaar kunnen worden overgedragen.

Indien een praktijk plotseling wordt stopgezet, wordt in een back-upsysteem voorzien via de Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

De principes rond permanentie zijn nog maar onlangs herzien. Tijdens de vorige regeerperiode werden de artikelen 8 en 9 enorm aangepast. Die principes worden geëvalueerd en desnoods nog bijgeschaafd. Het principe uit het KB nr. 78 inzake permanentie en wachtdiensten zal echter in belangrijke mate worden behouden.

Er zal wel worden voorzien 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.

Wij willen ook de regelgeving over het verbod op reclame universeler maken. De principes rond praktijkvoering en het verbod op reclame willen wij in de kwaliteitswet. Daardoor zal een gezondheidszorgbeoefenaar enkel maar op een objectieve wijze zijn of haar praktijkvoering aan het publiek kenbaar mogen maken. Op dit ogenblik bestaat dat al voor bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars, zoals tandartsen.

In de kwaliteitswet zullen we ook de minimale inhoud van het patiëntendossier definiëren door de grootste gemene deler te zoeken in de diverse wetgevingen en regelgevingen rond dat dossier.

Daarnaast gaan wij ook de therapeutische relatie definiëren. Die is uiteraard al gedefinieerd door de Privacycommissie en op dat advies zullen we ons baseren.

les cas nécessitant le transfert du patient. Un accord de collaboration doit être conclu entre la clinique privée et l'infrastructure de l'hôpital.

**01.10 Tom Goffin** (*en néerlandais*): Nous intégrons dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé plusieurs dispositions figurant dans l'arrêté royal n° 78 telles que le principe de continuité des soins. Ces éléments avaient déjà été inclus dans une certaine mesure dans l'arrêté, à l'exception de l'obligation faite au prestataire de soins qui ferme son cabinet de prendre les dispositions nécessaires pour que les dossiers des patients puissent être transférés vers chaque prestataire désigné par les patients avec l'accord de chacun de ces derniers.

Si un cabinet médical cesse brusquement ses activités, il est prévu que le Conseil pour les pratiques de qualité dans les soins de santé mette en place un système de *back-up*.

Les principes en matière de permanence ont encore été revus récemment. Lors de la législature précédente, les articles 8 et 9 ont été profondément remaniés. Ces principes seront évalués et le cas échéant, encore adaptés. Le principe de l'arrêté royal n° 78 en matière de permanence et de services de garde sera toutefois maintenu dans une large mesure.

Il est prévu d'octroyer au gouverneur une compétence en matière de réquisition en cas de besoins spécifiques dans le cadre des services de garde. Certaines dispenses seront néanmoins possibles.

Nous entendons en outre rendre plus universelle la réglementation relative à l'interdiction de la publicité et intégrer dans la législation en matière de qualité des soins les principes relatifs à la pratique médicale et l'interdiction de la publicité. Le praticien des soins de santé ne pourra ainsi faire connaître ses activités au public que de manière objective, une disposition qui s'applique d'ores et déjà à d'autres praticiens tels que les dentistes.

La loi relative à la qualité définira le contenu minimal du dossier du patient en recherchant le plus grand dénominateur commun des diverses législations et réglementations relatives à cet aspect.

De plus, nous définirons également la relation thérapeutique. Cette notion ayant bien sûr déjà été définie par la Commission de la protection de la vie privée, nous nous fonderons sur cet avis.

Ook de regels met betrekking tot het voorschrift zullen worden opgenomen in de kwaliteitswet. Een doorverwijzing door een arts op voorschrift zal nog steeds kunnen. Ook een gehele doorverwijzing kan, bijvoorbeeld van arts naar kinesist. 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 bepaald aspect of een voortzetting op zich te nemen. Zo proberen we de interdisciplinariteit een juridische basis te geven.

Tevens buigen we ons ook over de directe toegang. Zorgverleners zullen patiënten soms rechtstreeks kunnen ontvangen zodat die niet voor het geringste bij een arts moeten passeren.

**01.11 Koenraad Vandewoude (Nederlands):** Wat we in de hervorming ook willen regelen, is de bevoorrading en het aanleggen van depots met geneesmiddelen en gezondheidsproducten, met inbegrip van de implantaten. Beroepsbeoefenaars moeten een beroep doen op erkende officina. Ze kunnen ook zelf een depot hebben als ze het op een beveiligde manier doen. Er moet een samenwerkingsakkoord zijn met een titularis van een voor het publiek opengestelde officinum of met een titularis van een ziekenhuisapothek. Het depot wordt gelijkgesteld met een officinum dat niet is opengesteld voor het publiek. De apotheker-titularis draagt eindverantwoordelijkheid over het depot.

Naast de algemene kwaliteitsregels in de wetgeving, voorzien we in een aantal supplementaire voorwaarden specifiek voor chirurgische praktijken.

Als er in een extramurale praktijk heelkundige verstrekkingen worden uitgevoerd, moet er een gestructureerde en geformaliseerde samenwerking zijn met een algemeen ziekenhuis. In dat samenwerkingsakkoord staan afspraken over de continuïteit en de permanentie voor de in de extramurale praktijk behandelde patiënten.

Bij chirurgische verstrekkingen moet er een basiskwaliteitskader zijn. De zorgverstrekker moet voor een aantal courante routineverstrekkingen kunnen aantonen dat hij werkt volgens een gestructureerd zorgpad. Het komt erop neer dat hij een kwaliteitshandboek heeft voor zijn praktijk.

Les règles relatives aux prescriptions seront également incluses dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Le renvoi sur prescription par un généraliste sera toujours possible. Le renvoi global sera également possible, par exemple d'un généraliste à un kinésithérapeute. Le renvoi sur prescription de groupe sera en outre prévu, ce qui signifie qu'il sera également possible à un généraliste d'enjoindre à une équipe multi- ou interdisciplinaire de prestataires de soins de se charger d'un aspect particulier ou de la poursuite d'un traitement. Nous essayons ainsi de donner un fondement juridique à l'interdisciplinarité.

Dans le même temps, nous nous penchons également sur la question de l'accès direct. Les prestataires de soins pourront dans certains cas recevoir directement des patients de sorte que ces derniers ne doivent pas systématiquement passer par un généraliste.

**01.11 Koenraad Vandewoude (en néerlandais):** Dans le cadre de la réforme, nous souhaitons, en outre, réglementer l'approvisionnement et la constitution de dépôts de médicaments, de produits de santé, mais également d'implants. Les praticiens doivent également faire appel à des officines agréées. Ils peuvent disposer d'un dépôt à titre personnel, à condition que ce dépôt soit sécurisé. Un accord de coopération doit être conclu avec le titulaire d'une officine ouverte au public ou avec le titulaire d'une pharmacie hospitalière. Le dépôt est assimilé à une officine non accessible au public. Le pharmacien titulaire assume la responsabilité finale du dépôt.

Outre les règles qualitatives générales définies dans la réglementation, nous prévoyons plusieurs conditions visant spécifiquement les pratiques chirurgicales.

Si des interventions chirurgicales sont pratiquées en dehors d'une structure hospitalière, la clinique en question doit collaborer d'une façon structurée et formelle avec un hôpital général. L'accord de collaboration doit contenir des règles sur la continuité et la permanence des soins pour les patients traités en dehors d'un hôpital.

Par ailleurs, il convient d'élaborer un cadre qualitatif de base pour les interventions chirurgicales. Pour une série d'intervention de routine, le prestataire doit pouvoir prouver qu'il respecte un trajet de soins structuré. En d'autres termes, il doit appliquer un manuel de qualité dans le cadre de ses actes thérapeutiques.

Voor heelkundige verstrekkingen moet er een vorm van kwaliteitscontrole zijn. Enerzijds moet er een vorm van autocontrole zijn met een register van ingrepen, resultaten en complicaties. Anderzijds wordt er bekeken hoe de Federale Gezondheidsinspectie een betere rol kan spelen. Meer concreet kan er gekeken worden naar een vorm van accreditatie voor de verstrekkers in het algemeen.

Voor de chirurgische praktijk moeten we evolueren in de richting van een vorm van registratie, zowel in de ziekenhuizen als erbuiten.

In de adviesstructuren van de FOD willen we een raad installeren voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Die zal enerzijds bestaan uit een kamer met een adviserende bevoegdheid, waarin werkgroepen richtlijnen kunnen ontwikkelen, aanbevelingen doen, trajecten voorstellen voor *evidencebased medicine*, en indicatoren vaststellen met betrekking tot de kwaliteitsstructuur, proces en resultaat.

Anderzijds is er een handavings- en toezichtskamer, zowel Nederlandstalig als Franstalig, waar de federale gezondheidsinspecteurs een klankbord kunnen vinden voor de vaststellingen tijdens hun controles, zodat men gesystematiseerd conclusies kan trekken en eventueel ook interventies kan doen, bijvoorbeeld aanbevelingen formuleren ter verbetering of een visum intrekken of onder voorwaarden plaatsen.

Die zogenaamde kwaliteitsraad zal een aantal bestaande organen groeperen, namelijk de geneeskundige commissies op provinciaal niveau en de medische colleges binnen de FOD Volksgezondheid.

Het gaat over de medische colleges in de FOD Volksgezondheid, die zich nu eigenlijk enkel uitspreken over de kwaliteit van het medisch handelen in de ziekenhuizen, maar die zich binnen de kwaliteitsraad meer algemeen over de kwaliteit van de geneeskunde zouden moeten uitspreken.

We willen de federale commissie voor de rechten van de patiënt ook integreren in de kwaliteitsraad, net als de Federale Raad voor de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit. De kwaliteitsraad bestaat uit een advieskamer en een handavings- en toezichtskamer.

La chirurgie doit être soumise à une forme de contrôle de qualité. D'une part, il convient d'instaurer une forme d'autocontrôle basé sur un registre des interventions où seraient mentionnés les résultats et les complications. D'autre part, nous examinons la question de savoir comment faire jouer un rôle plus important à l'Inspecteur d'hygiène fédéral. Concrètement, nous étudions la possibilité d'une forme d'accréditation des prestataires en général.

La pratique chirurgicale doit être soumise à une forme d'enregistrement, tant dans les hôpitaux qu'en dehors de ceux-ci.

Nous prévoyons de mettre en place un conseil pour les pratiques de qualité dans les soins de santé au sein des structures consultatives du SPF. Ce conseil se composera de deux chambres, l'une dite "d'avis", qui concevra des directives au sein de groupes de travail et formulera des recommandations, proposera des trajectoires *d'evidence-based medicine*, et définira les indicateurs en matière de structure de qualité, de processus et de résultats.

L'autre chambre, dite "de surveillance", sera composée d'une chambre francophone et d'une chambre néerlandophone. Elle servira en même temps de caisse de résonance aux constats effectués dans le cadre des contrôles des inspecteurs d'hygiène fédéraux, ce qui permettra de tirer des conclusions systématisées et d'intervenir le cas échéant, par exemple en formulant des recommandations en matière d'améliorations ou en procédant au retrait ou à la mise sous conditions d'un visa.

Le conseil pour les pratiques de qualité regroupera une série d'organes existants, à savoir les commissions médicales provinciales et les collèges médicaux institués au sein du SPF Santé publique.

Il s'agit des collèges du SPF Santé publique qui se prononcent aujourd'hui uniquement sur la qualité des traitements médicaux dans les hôpitaux, mais qui devraient, au sein du conseil pour la qualité de la pratique des soins de santé, donner plus généralement leur avis sur la qualité de la médecine.

Nous souhaitons intégrer dans ce conseil pour la qualité de la pratique des soins de santé tant la Commission fédérale des droits des patients que le Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière. Le conseil est composé d'une chambre d'avis et d'une chambre de surveillance.



De kwaliteitsraad moet werken in samenhang met de kwaliteitsinstituten van de gefedereerde entiteiten, de erkenningscommissies, de Raad voor de Gezondheidszorgberoepen, het Kenniscentrum, het Health and Research System en de relevante diensten van het RIZIV.

Le conseil pour la qualité de la pratique des soins de santé doit coopérer avec les instituts de certification de qualité des entités fédérées, les commissions d'agrément, le Conseil des professions de soins de santé, le Centre d'expertise, le Health Research System et les services compétents de l'INAMI.

**01.12 Tom Goffin (Nederlands):** Anderzijds is er de kaderwet voor de uitoefening van gezondheidszorgberoepen. Belangrijk is dat de verschillende gezondheidszorgberoepen worden beschouwd als evenwaardige en essentiële schakels in het gezondheidszorgcircuit. Daartoe leiden we deze nieuwe kaderwet in met een algemeen beroeps- en competentieprofiel, waarbij we ons hebben gebaseerd op het Canadese model, waarin een checklist toelaat om na te gaan of een zorgverlener de juiste bekwaamheden heeft inzake samenwerking, communicatie, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, professionaliteit, organisatie en vakbekwaamheid.

**01.12 Tom Goffin (en néerlandais):** La loi-cadre relative à l'exercice des professions des soins de santé est également pertinente à cet égard. Il importe que les différentes professions des soins de santé soient mises sur un pied d'égalité et qu'elles soient considérées comme des maillons essentiels du circuit des soins de santé. Nous présentons dès lors cette nouvelle loi-cadre établissant un profil professionnel et de compétences général, basé sur le modèle canadien. Ce profil permet de suivre une check-list en vue de vérifier les compétences des prestataires de soins en matière de coopération, de communication, de connaissances et de savoir, de comportement social, de professionnalisme, d'organisation et d'aptitude professionnelle.

Zo zal de gezondheidszorgbeoefenaar een kwaliteitsvolle en veilige verstrekking van de gezondheidszorg moeten garanderen, binnen de professionele en feitelijke bekwaamheid. Hij of zij verzamelt en interpreteert de nodige informatie, neemt patiëntgerichte en verantwoorde beslissingen en pleegt desgevallend interdisciplinair overleg.

Le professionnel de la santé devra ainsi veiller à prodiguer des soins sûrs et de qualité sur la base de ses compétences professionnelles et de fait. Il ou elle recueille et interprète les informations nécessaires, prend des décisions responsables et adaptées aux patients et mène, le cas échéant, une concertation interdisciplinaire.

Qua communicatie moet de gezondheidszorgbeoefenaar de rechten van de patiënt respecteren, deze centraal plaatsen en er een vertrouwensrelatie mee opbouwen. Hij luistert actief naar diens mening en ervaringen en ontwikkelt het vermelde piloot-copilootconcept in gezamenlijk overleg. De patiënt staat dus centraal en de gezondheidszorgbeoefenaar brengt al zijn relevante kennis en competenties aan. Hij of zij werkt daarbij samen met andere zorgverleners om kwaliteitsvolle verstrekkingen te bieden.

En matière de communication, le professionnel de la santé doit respecter les droits des patients, leur conférer une place centrale et établir avec eux une relation de confiance. Il écoute activement l'avis et les expériences des patients et applique d'un commun accord le concept "pilote-copilote" mentionné précédemment. Les patients occupent donc une place centrale et le professionnel de la santé mobilise l'ensemble de ses connaissances et compétences pertinentes. Il ou elle collabore avec d'autres prestataires de soins afin de prodiguer des soins de qualité.

Hij erkent de bekwaamheden van de andere gezondheidsbeoefenaars en draagt bij aan een interdisciplinaire samenwerking en geïntegreerde gezondheidszorg door patiënten door te verwijzen als er een ingreep nodig is die buiten zijn competentiegebied valt.

Il reconnaît les compétences des autres prestataires de soins de santé et apporte sa contribution à une collaboration interdisciplinaire de même qu'il veille à ce que le patient bénéficie de soins intégrés. Pour ce faire, il renvoie son patient à un confrère lorsqu'un acte médical dépassant son domaine de compétences s'indique.

De gezondheidszorgbeoefenaar verbindt zich tot een proces van levenslang leren via een persoonlijk bij- en nascholingsplan. Hij organiseert de verstrekking zodanig dat de continuïteit van de zorg

Le prestataire s'engage à suivre un processus de formation tout au long de la vie par le biais d'un plan personnel de recyclage et de formation continue. Il organise ses prestations de sorte à garantir la

voor de patiënt gegarandeerd is. Belangrijk is ook de balans tussen werk en privé en wij benadrukken daarbij de problematiek van de burn-out. De beoefenaar levert hoogstaande zorg en kent de grenzen van zijn eigen competentie.

Hij bevordert via preventie en gezondheids promotie de gezondheid van de patiënten. Hij gebruikt zijn kennis om zowel de individuele patiënt als de patiëntenpopulaties als de gemeenschap in te lichten. Hij treedt ook op bij incidenten in de gezondheidszorg – een soort van meldsysteem is op dit vlak een interessant gegeven.

Naast de algemene omschrijving van het beroeps- en competentieprofiel zal in de kaderwet voor de verschillende gezondheidsberoepen een aparte omschrijving worden gegeven. In het KB 78 loopt de lijn tussen de geneeskundige en de andere beroepen, maar wij willen samenwerkende beroepen groeperen in gezondheidsdomeinen.

Ook kiezen wij voor een meer open, dynamische en positievere omschrijving dan die in het KB 78. Wij gebruiken daarvoor de tekst van het KB, maar ook de Europese omschrijvingen en de adviezen over de beroeps- en competentieprofielen van de federale adviesorganen.

Door de vele aanpassingen in de afgelopen vijftig jaar heeft momenteel elk beroep zijn eigen traject van opleiding tot uitoefening. Daarom komt er een uniform traject voor de verschillende gezondheidsbeoefenaars.

Voor iedereen zal gelden: een diploma op basis van een basisopleiding en eventuele stage, waarna men een visum krijgt. Afhankelijk van het beroep zal een inschrijving bij de Orde noodzakelijk zijn en zal een bijkomende specialisatie mogelijk zijn. Wij beogen een grote inzetbaarheid. Daarom willen wij de verschillende specialisaties terugdringen en samenbrengen in grotere specialisatiezuilen. De bijzonder beroepsbekwaamheden worden ingekapseld in het portfolio dat bij het visum hoort.

De omschrijving van de onwettige uitoefening van de genees- of verpleegkunde zal worden aangepast. Onwettig is het verstrekken van gezondheidszorg binnen de uitoefening van het beroep door iemand die geen

continuité des soins au patient. L'équilibre entre travail et vie de famille constitue également un aspect important et nous insistons à cet égard sur le problème de l'épuisement professionnel. Le prestataire doit fournir des soins de haute qualité et connaître les limites de ses propres compétences.

Il fera primer la santé du patient par la prévention et la promotion de la santé. Il utilisera ses connaissances pour informer individuellement les patients, mais également les populations de patients en tant que communauté. Il interviendra en cas d'incident dans le domaine des soins de santé. Une sorte de système d'alarme constitue à cet égard un élément intéressant.

Outre la description générale du profil professionnel et de compétence, la loi-cadre présentera une description distincte de chaque profession de la santé. Si l'arrêté royal 78 fait la distinction entre les professions médicales et les autres, nous souhaitons regrouper les professions qui travaillent ensemble dans les domaines de la santé.

En outre, nous optons pour une description plus ouverte, plus dynamique et plus positive que celle présentée dans l'arrêté royal 78. Nous nous appuyons, à cette fin, sur le texte de l'arrêté royal, mais également sur les définitions européennes et les avis émis par les organes consultatifs fédéraux sur les profils professionnels et de compétence.

En raison des nombreuses adaptations apportées au cours des cinquante dernières années, le parcours de chaque profession est actuellement différent, de la formation à l'exercice des activités concernées. C'est la raison pour laquelle il est prévu d'uniformiser les parcours des professionnels de la santé.

Grâce à une uniformisation du système, tout le monde obtiendra un diplôme après avoir suivi une formation de base et un stage éventuel, à l'issue desquels un visa sera délivré. Selon la profession choisie, une inscription à l'Ordre ad hoc et une spécialisation seront éventuellement nécessaires. Nous visons à renforcer la disponibilité des prestataires de soins de santé, c'est pourquoi nous souhaitons réduire les possibilités de spécialisation et les rassembler autour de piliers plus grands. Les aptitudes professionnelles particulières sont reprises dans le portfolio joint au visa.

La description de l'exercice illégal de l'art infirmier ou de la médecine sera adaptée. Sont illégales: la dispense de soins de santé dans le cadre de l'exercice d'une profession par une personne qui n'est pas prestataire de soins de santé, la

gezondheidsbeoefenaar is. Eveneens onwettig is het rechtstreeks ontvangen van een vergoeding voor de verstrekking van gezondheidszorg. Ook wie denkt dat hij gezondheidszorg verstrekt maar dat niet doet, is onwettig bezig. Zo kunnen we de charlatans aanpakken. Dat betekent dat een niet-gezondheidszorgbeoefenaar zoals een mantelzorger gezondheidszorgen kan verstrekken zonder strafbaar te zijn. Momenteel staat mantelzorg als uitzondering in het KB 78.

Doordat mantelzorgers niet meer onder het misdrijf van de onwettige uitoefening vallen omdat zij de zorgen niet binnen het beroep verstrekken, vallen zij niet onder de kaderwet en moeten zij niet meer als uitzondering worden vermeld. Hun statuut blijft hetzelfde, dat valt niet onder de *scoop* van deze wet.

Voor zorg die wel wordt verstrekt binnen de uitoefening van het beroep, hebben wij een nieuwe opdeling van uitzonderingen gemaakt, met name 'de bekwame helper in de omgeving van de patiënt' en 'de technicus in de omgeving van de zorgverlener'. Een kinderverzorgster in een crèche die antibiotica toedient aan een kind, doet dit 'in de omgeving van de patiënt' en krijgt het statuut van bekwame helper. Wanneer iemand die geen gezondheidszorgbeoefenaar is een zeer technische prestatie levert in het kader van een chirurgische verstrekking, doet hij dit 'in de omgeving van de zorgverlener' en krijgt hij het statuut van techniker.

De bekwame helper krijgt zijn taken binnen een gecontroleerd kwaliteitskader, onder de verantwoordelijkheid van een gezondheidsbeoefenaar. Eventueel heeft de bekwame helper een opleiding gekregen en is er een duidelijke procedure of behandelplan. De identiteit van de bekwame helper is geen voorwaarde meer. In de gehandicaptenzorg bijvoorbeeld kan er een vooropgesteld behandelingsplan zijn zonder dat precies wordt aangeduid wie het zal uitvoeren. Voor de techniker is de identiteit wel een essentiële voorwaarde, evenals een heel concrete beschrijving van de toegestane verstrekkingen.

**01.13 Koenraad Vandewoude (Nederlands):** De wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg bevat algemene kwaliteitsvereisten voor verstrekkingen van gezondheidszorg door alle gezondheidszorgbeoefenaars, ongeacht de setting. Daarnaast zal de wet ook kwaliteitsvereisten bepalen die van toepassing zijn op

perception immédiate d'une rémunération pour la prestation de soins de santé et les pseudos prestations de soins de santé. Nous pouvons ainsi nous attaquer aux charlatans. Ces changements permettent à un non-prestataire de soins de santé tel qu'un aidant proche d'administrer des soins sans risquer d'être pénalisé. À l'heure actuelle, les aidants proches font figure d'exceptions dans l'arrêté royal n° 78.

Les aidants proches ne tombent plus sous le coup de l'infraction d'exercice illégal de la médecine puisqu'ils prodiguent les soins en dehors de l'exercice de la profession, ils ne sont pas concernés par la loi-cadre et ne doivent plus être mentionnés parmi les exceptions. Leur statut ne change pas, il ne tombe pas sous le champ d'application de la présente loi.

Pour les soins dispensés dans le cadre de l'exercice de la profession, la répartition des exceptions a été revue et nous distinguons "l'auxiliaire qualifié dans l'entourage du patient" et "le technicien dans l'entourage du praticien de soins". Dans une crèche, la puéricultrice qui administre un antibiotique à un enfant pose cet acte "dans l'entourage du patient" et a le statut d'auxiliaire qualifié. Lorsqu'une personne qui n'est pas un praticien de la santé accomplit une prestation extrêmement technique dans le cadre d'une prestation chirurgicale, elle le fait "dans l'entourage du prestataire de soins" et a le statut de technicien.

Les tâches de l'auxiliaire qualifié sont définies dans un cadre de qualité contrôlé et sont accomplies sous la responsabilité d'un professionnel de la santé. L'auxiliaire qualifié a éventuellement reçu une formation et il intervient dans le cadre d'une procédure précise ou d'un plan thérapeutique. L'identification de l'auxiliaire qualifié ne figure plus parmi les conditions. Pour les soins aux personnes handicapées, par exemple, un plan de traitement peut avoir été défini sans pour autant en désigner explicitement l'exécutant. En revanche, pour le technicien, l'identification représente une condition essentielle, à laquelle il faut ajouter une description très concrète des prestations autorisées.

**01.13 Koenraad Vandewoude (en néerlandais):** La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoit des normes de qualité générales concernant la fourniture de soins par tous les professionnels de la santé, quelle que soit la situation concernée. En outre, elle définira les normes de qualité applicables aux professionnels de la santé qui dispensent des soins chirurgicaux

gezondheidszorgbeoefenaars die chirurgische verstrekkingen doen met meer specifieke regels.

Daarvoor wordt een permanente gegevensbank opgericht die ook toegankelijk is voor het brede publiek. Er kan worden geraadpleegd of een arts daarvoor effectief een visum heeft, of dit er onder voorwaarden is of dat er deontologische of tuchtsancties werden uitgesproken.

Ten slotte wordt er in de kaderwet gezondheidsberoepen ook een hervorming van de adviesorganen opgenomen. Er zal een koepelraad komen, waar interdisciplinair kan worden nagedacht over de ontwikkeling van gezondheidsberoepen. Er komen daaronder kamers waarin adviezen kunnen worden gegeven voor specifieke, maar niet voor alle beroepen: artsen, verpleegkundigen, apothekers, tandheekkundigen, geestelijke zorgberoepen, de vroedkundigen en revalidatieberoepen. Daarnaast kunnen experts worden betrokken in thematische ad-hocwerkgroepen of permanente werkgroepen.

De Planningscommissie, die nu geïsoleerd staat, moet ook dichter aansluiten bij de Raad voor Gezondheidsberoepen. Er komt ook een Deontologische Kamer die transversale initiatieven over deontologie kan nemen.

De doelstellingen zijn dus duidelijk: een gezondheidsrechtelijk kader, interdisciplinaire zorg, bekwame en competente gezondheidszorgprofessionals, zorg van hoge kwaliteit waarbij de patiënt centraal staat, in samenwerking met en op maat van de patiënt.

Wij willen evolueren naar een gezondheidsrechtelijk kader voor de gezondheidszorg, zorg die interdisciplinair is, die uitgaat van bekwame gezondheidszorgprofessionals en waarbij de patiënt centraal staat. De zorg wordt in samenwerking met de patiënt op maat van de patiënt gesneden, conform de gezondheidsdoelstellingen die de patiënt voor zichzelf formuleert.

**01.14** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): De hervorming van het KB 78 werd grondig bestudeerd. Ook de kaderwet en de wet betreffende de kwaliteit van de zorg zitten in de pijplijn.

Wij zullen met die wetten een voor een naar het Parlement komen. Ik hoop ook dat alle betrokkenen goed geïnformeerd zullen worden, want dit is een substantiële herschikking. Tegelijkertijd moet de hervorming meer transparantie en meer

dans le cadre de règles plus spécifiques.

À cette fin, une base de données permanente et accessible au grand public sera mise sur pied. Elle pourra être consultée pour établir si un médecin dispose d'un visa, si c'est le cas dans des conditions particulières ou si des sanctions déontologiques ou disciplinaires ont été prononcées.

Enfin, la loi-cadre relative à l'exercice des professions des soins de santé intègre également une réforme des organes d'avis. Il sera créé un conseil faïtier qui se penchera de manière interdisciplinaire sur l'évolution des professions des soins de santé. Des chambres constituées dans ce cadre seront amenées à rendre des avis concernant des professions spécifiques telles que les médecins, infirmiers, pharmaciens, praticiens de l'art dentaire, professions de soins de santé mentale, obstétriciens et professions de revalidation. Il pourra également être fait appel à des experts pour participer à des groupes de travail thématiques ou permanents.

La Commission de planification, qui est pour l'instant isolée, sera associée plus étroitement au Conseil des professions de santé. Une chambre de déontologie sera mise en place pour prendre des initiatives transversales en matière de déontologie.

Les objectifs sont donc clairs: un cadre pour le droit de la santé, des soins interdisciplinaires, des professionnels de la santé qualifiés et compétents, des soins de haute qualité où le patient occupe une place centrale, en coopération avec le patient et à la mesure de celui-ci.

Nous souhaitons évoluer vers un cadre légal des soins de santé, partant de soins interdisciplinaires, accomplis par des praticiens compétents et en priorité soucieux du patient. Les soins seront définis sur mesure en concertation avec le patient, conformément aux objectifs que celui-ci a formulés.

**01.14** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): La réforme de l'arrêté royal n°78 a été soigneusement étudiée. La loi-cadre et celle relative à la qualité des soins sont en chantier.

Nous présenterons ces lois au Parlement. J'espère, en outre, que l'ensemble des parties prenantes seront bien informées, étant donné qu'il s'agit d'un réaménagement substantiel. Dans le même temps, la réforme doit renforcer la transparence et

betrokkenheid tussen de beroepsgroepen opleveren.

l'engagement parmi les groupes professionnels.

De **voorzitter**: Werden er geen agenda, termijnen of fasen vooropgesteld?

La **présidente**: En termes d'agenda, d'échéances ou d'étapes prévus, rien n'a été fixé?

**01.15 Koenraad Vandewoude (Nederlands)**: We gaan gefaseerd te werk. Met de kaderwet zorgpraktijk is men ver gevorderd. Er worden nog concrete projecten omschreven waarover nog overlegd moet worden met de sector. Voor de zorgpraktijkwet zal dat gaan om overleg met verstrekkers, vooral artsen en ziekenhuizen. Ook de extramurale praktijken moeten worden gehoord. De publieke consultatie was een goed idee van de minister dat heeft geleid tot veel input vanuit de sector.

**01.15 Koenraad Vandewoude (en néerlandais)**: Nous allons travailler par étape. La loi-cadre sur la pratique des soins de santé nous a permis de réaliser des progrès majeurs. Des projets concrets devant faire l'objet d'une concertation avec le secteur sont également présentés. Concernant la loi sur la pratique des soins de santé, il conviendra de mener une concertation avec les prestataires de soins, particulièrement les médecins et les hôpitaux. Une concertation devra, en outre, être menée concernant les pratiques extra-hospitalières. L'idée de la ministre d'organiser une consultation publique était bonne. La contribution du secteur à celle-ci était importante.

We hebben deze opmerkingen geïnventariseerd. Dat heeft geleid tot een voortschrijdend inzicht.

Nous avons inventorié ces remarques. Cela a amélioré la compréhension.

Het ontwerp inzake de zorgpraktijk zou nog voor het zomerreces op de ministerraad geagendeerd worden zodat de Kamer het in het najaar kan bespreken.

Le projet de loi sur la pratique des soins de santé devrait encore être inscrit à l'ordre du jour du Conseil des ministres avant les vacances parlementaires pour être débattu à la Chambre à l'automne

De **voorzitter**: Is dat voor de praktijk?

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

**01.16 Koenraad Vandewoude (Frans)**: We willen vóór de zomervakantie het dossier over de zorgpraktijk aan de ministerraad voorleggen en het is de bedoeling dat de Raad van State tegen die deadline een advies over dat dossier uitbrengt.

**01.16 Koenraad Vandewoude (en français)**: Pour la pratique des soins, notre but est de constituer un dossier pour le Conseil des ministres avant les vacances d'été et que le Conseil d'État rende son avis avant cette échéance.

Voor wat betreft de kaderwet over de gezondheidszorgberoepen willen we tussen de zomer en Nieuwjaar een dossier bij de ministerraad indienen.

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

**01.17 Anne Dedry (Ecolo-Groen)**: Ik vind de focus op een concreter uitwerking van kwaliteitsvolle dienstverlening, voortbouwend op artikel 5 van de wet op de patiëntenrechten, zeer positief. Ik heb samen met mevrouw Gerkens afgelopen maandag een heel interessante rondetafel over de patiëntenrechten bijgewoond en daar werd het bewuste artikel belangrijk, maar heel vaag genoemd.

**01.17 Anne Dedry (Ecolo-Groen)**: Il est très positif, à mon estime, que l'on mette l'accent sur la concrétisation de prestations de qualité sur la base de l'article 5 de la loi relative aux droits du patient. Lundi passé, j'ai participé avec Mme Gerkens à une table ronde très intéressante sur les droits des patients. L'article en question y a été qualifié "d'important, quoique très vague".

Wat het patiëntendossier betreft, is het zeer belangrijk om heel concreet en zorgvuldig te bepalen wat daar minimaal allemaal zal moeten instaan, want in de praktijk blijken daar nogal wat problemen mee te zijn.

En ce qui concerne le dossier du patient, il est impératif de définir très concrètement et très soigneusement les données minimales qu'il devra contenir, car il semble que cela pose énormément de problèmes aux praticiens.

Als ik hoor spreken over de verplichting van een portfolio en de functiedifferentiatie, kan men mij dan preciseren wat ik mij daar bij moet voorstellen? Wie valt daar dan precies onder en staat dat ook in de verplichte portfolio?

Pourriez-vous préciser ce que l'on entend précisément par obligation de tenue d'un portfolio et différenciation de fonctions? Quels sont les praticiens concernés par ces dispositions et que contient exactement ce portfolio obligatoire?

Is er verder geen risico dat artikel 82 van de ziekenhuiswet erg statisch wordt en men wat voorbijgaat aan de technologische ontwikkelingen, waarbij steeds meer dingen thuis of ambulante kunnen gebeuren?

Ne risque-t-on pas par ailleurs de figer considérablement l'article 82 de la loi sur les hôpitaux et de passer ainsi à côté des progrès technologiques qui accroissent sans cesse la part des soins à domicile ou des soins ambulatoires?

Dat het verbod op reclame wat concreter wordt, juich ik toe, maar zullen er dan ook sancties worden opgelegd?

Je me félicite de la précision du cadre légal interdisant la publicité, mais des sanctions seront-elles également infligées?

De uitleg over de kwaliteitsraad zou ik graag opnieuw uitgelegd krijgen, vermits dit nogal complex overkwam.

Je souhaiterais de nouvelles explications à propos du conseil pour les pratiques de qualité dans les soins de santé dont la structure me paraît relativement complexe.

Zullen de alternatieve gezondheidszorgberoepen allemaal vallen onder de onwettige uitoefening? Dat is immers nog steeds een actueel thema. Positief is dat het statuut van de mantelzorger wordt gevrijwaard, maar dit blijft wel een lege doos en ik hoop dat de minister haar beloften ter zake zal nakomen.

Les professions de la santé alternatives ressortiront-elles également à l'exercice illégal de la médecine? Ce thème est en effet toujours d'actualité. Il est positif que le statut de la personne assurant des soins de proximité soit préservé, mais il n'en reste pas moins une coquille vide et j'espère que la ministre respectera les engagements qu'elle a pris en la matière.

De principes van subsidiariteit en interdisciplinariteit zijn naar verluidt erg belangrijk, maar wat de subsidiariteit betreft, heb ik niets meer gehoord over de zorgkundige en de HBO5-verpleegkundige. En is de health care assistente iets voor later?

Les principes de la subsidiarité et de l'interdisciplinarité sont, nous dit-on, très importants mais, en ce qui concerne la subsidiarité, je n'ai rien entendu au sujet du prestataire de soins et de l'infirmier HB05. Et qu'en est-il de l'assistant en soins de santé? Sera-ce pour plus tard?

Ik heb altijd begrepen dat men bij deze operatie ook werk zou maken van een eenvoudiger nomenclatuur of de herijking daarvan. Is dat nog steeds de bedoeling?

J'ai toujours cru comprendre que l'on s'attellerait également, dans le cadre de la présente opération, à la simplification ou à la redéfinition de la nomenclature. Est-ce toujours l'intention?

De passage over de rechtstreekse toegang is zeer interessant, want dit lijkt mij een mogelijkheid om al iets te doen aan de overconsumptie.

Le passage concernant l'accès direct est très intéressant car cette piste me semble intéressante dans le cadre de la lutte contre la surconsommation.

Ik heb daar niets meer van gehoord, terwijl het toch mee de bedoeling was om iets te doen aan de overconsumptie of de aanpak daarvan bij de hervorming van KB nr. 78.

Je n'en ai plus entendu parler, alors qu'il me semblait pourtant que l'intention était de s'attaquer à la surconsommation médicale ou à la politique à mener en la matière dans le cadre de la réforme de l'arrêté royal n° 78.

Communicatie tussen zorgverstrekker en patiënt is nog altijd een groot probleem. Dat moet zeker een prominente voorwaarde zijn van die verplichte portfolio.

La communication entre les prestataires de soins et le patient pose toujours un gros problème. Cet enjeu doit en tout état de cause constituer une des conditions majeures du portfolio.

**01.18 Yoleen Van Camp (N-VA):** Ik apprecieer dat er eerst een goede afstemming is van de algemene principes van de wetten die op komst zijn en dat wij vanuit de Kamer tekortkomingen kunnen aanwijzen. Hopelijk kan dat dan nog aangepast worden in de wet die er aankomt. Wij kijken heel erg uit naar de hervorming. Een efficiëntere organisatie van onze gezondheidszorg kan een besparing teweegbrengen, maar ook een betere kwaliteit van zorg bewerkstelligen. Nu is de uitvoering niet optimaal geregeld. Zo verliezen verpleegkundigen heel veel tijd met bepaalde taken waarvoor zij niet zijn opgeleid.

Door het uitzuiveren van die taken zal men betere kwaliteit van zorg kunnen leveren en het zal ook zorgen voor een betere inzet van de middelen.

Wij steunen dan ook de algemene principes. Het is wachten op de concrete teksten. Op het terrein leven vragen over de directe toegang, het attest van bekwame helper en het groepsvoorschrift.

De mensen op het terrein worden trouwens optimaal betrokken bij de uitvoering.

**01.19 Damien Thiéry (MR):** De zeer ambitieuze hervorming van het koninklijk besluit nr. 78 maakt deel uit van het regeerakkoord. Wat is de stand van het overleg met de sector?

Er wordt afgestapt van het traditionele 'hiërarchische' model. Het zal lastig zijn om een mentaliteitsverandering te bewerkstelligen. Men mag een aantal verkeerde interpretaties verwachten.

Ook al vallen de hervormingen niet bij iedereen in goede aarde, ze blijven gericht op de patiënt: dat valt te waarderen.

Bij haar stellingname ten opzichte van de hervorming maakte de Académie royale de Médecine de Belgique haar bezorgdheid kenbaar: de redenen voor de meningsverschillen zouden eventueel moeten worden verklaard.

Met betrekking tot de gelijkwaardigheid van de beroepsgroepen vindt de academie het gegrond om te spreken over een gelijkwaardigheid tussen de competentieniveaus, maar onderstreept ze dat het kwalificatieniveau sterk verschilt van beroep tot beroep. Wat denkt u daarvan? Is die ongerustheid gegrond?

**01.18 Yoleen Van Camp (N-VA):** J'apprécie que l'on se concentrera dans un premier temps sur l'harmonisation des principes généraux des lois en préparation et que la Chambre pourra attirer l'attention sur les manquements éventuels. Espérons que les problèmes épinglés pourront encore être adaptés dans la loi qui s'annonce. Nous attendons cette réforme avec un vif intérêt. Une organisation plus efficace de nos soins de santé peut permettre la réalisation d'économies mais aussi une amélioration de la qualité des soins. L'organisation des soins n'est actuellement pas réglée de manière optimale. Ainsi les infirmiers perdent beaucoup de temps à effectuer des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été formés.

La qualité des soins sera meilleure et l'emploi des ressources sera rationalisé grâce à l'épuration de ces tâches.

Nous soutenons donc ces principes généraux. Nous sommes en attente de textes concrets. Les personnes actives sur le terrain se posent des questions sur l'accès direct, l'attestation d'auxiliaire qualifié et la prescription groupée.

L'implication des personnes actives sur le terrain dans l'exécution est d'ailleurs optimale

**01.19 Damien Thiéry (MR):** La réforme très ambitieuse de l'article 78 s'inscrit dans l'accord du gouvernement. Où en est la concertation avec le secteur?

Le modèle traditionnel "hiérarchique" est abandonné. Il sera délicat de faire évoluer les mentalités. On doit s'attendre à certaines interprétations biaisées.

Même si les réformes ne plaisent pas à tout le monde, elles restent axées autour du patient: c'est appréciable.

Prenant position quant à la réforme, l'Académie royale de médecine a fait part d'inquiétudes: il conviendra éventuellement d'expliquer les raisons des divergences.

À propos de l'équivalence entre les groupes professionnels, l'Académie estime légitime de parler d'équivalence entre les axes de compétence mais souligne que le niveau de qualification varie fort selon la profession. Qu'en pensez-vous? Cette inquiétude est-elle justifiée?

Hoe zal de delicate zelfevaluatie inzake de bekwaamheden in haar werk gaan?

De academie heeft ook vragen bij de omkering van de bevoegdheid van de Koning: voortaan lijst hij de geneeskundige handelingen op die niet aan niet-artsen mogen worden toevertrouwd. Een extreme interpretatie zou ertoe kunnen leiden te poneren dat alles wat niet verboden is, is toegelaten! Hebt u met die mogelijkheid rekening gehouden?

Zal de visumcontrole uitgevoerd worden via peerreviews?

Volgens mij is er geen enkel hoofdstuk gewijd aan de niet-conventionele praktijken: bevestigt u dat u die niet wilt opnemen?

**01.20 Dirk Janssens** (Open Vld): Het opnemen van de patiëntkarakterisering in het patiëntendossier zal gevolgen hebben en is toch een moeilijke oefening. De patiënt zal inzage verwerven in zijn patiëntendossier, eventueel vanaf zijn computer. Hoe ziet de minister dat? Hoe verhoudt het patiëntendossier zich tot het elektronisch medisch dossier? In welke mate is de inhoud van het medisch dossier terug te vinden in het elektronisch dossier? Als dat laatste het geval is, lijkt het mij logisch dat de plicht tot overdragen weinig zin heeft.

Er worden met het oog op de veiligheid van de patiënt terecht bijkomende eisen gesteld voor chirurgische verstrekkingen in voorzieningen buiten het ziekenhuis. Nu zien de ziekenhuizen vaak met lede ogen hoe deze chirurgische ingrepen naar de dagziekenhuizen gaan. Men beschouwt dit als cherrypicking.

Het (nieuwe) systeem staat of valt met samenwerkingsakkoorden. Acht de minister het realistisch dat ziekenhuizen bereid zullen zijn om samenwerkingsakkoorden met de dagziekenhuizen te sluiten?

**01.21 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Het is belangrijk om de bepalingen van de wet betreffende de rechten van de patiënt te verbeteren en een kader te creëren voor het garanderen van de kwaliteit van de zorg, ongeacht de zorgverlener.

Strekt het gegroepeerde voorschrift ertoe dat men de patiënt zorg van verschillende practitioners kan voorschrijven?

Comment se pratiquera la délicate auto-évaluation des compétences?

L'Académie s'interroge sur l'inversion de la compétence du Roi: il dresse, désormais, la liste des actes médicaux qui ne peuvent pas être confiés à des non-médecins. À l'extrême, on risque de se dire que tout ce qui n'est pas interdit est autorisé! Avez-vous tenu compte de ce problème?

Envisage-t-on de faire effectuer le contrôle des visas par des pairs?

Il me semble qu'aucun chapitre n'est consacré aux pratiques non conventionnelles: confirmez-vous ne pas vouloir les inclure?

**01.20 Dirk Janssens** (Open Vld): L'intégration de la caractérisation du patient dans son dossier ne sera pas sans avoir de conséquences et constitue tout de même un exercice difficile. Le patient pourra consulter son dossier, éventuellement à partir de son ordinateur. Comment la ministre conçoit-elle cet accès? Quel est le lien entre le dossier du patient et le dossier médical électronique? Le contenu du dossier médical se retrouvera-t-il dans le dossier électronique? Dans l'affirmative, il me semble en toute logique que l'obligation de transmission a peu d'utilité.

Dans la perspective de la sécurité du patient, des conditions supplémentaires sont posées pour les actes chirurgicaux pratiqués dans un environnement extra-hospitalier. Les hôpitaux en sont souvent réduits à constater le glissement de ces interventions chirurgicales vers les hôpitaux de jour. Ce phénomène est considéré comme du *cherry picking* ou shopping médical.

Le fonctionnement ou non du (nouveau) système dépendra des accords de collaboration. La ministre estime-t-elle que l'on peut raisonnablement s'attendre à ce que les hôpitaux soient disposés à conclure des accords de collaboration avec les hôpitaux de jour?

**01.21 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Il est important d'améliorer les dispositions de la loi sur le droit des patients et de créer un dispositif pour encadrer la qualité des soins quel que soit le prestataire.

Les prescriptions groupées visent-elles à prescrire le recours à plusieurs praticiens?



Het zou goed zijn het onderscheid te verduidelijken tussen het groepsvoorschrift en de multi- of interdisciplinaire teams, die zich overigens op dezelfde plaats kunnen bevinden en een bepaalde samenwerkingsvorm kunnen aannemen. Ik kreeg graag meer duidelijkheid over het statuut en de rol van dezen en genen.

Ik heb begrepen dat er nieuwe gezondheidsberoepen zouden worden voorgesteld. Gaat het hier om de praktijkassistenten? Op 28 september werden een aantal voorbeelden gegeven. Zullen de zogenaamde niet-conventionele praktijken deel uitmaken van die nieuwe beroepen?

Indien men de rollen wijzigt en de competenties duidelijker omschrijft, zal dat een invloed hebben op de basisopleidingen in de gezondheidssector.

Werden er al datums voor het overleg met de Gemeenschappen en de Gewesten vastgelegd? Als ik het goed begrijp wil u de wetten eind 2017 of begin 2018 laten aannemen. Werden alle gebieden waar er verwarring kan ontstaan tussen hulp en zorg voor sommige practitioners duidelijk in kaart gebracht? Moet men nog andere aspecten in overweging nemen?

Heb ik het goed begrepen dat men rekening zou kunnen houden met de gepensioneerde artsen voor de organisatie van de wachtdiensten in de zones die van de kringen afhangen?

Het verbaasde me u, in het kader van de bijzondere bepalingen in verband met de heekkunde, te horen zeggen dat de chirurg én de kandidaat-specialist in de heekkunde aansprakelijk zijn voor de gestelde handelingen. Betekent zulks dat de stagedoende kandidaat-specialist al volledig aansprakelijk is?

**01.22** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): De wet op de patiëntenrechten kan inderdaad duidelijker. Het is cruciaal te bepalen wat de patiënt mag zien van het dossier, dat overigens steeds zijn eigendom blijft.

Het portfolio moet een objectieve weergave zijn van iemands bekwaamheid en extra opleidingen. Daarmee belanden we meteen bij de functiedifferentiatie, waarvoor het portfolio een belangrijk instrument is.

Inzake het uitsluiten heeft professor Vandewoude duidelijk aangegeven dat het enkel over

Une explication permettrait de comprendre la distinction entre la prescription groupée et les équipes inter- ou multidisciplinaires pouvant d'ailleurs se trouver au même endroit et qui pourrait avoir une identité particulière aussi. Qu'est-ce qui est du même registre et qu'est-ce qui appartient à des champs différents?

J'ai cru comprendre qu'on proposerait de nouvelles professions de santé. Est-ce dans les aides techniques? Le 28 septembre, des exemples ont été cités. Intégrera-t-on dans ces nouvelles professions les pratiques dites non conventionnelles?

Si on modifie les rôles et définit les compétences avec plus de précision, cela influencera les formations de base des professionnels.

Comment la concertation avec les Communautés et les Régions est-elle planifiée? Vous comptez faire adopter les lois fin 2017 ou début 2018, si je comprends bien. Toutes les zones de confusion entre une relation d'aide et une relation de soins sont-elles clairement définies pour certains prestataires? Reste-t-il des éléments à envisager?

Ai-je bien compris que des médecins pensionnés pourraient être comptabilisés dans les forces disponibles pour assurer les gardes ou les permanences de soins dans les zones dépendant des cercles?

Quand vous avez évoqué les dispositions particulières en chirurgie, j'ai été étonnée que vous précisiez que le chirurgien et le candidat spécialiste en chirurgie sont responsables des actes posés. Cela signifie-t-il que le candidat spécialiste aurait une pleine et entière responsabilité alors qu'il n'a qu'un statut de candidat stagiaire?

**01.22** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): La loi relative aux droits des patients pourrait en effet être plus claire. Il importe au plus haut point de définir les éléments du dossier qui peuvent être vus par le patient et qui restent, au demeurant, toujours sa propriété.

Le portfolio doit constituer le reflet objectif des compétences et des formations supplémentaires d'un prestataire de soins. Cela nous amène immédiatement à la différenciation de fonction, pour laquelle le portfolio constitue un instrument important.

S'agissant de l'exclusion, le professeur Vandewoude a clairement indiqué qu'elle concernait

hoogrisicopatiënten gaat, voor wie het gevaarlijk zou zijn bepaalde behandelingen te ondergaan buiten een ziekenhuissetting.

Reclame is een probleem. We hebben ons hiervoor gebaseerd op het ontwerp van mevrouw Tilmans dat vroeger in de Senaat en in de Kamer is goedgekeurd.

Alternatieve geneeskunde en therapieën worden niet opgenomen. Ze vormen een apart deel in het regeerakkoord, maar de sokkelwet en de wet op de patiëntenrechten is wel van toepassing.

De uitwerking van verpleegkundige zorgdomeinen komt later. Deze kaderwet is pas de start, er komen nog veel uitvoeringsbesluiten.

De interministeriële conferentie is de plaats voor overleg over onderwijs, opleidingen en competenties.

Er loopt nog veel mis op het vlak van communicatie tussen zorgverstrekkers en patiënten. Dit is opgenomen in de CanMeds en zal ook in de portfolio moeten worden besproken. Dit is overigens geen besparing, maar alleen een transparantere manier van werken. Doorverwijzen en terugverwijzen moeten normale acties worden.

*(Frans)* Er wordt met veel partijen overlegd, mijnheer Thierry. We hebben sommige organisaties meerdere keren ontmoet. Ze kunnen ook op de website reageren, net als de individuele zorgverleners trouwens.

Ik begrijp niet waarom de Académie royale de Médecine de Belgique zich zorgen maakt over de gelijkwaardigheid tussen practitioners.

Elke zorgverstrekker kent de grenzen van zijn competenties. Een subsidiair systeem is noodzakelijk om te bepalen wie bevoegd is voor de andere functies en om te vermijden dat men andermans taken uitvoert.

*(Nederlands)* De Académie royale hield erg vast aan de piramidale structuur, met de arts als een farao op de top terwijl hij in werkelijkheid midden in de piramide lag. Wij stappen over op een bloemstructuur, al houden we rekening met de bezorgdheden van de academie.

Omdat de academie al zo lang bestaat, is dit een

uniquement des patients à haut risque, pour qui il serait dangereux de subir certains actes en dehors d'un environnement hospitalier.

La publicité ne pose pas de problème. Nous nous sommes basés à cet égard sur le projet de Mme Tilmans qui avait été adopté en son temps à la Chambre et au Sénat.

La médecine et les thérapies alternatives ne sont pas concernées en l'occurrence. Elles font l'objet d'un volet séparé de l'accord de gouvernement mais la loi de base et la loi sur les droits des patients sont bien d'application.

Les domaines de soins relevant de l'art infirmier seront définis plus avant ultérieurement. La présente loi-cadre n'est qu'un point de départ et sera suivie de nombreux arrêtés d'exécution.

La concertation concernant l'enseignement, les formations et les compétences sera menée au sein de la conférence interministérielle.

La communication entre prestataires de soins et patients pose encore de nombreux problèmes. Elle est intégrée dans CanMeds mais sera également discutée dans le cadre du portfolio. L'enjeu ici, ce n'est pas la réalisation d'économies, mais uniquement la recherche d'une manière de travailler plus transparente. Adresser et réadresser les patients doivent devenir des actions normales.

*(En français)* Monsieur Thierry, la concertation est très large. Nous avons rencontré certaines organisations plusieurs fois. Elles pouvaient réagir aussi sur le site, possibilité offerte également aux prestataires de soins individuels.

Je ne comprends pas bien l'inquiétude de l'Académie royale sur l'équivalence entre professionnels.

Chaque prestataire connaît les limites de ses compétences. Un système subsidiaire est nécessaire pour savoir qui est compétent pour les autres fonctions et ne pas assumer les tâches des autres.

*(En néerlandais)* L'Académie royale était très attachée à la structure pyramidale au sommet de laquelle trônait, comme un pharaon, le médecin alors qu'en réalité il se trouvait au milieu. Nous passons aujourd'hui à une structure "florale", même si nous tenons compte des préoccupations de l'Académie.

Comme l'Académie existe depuis longtemps, c'est

schok voor haar leden, een soort revolutie.

un choc pour ses membres, une révolution en quelque sorte.

Ik zal daar rekening mee houden en hen goed informeren.

J'en tiendrai compte et je les informerai correctement.

(Frans) Voor de negatieve lijst was er artikel 81. Men heeft de positieve lijst nooit kunnen opstellen.

(En français) En ce qui concerne la liste négative, il y avait l'article 81. On n'a jamais été en mesure de dresser la liste positive.

(Nederlands) Taakomschrijvingen moeten goed afgebakend zijn. Men kan geen taken delegeren aan wie daar niet voor is opgeleid. Een gynaecoloog delegeert geen sectio aan een vroedvrouw. Dat kan natuurlijk niet, dat is geen geval van subsidiariteit.

(En néerlandais) Les descriptions de fonction doivent être bien délimitées. On ne peut pas déléguer des tâches à des personnes qui n'ont pas la formation adéquate. Un gynécologue ne délègue pas de césarienne à une sage-femme. Cela n'est évidemment pas possible, ce n'est pas un cas de subsidiarité.

We zitten al aan 5,3 miljoen elektronische medische dossiers met een *informed consent*. Op termijn zullen alle dossiers worden geïntegreerd.

Nous en sommes déjà à 5,3 millions de dossiers médicaux avec un *informed consent*. Tous les dossiers seront intégrés à terme.

Wij merken inderdaad een wildgroei van de kwaliteitseisen in sommige disciplines in extramurale ziekenhuizen, maar we moeten er zeker van zijn dat de zorgkwaliteit daar dezelfde is als in een ziekenhuis.

Nous observons en effet une croissance sauvage des critères de qualité dans certaines disciplines dans les hôpitaux *extra muros*, mais nous devons nous assurer que la qualité des soins y est la même que dans un hôpital

Deze extramurale ziekenhuizen moeten ook worden gecontroleerd. Sommige verdwijnen na enkele jaren gewoon. Patiënten weten dan niet eens waar de zorgverstrekker die hen heeft geopereerd naartoe is. Andere extramurale ziekenhuizen functioneren wel goed en hebben samenwerkingsakkoorden gesloten met de ziekenhuizen.

Ces hôpitaux *extra muros* doivent également être contrôlés. Certains disparaissent sans plus après quelques années. Dans ce cas, les patients ignorent souvent la nouvelle affectation du chirurgien qui les a opérés. D'autres hôpitaux *extra muros* fonctionnent bien et ont conclu des accords de coopération avec les hôpitaux.

(Frans) De wet betreffende de rechten van de patiënt zal in de wet opgenomen worden: wij besteden hier veel aandacht aan.

(En français) La loi sur les droits des patients restera incluse dans la loi: nous y sommes très attentifs.

De gegroepede voorschriften mogen niet worden verward met de medische huizen. Enerzijds is er het voorbeeld van de proefprojecten voor geïntegreerde gezondheidszorg voor chronische patiënten, waarin het team wordt samengesteld in functie van de behoeften van elke patiënt. Anderzijds wordt de nodige gezondheidszorg in de medische huizen georganiseerd volgens een forfaitair systeem.

Les prescriptions groupées ne doivent pas être confondues avec les maisons médicales. D'une part, il y a par exemple les projets pilotes de soins intégrés pour les patients chroniques, où cela peut varier selon les besoins de chaque patient. D'autre part, dans les maisons médicales, les soins nécessaires sont organisés selon un système forfaitaire.

De nieuwe gezondheidsberoepen zullen aan de overeenkomstige zorgdomeinen worden toegevoegd.

Les nouvelles professions seront ajoutées au domaine de soins correspondant.

Dat is nog niet het geval voor de niet-conventionele praktijken.

Ce n'est pas encore le cas pour les professions alternatives.

De beslissing over het meedraaien van oudere

L'intégration des médecins plus âgés dans le

artsen in het wachtdienstensysteem wordt genomen op het niveau van de kringen.

*(Nederlands)* Vrijstellingen gelden naargelang de kring voor leeftijd, zwangerschap, bevallingen enzovoort. Sedert de zesde staatshervorming is de organisatie van de eerstelijnszorg als bevoegdheid overgegaan naar de Gemeenschappen. De financiering van de kringen houdt ook een continuïteit van de zorg in.

De kandidaat-specialisten blijven vallen onder de verantwoordelijkheid van de stagemeeester.

Een anesthesist in opleiding staat onder supervisie en moet daarom in nood hulp vragen, terwijl een eventuele complicatie de verantwoordelijkheid blijft van de stagemeeester. Daar gaan wij niets aan veranderen. Onze veranderingen zijn gericht op adequatere en meer kwalitatieve zorg, dus ten behoeve van de patiënt, maar de subsidiariteit is natuurlijk ook in het belang van de zorgverstrekkers.

Voor deze wetten zullen natuurlijk nog heel wat uitvoeringsbesluiten nodig zijn. Daar heeft ook de Raad een zeer belangrijke rol te spelen. Hij zal voor alle zorgberoepen moeten meewerken aan de nodige KB's.

*Het incident is gesloten.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.45 uur.*

système de garde se décide au niveau des cercles.

*(En néerlandais)* Les exemptions s'appliquent selon les cercles sur la base de critères tels que l'âge, une grossesse, un accouchement, etc. Depuis la sixième réforme de l'État, l'organisation des soins de première ligne a été transférée aux Communautés. Le financement des cercles implique également une continuité des soins.

Les candidats spécialistes continuent de ressortir à la responsabilité du maître de stage.

Un anesthésiste en cours de formation est placé sous supervision et doit dès lors demander de l'aide dans des situations d'urgence, alors qu'une complication éventuelle continue de ressortir à la responsabilité du maître de stage. Nous n'allons rien changer à cette situation. Nos changements tendent à rendre les soins plus adéquats et à en renforcer la qualité, et sont donc dans l'intérêt du patient, mais la subsidiarité va évidemment aussi dans le sens de l'intérêt des prestataires de soins.

L'application de ces lois requerra évidemment de nombreux arrêtés royaux. À cet égard, le Conseil aura encore un rôle très important à jouer. Il devra collaborer, pour toutes les professions de soins, à la rédaction des arrêtés royaux nécessaires.

*L'incident est clos.*

*La réunion publique de commission est levée à 17 h 45.*