



DE VICEMINISTER-PRESIDENT VAN DE VLAAMSE REGERING EN VLAAMS MINISTER VAN
ONDERWIJS

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

NOTA AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Hervorming KB nr. 78

Standpuntbepaling door de Vlaamse Regering

1. INHOUDELIJK

Op de website www.kb78.be stelt de federale Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid de concepten voor betreffende de hervorming van het wettelijke kader voor de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Vanuit de Vlaamse overheid wensen we een standpunt in te nemen inzake deze concepten daar waar ze ons aanbelangen. Op basis van dit standpunt zullen we verder in overleg gaan met de federale overheid en de andere gemeenschappen en gewesten, o.a. in het kader van de IMC Volksgezondheid. Hierbij worden, na een beknopte weergave van de hervormingsvoorstellen, opmerkingen bij die voorstellen geformuleerd namens de Vlaamse Regering.

1.1. Inhoud van de hervormingsvoorstellen

1.1.1. Situering van de hervorming

De uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wordt thans geregeld in de wet van 10 mei 2015¹. Het betreft een gecoördineerde versie van het KB nr. 78². Omdat de huidige regelgeving moeilijk verzoenbaar is met de principes van de patiëntautonomie en van een geïntegreerd zorgmodel, zal ze worden hervormd. De hervormde regelgeving berust op drie pijlers: competente gezondheidszorgbeoefenaars die het vereiste diploma en een aantoonbare bekwaamheid hebben, een multidisciplinaire en geïntegreerde gezondheidszorg en een gezondheidszorg op maat van de patiënt en met de patiënt. Ze zal worden ondergebracht in twee wetten:

- een kaderwet inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die algemene principes bevat betreffende de bevoegdheid van de gezondheidszorgbeoefenaar om de gezondheidszorg uit te oefenen;
- een wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering van de gezondheidszorg, met kwaliteitsregels die algemeen van toepassing zijn op de uitoefening van de gezondheidszorg in de praktijk.

1.1.2. Aangepaste definitie van "gezondheidszorg"

"Gezondheidszorg" wordt omschreven als: "diensten met een diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan een patiënt, inclusief het daarbij individueel begeleiden van de patiënt" en "diensten zonder diagnostisch of therapeutisch doel aan een patiënt waartoe een gezondheidszorgbeoefenaar exclusief bevoegd is"³.

Deze definitie zal in de plaats komen van de definitie die artikel 2, 3°, van de wet van 10 mei 2015 (artikel 2, 3°, van KB nr. 78) geeft: "diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar in de zin van deze gecoördineerde wet, met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt, om het uiterlijk van een patiënt om voornamelijk esthetische redenen te veranderen of om de patiënt bij het sterven te begeleiden".

Het begrip "gezondheidszorg" omvat steeds de diensten met een diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan een patiënt, d.w.z. tussenkomsten om ofwel de gezondheidstoestand van de patiënt aan de hand van onderzoek vast te stellen, ofwel de gezondheidstoestand van de patiënt in stand te houden, te verbeteren, te herstellen of te bevorderen. Daaronder valt nu ook het daarbij individueel begeleiden van de patiënt, d.w.z. de coaching van de patiënt die participeert in zijn eigen gezondheidszorg en die op een therapiegetrouwe wijze de behandeling mee vorm geeft, en van de omgeving van de

¹ Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

² KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

³ Volgens de huidige wetgeving betreft het de volgende diensten: stervensbegeleiding van een patiënt, euthanasie, niet-therapeutische zwangerschapsafbreking, bloedafname, wegnemen van een orgaan of van menselijk lichaamsmateriaal zonder therapeutisch doel, uitvoeren van een niet-therapeutisch experiment, esthetische heelkunde zonder reconstructief of therapeutisch doel en uitvoeren van een vruchtbaarheidsbehandeling.

patiënt. Daarnaast wordt de "gezondheidszorg" uitgebreid tot de diensten zonder diagnostisch of therapeutisch doel aan een patiënt waartoe een gezondheidszorgbeoefenaar exclusief bevoegd is. Bedoeling van die uitbreiding is dat de kwaliteitsregels die zullen vastgesteld worden voor de gezondheidszorg, ook op die diensten van toepassing zijn, zonder echter afbreuk te doen aan de specifieke wettelijke bepalingen die voor die diensten gelden.

1.1.3. Toegang tot de uitoefening van het gezondheidszorgberoep

De procedure van toegang tot de verschillende gezondheidszorgberoepen wordt geharmoniseerd, waarbij de definities van diploma, visum en erkenning worden gelijkgesteld.

De beoefenaar van een gezondheidszorgberoep moet een erkende basisopleiding (gemeenschapsbevoegdheid) hebben gevolgd die leidt tot een beroepstitel. Die beroepstitel moet worden erkend (gemeenschapsbevoegdheid).

Op basis van de erkende beroepstitel wordt een visum afgeleverd (FOD Volksgezondheid).

Afhankelijk van het gezondheidszorgberoep (thans alleen artsen en apothekers) is er de verplichting tot inschrijving bij de bevoegde deontologische raad.

Die procedurestappen volstaan voor de uitoefening van het gezondheidszorgberoep. Als dat nodig is wordt in een RIZIV-nummer voorzien.

Als voor een gezondheidszorgberoep specialisatiemogelijkheden in de vorm van het bekomen van een bijzondere beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid bestaan, wordt na het slagen voor de voortgezette opleiding de beroepstitel of – bekwaamheid erkend (gemeenschapsbevoegdheid).

Er wordt voorzien in een systeem van titelbescherming voor gezondheidszorgbeoefenaars die wettelijk bevoegd zijn om het betreffende beroep uit te oefenen.

1.1.4. Taalkennis

De gezondheidszorgbeoefenaar moet met de patiënt, aan wie hij zorg verstrekt, kunnen communiceren in de taal van het taalgebied waarin de patiënt verblijft. Tenzij zijn diploma werd uitgereikt door een Belgische onderwijsinstelling, zal de gezondheidszorgbeoefenaar zijn taalkennis moeten bewijzen met een attest van een erkende instelling.

1.1.5. Algemeen beroeps- en competentieprofiel – Dynamische omschrijving van de bevoegdheden per gezondheidszorgberoep

Een gezondheidszorgbeoefenaar moet niet alleen juridisch bevoegd zijn (beschikken over vereiste diploma), maar hij moet ook over de competenties beschikken om kwaliteitsvolle gezondheidszorg te verstrekken. Daartoe zal, geïnspireerd op het CanMeds-model⁴, een generiek beroeps- en competentieprofiel worden uitgewerkt waarin een aantal competenties voor alle gezondheidszorgbeoefenaars worden opgesomd. Die competenties zijn universeel en komen in concreto tot uiting bij de uitoefening van handelingen binnen de gezondheidszorg. Het gaat meer bepaald om vakbekwaamheid, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.

Daarnaast zullen, aan de hand van voormeld CanMeds-model en geïnspireerd op de huidige beroepsomschrijvingen, per gezondheidszorgberoep duidelijke beroeps- en competentieprofielen worden opgesteld. De verschillende gezondheidszorgberoepen zullen op een dynamische, open en positieve wijze omschreven worden. Per gezondheidszorgberoep kan bij KB een lijst worden opgesteld van handelingen die dermate specifiek zijn voor dat beroep dat ze door geen andere gezondheidszorgbeoefenaars mogen worden uitgeoefend, het wettelijk monopolie van de arts niet meegerekend.

1.1.6. Visum en portfolioverplichting – Toezicht en maatregelen

Het visum wordt omgevormd tot een "licence to practice". Het zal de reflectie zijn van de bekwaamheid van de gezondheidszorgbeoefenaar om de facto zijn beroep uit te oefenen ("professionele identiteitskaart"). Het visum wordt uitgereikt na erkenning van het basisdiploma van het gezondheidszorgberoep. Het wordt om de vijf jaar automatisch hernieuwd⁵.

Aan het visum is voor de gezondheidszorgbeoefenaar de verplichting verbonden tot het bijhouden van een portfolio (met diploma, documenten inzake erkenning, bewijsstukken betreffende gevolgde bijscholing en vorming, ...)⁶.

Op de verplichtingen met betrekking tot het visum (en portfolio) wordt toezicht gehouden door gezondheidsinspecteurs van de FOD Volksgezondheid. Als gezondheidsinspecteurs vaststellen dat een gezondheidszorgbeoefenaar zijn portfolio niet of niet correct bijhoudt,

⁴ CanMeds is de afkorting van "Canadian Medical Education Directives for Specialists". Het betreft een methodiek om opleiding en bij- en nascholing voor zorgverleners te kwalificeren in termen van bekwaamheden (competenties).

⁵ Dit, zolang bij KB geen evaluatiesysteem is ingesteld.

⁶ Aan een gezondheidszorgbeoefenaar die na zijn pensionering nog bepaalde activiteiten van gezondheidszorg wil blijven uitoefenen, kan een pensioenvisum worden uitgereikt, waaraan geen portfolioverplichting is verbonden.

hij niet de vereiste bekwaamheden blijft verwerven, hij fysiek of psychisch niet langer geschikt is of hij de beroepsgerelateerde kwaliteitsnormen niet naleeft, rapporteren ze de inbreuk aan de Toezichtkamer van de Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Die kamer kan het visum intrekken of het behoud van het visum aan voorwaarden koppelen. Ze kan ook voorlopige maatregelen nemen om gevaar voor de volksgezondheid en de patiënten meteen af te wenden.

Een stand van zaken met betrekking tot het visum van gezondheidszorgbeoefenaars zal worden bijgehouden in een permanente databank bij de FOD Volksgezondheid, die vrij toegankelijk is voor het publiek.

1.1.7. Strafsancties

Een gezondheidszorgbeoefenaar kan strafrechtelijk gesanctioneerd worden in de volgende gevallen:

- als hij handelingen stelt die overduidelijk niet tot zijn beroeps- of competentiedomein behoren en hij daardoor grote schade veroorzaakt;
- als hij handelingen van gezondheidszorg verricht die exclusief zijn voorbehouden aan een ander gezondheidszorgberoep.

1.1.8. Directe toegang en toevertrouwde handelingen en bevoegdheden

De patiënt zal zich in principe rechtstreeks – d.w.z. zonder een verwijzend voorschrift van een arts - kunnen wenden tot een gezondheidszorgbeoefenaar voor verstrekkingen die tot de basisbekwaamheden van die beoefenaar behoren. Wel zal per gezondheidszorgberoep bij KB worden bepaald voor welke handelingen de patiënt zich niet rechtstreeks tot de beoefenaar van dat beroep kan wenden omwille van de complexiteit of het risicogehalte van de handeling.

Als een patiënt zich rechtstreeks tot die gezondheidszorgbeoefenaar richt, is deze volledig verantwoordelijk voor de handelingen die hij stelt en moet hij in het elektronisch patiëntendossier van de patiënt de nodige medische verslagen inbrengen. Die gezondheidszorgbeoefenaar kan ook bijkomende onderzoeken vragen, mits validering van een arts, en de patiënt gericht verwijzen naar een andere gezondheidszorgbeoefenaar.

Bij KB zal een lijst worden opgesteld van medische handelingen die door artsen niet aan andere gezondheidszorgbeoefenaars kunnen worden toevertrouwd.

Eveneens bij KB kunnen voorwaarden worden bepaald waaraan gezondheidszorgbeoefenaars, andere dan artsen, moeten voldoen om handelingen te mogen stellen die hen door artsen zouden worden toevertrouwd. In het raam van een multidisciplinaire samenwerking tussen gezondheidszorgbeoefenaars kunnen artsen een gans takenpakket toevertrouwen aan een andere gezondheidszorgbeoefenaar of aan een (multidisciplinair) team van gezondheidszorgbeoefenaars.

1.1.9. Elektronisch patiëntendossier

De patiënt heeft recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard elektronisch patiëntendossier. Hij zal zonder enige tussenkomst van een gezondheidszorgbeoefenaar zijn patiëntendossier kunnen inkijken en beheren. De therapeutische exceptie blijft wel onverkort gelden.

De gegevensdeling binnen een samenwerkingsverband van gezondheidszorgbeoefenaars zou moeten verlopen volgens een reglement voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Elke gezondheidszorgbeoefenaar die toetreedt tot zulk samenwerkingsverband mag dan de patiëntgegevens alleen delen als hij het reglement heeft onderschreven. Een gezondheidszorgbeoefenaar binnen het samenwerkingsverband bij wie de patiënt niet primair in behandeling is, mag alleen de noodzakelijke gezondheidsgegevens raadplegen in het belang van de patiënt. Een

gezondheidszorgbeoefenaar van het samenwerkingsverband, met wie de patiënt een therapeutische relatie weigert, kan de gezondheidsgegevens betreffende die patiënt alleen raadplegen in geval van een noodtoestand voor de patiënt.

1.1.10. Onwettige uitoefening van de gezondheidszorg en gezondheidszorg in het dagelijkse leven

Het misdrijf van onwettige uitoefening van de gezondheidszorg wordt generiek omschreven zodat het geldt ongeacht welk gezondheidsberoep er op onwettige wijze wordt uitgeoefend. Strafbaar is "het beroepsmatig of met direct financieel voordeel verrichten door een persoon die het geheel van de voorwaarden om gezondheidszorg te mogen uitoefenen, niet vervult, van elke handeling die tot doel heeft of wordt geacht tot doel te hebben gezondheidszorg te verstrekken". Het "beroepsmatig verrichten" veronderstelt dat de uitoefening van het beroep primair gericht is op het verstrekken van gezondheidszorg.

Nu worden door de huidige regelgeving betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen vele handelingen aan gezondheidszorgbeoefenaars voorbehouden die veeleer zorg (CARE) dan gezondheidszorg (CURE) zijn. Volgens de nieuwe regelgeving zullen handelingen die niet onder de definitie van gezondheidszorg (= diensten met een diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan de patiënt, inclusief het daarbij individueel begeleiden van de patiënt) vallen, niet meer als gezondheidszorg (CURE), maar als zorg (CARE) worden beschouwd. Echter, handelingen van gezondheidszorg die de patiënt of zijn omgeving dagdagelijks stelt - waardoor die handelingen de facto behoren tot het normaal dagelijks functioneren - verworden daardoor niet tot zorg maar blijven behoren tot de gezondheidszorg.

Personen die geen gezondheidszorgbeoefenaar zijn, zouden als "bekwame helper"⁷ beroepsmatig of met een direct financieel voordeel handelingen van gezondheidszorg kunnen stellen zonder strafbaar te zijn als ze van een gezondheidszorgbeoefenaar de bevoegdheid krijgen om die bepaalde handelingen te verstrekken en onder bepaalde voorwaarden (eindverantwoordelijkheid gezondheidszorgbeoefenaar; begeleiding en opleiding door gezondheidszorgbeoefenaar; in het kader van voor specifieke patiënt opgesteld(e) procedure/behandelplan; toestemming patiënt; bevoegdheid neergeschreven in document).

1.1.11. Raden voor advies en toezicht

1.1.11.1. Raad voor Gezondheidszorgberoepen

De Raad voor Gezondheidszorgberoepen heeft onder meer de volgende bevoegdheden:

- adviesverlening over beroepsvoorwaarden en over de interdisciplinaire benadering van de gezondheidszorg;
- formuleren van richtlijnen voor een goede beroepsuitoefening;
- verrichten van audits van stagediensten en stagemeesters;
- afstemming van competentieprofielen;
- opportuniteitstoets bij de creatie van nieuwe beroepen of titels.

De Raad is samengesteld uit vertegenwoordigers van het werkveld en van de onderwijs- en academische wereld. Hij bestaat uit een overkoepelende kamer, 10 (vaste) verticale kamers, 2 horizontale kamers (de planningscommissie en de deontologische kamer) en een pool van experts die worden voorgedragen door opleidings- en beroeps- en wetenschappelijke instituten.

1.1.11.2. Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg

⁷ Wat de "bekwame helper" betreft, wordt verwezen naar "gevallen waarbij (...) zeer technische aspecten van een ingreep beter door een niet-gezondheidszorgbeoefenaar worden uitgevoerd".

De Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg komt in de plaats van de Federale Commissie voor de Rechten van de Patiënt, de provinciale geneeskundige commissies en de Federale Raad voor Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit. Hij bestaat uit een Advieskamer en een Toezichtkamer.

De Advieskamer adviseert over de kwaliteit van de gezondheidszorg.

De Toezichtkamer bestaat uit een Nederlandstalige en een Franstalige kamer. De kamer kan maatregelen nemen met betrekking tot het visum van een beroepsbeoefenaar die negatief wordt beoordeeld (o.a. visum intrekken of het behoud ervan aan voorwaarden koppelen)⁸.

1.2. Opmerkingen bij de hervormingsvoorstellen

1.2.1. Conceptteksten zijn geen regelgevende teksten

De voorliggende voorstellen tot hervorming van de wetgeving betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen zijn conceptteksten. Het is eigen aan conceptteksten dat ze in eerder algemene bewoordingen zijn opgesteld die voor uiteenlopende interpretatie vatbaar zijn. Het is dus voorsnog niet duidelijk hoe de inhoud van die teksten juridisch zal worden vertaald. Pas als die inhoud in een voorontwerp van wet is gegoten, zal er meer duidelijkheid zijn over de precieze draagwijdte van een en ander.

1.2.2. Opmerkingen met betrekking tot de bevoegdheid van de federale overheid

Ook al gaat het om hervormingsvoorstellen die voor meerdere interpretatie vatbaar zijn, toch kan nu al worden gewezen op een aantal punten die te maken hebben met de bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen. Dit maakt ook dat verder overleg en afstemming noodzakelijk is.

1.2.2.1. Wat de definitie van "gezondheidszorg" betreft:

"Gezondheidszorg" wordt onder meer omschreven als: "diensten met een diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan een patiënt, inclusief het daarbij individueel begeleiden van de patiënt". Deze definitie zal in de plaats komen van de huidige definitie: "diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar in de zin van deze gecoördineerde wet, met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt, om het uiterlijk van een patiënt om voornamelijk esthetische redenen te veranderen of om de patiënt bij het sterven te begeleiden".

1.2.2.1.1. Wat in die definitie het "individueel begeleiden van de patiënt" betreft:

Afgezien van het begeleiden bij het sterven, is in de huidige definitie geen sprake van individueel begeleiden van patiënten. Wat daarmee in de nieuwe definitie wordt bedoeld, is niet heel duidelijk: "De patiënt wordt door de gezondheidszorgbeoefenaar(s) gecoacht. Hierdoor ontstaat een piloot- co-piloot concept voor de verstreking van gezondheidszorg" (toelichting bij het hervormingsvoorstel⁹).

Nu kunnen, op basis van artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen (BWHI), zowel de federale overheid als de gemeenschappen, ieder binnen hun bevoegdheden, "gezondheidszorg" definiëren. Maar daarbij moeten deze wel elkaars bevoegdheden respecteren. Vraag is of de federale overheid dit doet door "individueel begeleiden van de patiënt" op te nemen in de definitie van gezondheidszorg. Dit vraagt verdere uitklaring.

⁸ Zie hierboven nr. 1.1.6.

⁹ Zie onder "Inclusief het daarbij individueel begeleiden van de patiënt" in de rubriek "Gezondheidszorg" van de concepttekst.

In zijn advies over het voorontwerp van wet betreffende de erkenning van de mantelzorgers voor een persoon met een grote zorgbehoefte stelde de Raad van State: "De regelgeving inzake de hulp en bijstand aan zwaar zorgbehoevende personen behoort in beginsel tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. De gemeenschappen zijn immers bevoegd voor het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen en voor wat betreft de bijstand aan personen voor het beleid inzake maatschappelijk welzijn (...)". Een dergelijke regeling "moet worden geacht te behoren tot de bevoegdheid van de gemeenschappen inzake bijstand aan personen, in het bijzonder de bijstand aan zwaar zorgbehoevende personen".¹⁰ Volgens de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof zijn de gemeenschappen krachtens artikel 5, §1, II, BWHI immers bevoegd voor de hele materie betreffende de bijstand aan personen als persoonsgebonden aangelegenheden, weliswaar afgezien van de in die bepaling vermelde uitzonderingen. Die bijstand is derhalve niet beperkt tot de diverse categorieën van personen die expliciet worden vermeld in artikel 5, §1, II.¹¹ Nog volgens dat Hof is het beleid inzake maatschappelijk welzijn (artikel 5, §1, II, 2°, BWHI) specifiek gericht op het verschaffen van bijstand aan mensen die in nood verkeren, ongeacht de aard en de oorzaak van die nood¹².

Voormeld advies van de Raad van State gaat over de begeleiding van zwaar zorgbehoevende patiënten omdat het wetsontwerp zich daartoe beperkte, maar er is geen reden waarom dit niet zou gelden voor de begeleiding van hulpbehoevende patiënten zonder meer.

Daar komt nog bij dat in de toelichting bij de definitie van "gezondheidszorg" nog wordt gezegd dat "onder het begeleiden van de patiënt ook het begeleiden van de omgeving van de patiënt moet worden begrepen". Weliswaar staat dit niet met zoveel woorden in de voorgestelde definitie, maar uit het citaat blijkt wel de intentie om gezondheidszorg zeer ver (te ver) te laten binnen dringen in wat beschouwd kan worden als bijstand aan personen. Die bedoeling blijkt ook nog uit volgend citaat uit het hervormingsvoorstel (weliswaar niet in de context van de definitie van gezondheidszorg) : "Bepaalde patiënten ondergaan dagelijks dezelfde handelingen van gezondheidszorg. Door deze dagelijkse terugkeer worden de handelingen routine en kan de patiënt, of zijn omgeving, ze soms beter stellen dan de gezondheidszorgbeoefenaar. Ondanks dat dit handelingen zijn die eigen zijn aan het normaal dagelijks (vitaal) functioneren van de patiënt, blijven ze deel uitmaken van de gezondheidszorg"¹³.

¹⁰ Parl. St. Kamer, 2013-2014, DOC 53 3439/001, blz. 13.

¹¹ Arbitragehof, arrest nr. 33/2001 van 13 maart 2001, overw. B.3.3-B.3.4.

¹² Arbitragehof, arrest nr. 110/99 van 14 oktober 1999, overw. B.7.5.1.

¹³ Zie onder "Handelingen die eigen zijn aan het normaal dagelijks (vitaal) functioneren" in de rubriek "Onwettige uitoefening en gezondheidszorg in het dagelijkse leven" van de concepttekst.

1.2.2.1.2. Wat in die definitie "diensten met een diagnostisch en therapeutisch karakter" betreft:

Waar de nieuwe definitie van "gezondheidszorg" de "diensten met een diagnostisch en therapeutisch doel" vermeldt, is ze aanzienlijk minder ruim dan de bestaande definitie, wat vragen doet rijzen naar de bevoegdheid van de federale overheid om in de toekomst beroepen zoals bv. verpleegkunde, artsenijsbereidkunde e.d. te regelen, die niet zomaar onder de nieuwe definitie kunnen worden gebracht.

Noch in de wet van 10 mei 2015 (het KB 78) noch in artikel 5, §1, I, BWHI noch elders wordt een definitie gegeven van "gezondheids(zorg)beroepen". Gemakshalve wordt ervan uitgegaan dat alle beroepen die in het KB 78 worden geregeld dergelijke beroepen zijn, ook al kan voor sommige van die beroepen (of onderdelen waar ze voor bevoegd zijn) worden betwijfeld of ze wel gezondheidszorg in de zin van de nu geldende definitie verstrekken (meer bepaald wat de klinisch orthopedagogen, de zorgkundigen en de verpleegkundige A-handelingen betreft).

Bij het regelen van de gezondheidszorgberoepen is de federale overheid echter wel gehouden de (door haar gegeven) definitie van "gezondheidszorg" te respecteren. Als die definitie wordt verengd tot de geneeskunde in de klassieke betekenis van het woord, zoals nu lijkt te worden voorgesteld, heeft dat wel belangrijke gevolgen voor de bevoegdheid inzake het regelen van de gezondheidszorgberoepen.

Zo oordeelde het Grondwettelijk Hof immers: "Het zou niet volstaan om een handeling die niet beantwoordt aan de criteria van het begrip 'uitoefening van de geneeskunde' op te nemen in het voormelde KB nr.78 of de uitvoeringsbesluiten ervan, opdat zou kunnen worden besloten dat de aldus geregelde aangelegenheid tot de federale bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde zou behoren".¹⁴ Het volstaat om "geneeskunde" te vervangen door "gezondheidszorg" om te concluderen dat een beperkende omschrijving van "gezondheidszorg" er toe zal leiden dat de federale bevoegdheid om gezondheidszorgberoepen te regelen, wordt beperkt.

Aangezien het wellicht niet in de bedoeling van de federale overheid ligt om haar bevoegdheid voor de gezondheidszorgberoepen, die blijkt uit artikel 5, §1, I, eerste lid, 7°, BWHI, te beperken, lijkt het aangewezen de federale overheid uitdrukkelijk te wijzen op deze wellicht niet gewilde gang van zaken.

1.2.2.2. Wat een kader voor gegevensdeling betreft:

In het hervormingsvoorstel wordt gesteld: "Tenslotte moet er ook een kader gemaakt worden waarin gegevensuitwisseling en zorg mee bevorderd kunnen worden gebruikmakend van de nieuwe communicatiemiddelen"¹⁵.

Hoe dat kader er moet uitzien, wordt niet verduidelijkt. Maar de vraag is op welke manier de federale overheid en de gemeenschappen en de gewesten hieromtrent complementair kunnen werken. Zo is er het Vlaams decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg dat voor de Vlaamse gemeenschap ter zake richtinggevend is. .

In zijn advies over het voorontwerp van dat decreet stelde de Raad van State het volgende vast: in het licht van het aldus bevoegdheidsrechtelijk ingeperkte begrip zorg (door te verwijzen naar de bevoegdheden van de Gemeenschap inzake gezondheidsbeleid en welzijnsbeleid) "kan de ontworpen regeling in beginsel worden ingepast in de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap en blijkt niet dat aangelegenheden worden betreden waarvoor de federale overheid over een voorbehouden of residuaire

¹⁴ Grondw. H., arrest 165/2009 van 20 oktober 2009, overw. B.5.

¹⁵ Zie onder "Maatschappelijke evoluties" in de rubriek "Algemeen" van de concepttekst.

bevoegdheid beschikt zoals ondermeer (...) de uitoefening van de geneeskunst".¹⁶ Op het advies van de Raad van State om niettemin nog verduidelijkingen aan te brengen werd overigens ingegaan.. Die vraag kan wegens op basis van de beschikbare plannen ter zake niet stellig worden beantwoord maar in het licht van het advies van de Raad van State is afstemming met de inhoud van het voormelde decreet alleszins noodzakelijk.

1.2.2.3. Wat kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden voor (onder meer) groepspraktijken betreft

"Er is nood aan een "equal level playing field" voor wat de kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden betreft die de gezondheidszorgbeoefenaren moeten naleven. Deze voorwaarden gelden ongeacht de setting waarbinnen de gezondheidszorgbeoefenaar werkzaam is. Ze zijn onder andere van toepassing op de individueel of in een groepspraktijk werkende gezondheidszorgbeoefenaar..."¹⁷. Ook hierover bevat het hervormingsvoorstel onvoldoende informatie om er pertinente vragen over te stellen. Maar in het licht van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, en vooral van de nieuwe bevoegdheid van de gemeenschappen voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen in de eerste lijn (artikel 5, §1, I, eerste lid, 6°, BWHI) kan men zich afvragen welke de ruimte is van de federale overheid op basis van haar bevoegdheid om de gezondheidszorgberoepen te regelen, om kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden te bepalen voor solopraktijken, groepspraktijken en andere samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn, door die voorwaarden op te leggen aan de gezondheidszorgbeoefenaars zelf. Ook op dit punt vragen we afstemming.

1.2.2.4. Wat de erkenning van de beroepstitel voor alle gezondheidszorgberoepen betreft:

Het hervormingsvoorstel wil voor alle gezondheidsberoepen de "erkenning van de beroepstitel" invoeren als een toegangsvoorwaarde voor de beroepsuitoefening¹⁸. Het zou gaan om een "harmonisatie van de procedure van toegang tot het beroep".

Daarbij wordt over het hoofd gezien dat voor belangrijke KB 78- (gezondheids)zorgberoepen zoals de arts, de tandarts, de apotheker, de kinesitherapeut en de verpleegkundige, met inbegrip van de meest recente - de klinisch psycholoog en de klinisch orthopedagoog - de erkenning van de beroepstitel thans geen toegangsvoorwaarde is. Voor sommige van die beroepen (bv. de kinesitherapeut) is de erkenning wel een toegangsvoorwaarde, maar die is niet gekoppeld aan een beroepstitel, wel aan een opleiding. Het is eerder de uitzondering dan de regel (bv. voor de vroedvrouw) dat de erkenning van de beroepstitel nu al als toegangsvoorwaarde geldt. Men kan zich dan ook afvragen of er wel van een "harmonisatie" kan gesproken worden; veeleer gaat het voor de meeste beroepen om een "innovatie". Waarom naast de reeds bestaande voorwaarden - namelijk het bewijs van een opleiding, het visum en desgevallend de inschrijving bij een Orde - nog een bijkomende voorwaarde wordt opgelegd, wordt nergens met argumenten onderbouwd. Men kan dan ook betwijfelen of deze voorwaarde zinvol is, ook gezien de zware administratieve lasten voor de gemeenschappen, die het toetsen van deze voorwaarde met zich zal brengen.

Het hervormingsvoorstel draagt aan de gemeenschappen op de erkenning van een beroepstitel op basis van de basisopleiding af te leveren. Voor zover er thans geen voorwaarde bestaat om een erkende beroepstitel te hebben (wat dus het geval is voor de meeste KB 78-beroepen), is dit een opdracht zonder voorwerp. Voor zover in de nieuwe

¹⁶ Gedr. St. VI. P., 2013-14, nr. 2430/1, blz. 186. Het advies dateert van 21 januari 2014 en dus van voor het van kracht worden van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, want dan zou wellicht in plaats van "geneeskunst" sprake zijn geweest van "gezondheidszorg" of "gezondheidszorgberoepen".

¹⁷ Zie onder "Maatschappelijke evoluties" in de rubriek "Algemeen" van de concepttekst.

¹⁸ Zie de rubriek "Toegang tot het gezondheidszorgberoep" van de concepttekst.

wettelijke regeling betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen de voorwaarde van een erkende beroepstitel voor alle gezondheidszorgberoepen zou worden ingevoerd, kan men zich de vraag stellen of de federale overheid de gemeenschappen kan opdragen deze beroepstitel te erkennen. Men zou hiervoor kunnen verwijzen naar de gemeenschapsbevoegdheid voor de erkenning van de gezondheidszorgberoepen, bepaald in artikel 5, § 1, I, eerste lid, 7°, BWHI. Maar het betreft hier een bevoegdheid, geen verplichting. Bovendien gaat hier om een "erkenning" zonder meer, niet van een beroepstitel. Dat is logisch omdat, toen deze bepaling bij de Zesde Staatshervorming werd goedgekeurd, er voor de meeste KB 78-beroepen, zoals nu nog steeds, geen erkenning van een beroepstitel bestond. Men dacht toen aan de erkenning zonder meer (zoals voor de kinesitherapeuten) of de erkenning van bijzondere beroepstitels.

De Vlaamse Gemeenschap heeft er veel belang bij dat een en ander wordt uitgeklaard. Als de voorwaarde van een erkende beroepstitel voor alle gezondheidszorgberoepen zou worden ingevoerd, worden, vergeleken bij de huidige situatie, de gemeenschappen met een onevenredig zware administratieve last opgezadeld.

1.2.3. Opmerkingen over de impact van de voorgestelde hervormingen op de werking van de Vlaamse overheid

1.2.3.1. Opmerkingen bij de erkenning van de beroepstitels voor alle gezondheidszorgberoepen

1.2.3.1.1. Werklastverschuiving doordat visum steeds erkenning door de bevoegde gemeenschap veronderstelt

Zoals hierboven al is gesteld, wordt in de hervormingsvoorstellen een uniforme toepassing voor het toekennen van het visum vooropgesteld. Het visum wordt uitgereikt nadat de erkenning van het basisdiploma van het gezondheidszorgberoep van de bevoegde gemeenschap werd bekomen.

Thans wordt er voor de basisdiploma's in de verpleegkunde (Bachelor in de verpleegkunde; gegradueerde in de verpleegkunde), in de vroedkunde (Bachelor in de vroedkunde), in de geneeskunde (master in de geneeskunde), in de tandheelkunde (Master in de tandheelkunde) geen erkenning afgeleverd door de Vlaamse gemeenschap, enkel een visum door de federale overheid.

Het nieuwe concept zou voor de Vlaamse Gemeenschap een verdubbeling van het aantal dossiers impliceren, wat met de huidige middelen niet kan verwerkt worden. En dit, terwijl een erkenning, louter en alleen op het basisdiploma, geen meerwaarde biedt.

Voor bovengenoemde types van diploma's zal de burger zich dus in de toekomst eerst naar de erkennende gemeenschapsoverheid moeten wenden in plaats van naar de federale overheid voor het visum, zoals nu het geval is. De federale overheid maakt, omwille van gemeenschappelijk gebruik van de applicatie ECAD, automatisch het visum aan, zonder enige bijkomende controle.

Afgezien van een mogelijke bevoegdheidsoverschrijding, heeft men hier te maken met een werklastverschuiving die gepaard gaat met hoge kosten voor de gemeenschappen.

1.2.3.1.2. Noodzaak tot afstemming van de regels voor het behoud van de erkenning, het behoud van het visum en de (eventuele) accreditering bij RIZIV.

De hervormingsvoorstellen doen het visum aan belang toenemen. Het visum wordt hervormd tot de professionele identiteitskaart van de gezondheidszorgbeoefenaar. De uitreiking van het visum wordt voor de gezondheidszorgbeoefenaar gekoppeld aan een verplichting tot het bijhouden van een portfolio. In het portfolio worden ook de bewijsstukken opgenomen waarmee de beroepsbeoefenaar aantoont zich voldoende te hebben bijgeschoold.

De controle op het visum gebeurt door de gezondheidsinspecteurs van de FOD Volksgezondheid en door de Toezichtkamer van de Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

In de huidige regelgeving bestaan er normen omtrent het behoud van de erkenning (bv. voor bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor verpleegkundigen, voor de bijzondere beroepstitels tandheelkunde, voor huisartsen, ...). De controle op het behoud van de erkenning valt thans onder de gemeenschapsbevoegdheid.

Er is nu onduidelijkheid over de overlapping van de controle op het behoud van de erkenning en het behoud van het visum met daaraan gekoppeld het bijhouden van het portfolio. Bij de uitwerking van het nieuwe concept van wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen moet ervoor gewaakt worden dat de normen omtrent het behoud van de erkenning en omtrent het behoud van het visum duidelijk op elkaar afgestemd worden zodat een naast elkaar bestaan van die diverse controles door de verschillende overheden vermeden wordt. Daarenboven bestaan er ook regels voor het geaccrediteerd zijn door het RIZIV, waaraan artsen, tandartsen en apothekers-biologen nu al moeten voldoen. Ook met die regels is afstemming noodzakelijk.

1.2.3.2. Opmerkingen bij het "bloembladmodel" met de gezondheidszorgberoepen

Bij het "bloembladmodel" met de verschillende gezondheidszorgberoepen¹⁹ is de vaststelling dat het gaat om een groot aantal, waaronder ook nieuwe beroepen. De invoering hiervan zal niet alleen grote inspanningen vragen qua regelgeving, maar zich ook doorvertalen naar het onderwijs, dat ten volle de bevoegdheid is van de gemeenschappen.

De Vlaamse Gemeenschap wil intensief betrokken worden bij de ontwikkeling van deze beroepen en de daaraan gekoppelde voorwaarden. Daarbij moet rekening gehouden worden met de eigen dynamiek en finaliteit van onderwijs, die zich immers niet beperkt tot het opleiden van jongeren tot één bepaald gezondheidszorgberoep.

Daarnaast wijst de Vlaamse Gemeenschap op het principe van leerladders, waarbij opleidingen op verschillende niveaus van de Vlaamse en Europese kwalificatiestructuur worden aangeboden. In functie van een optimale instroom in de opleidingen en doorstroom naar de sector is het belangrijk om deze leerladders te behouden. Voorbeelden bestaan onder andere binnen de domeinen die in de voorstellen benoemd worden als "geestelijke gezondheidszorg" (opleidingen psychologie op niveau 6 en 7, orthopedagogie op niveau 5, 6 en 7) of "hoor en spraak" (logopedie en audiologie op niveau 6 en 7), met telkens ook doctoraatsopleidingen die daar verder op aansluiten (op niveau 8).

Ook specifiek met betrekking tot het bloemblad dat in de voorstellen benoemd wordt als "verpleegzorg" herhaalt de Vlaamse Gemeenschap haar standpunt om de leerladder die nu bestaat met zorg- en verpleegkundige opleidingen op niveau 4 – 5 – 6 – 7 en 8 te behouden. Dit is essentieel voor zowel het onderwijs als voor de sector en de toekomstige zorgnoden.

De Vlaamse Gemeenschap kan niet akkoord gaan dat het beroep van zorgkundige niet is opgenomen. Daarnaast vraagt ze of het mogelijk is om de verzorgenden op te schalen tot zorgkundigen.

Naast de verpleegkundige is wel een "health care assistant" voorzien, waarvan de invulling echter niet wordt omschreven. De afwezigheid van enige omschrijving van dit nieuwe beroep verhindert om er in deze consultatieronde op in te gaan. De Vlaamse Gemeenschap vraagt hierover bijkomende uitklaring en overleg.

¹⁹ Zie op www.kb78.be de slides, blz. 33 en 41.

De Vlaamse Gemeenschap pleit binnen het domein dat in de voorstellen benoemd wordt als "verpleegzorg" voor een betere differentiatie tussen niveau 5 en niveau 6 opgeleide zorgverleners.

De HBO5-verpleegkundige blijft daarbij onverkort, net zoals vandaag, een verpleegkundige die autonoom kan functioneren en handelingsbevoegdheid heeft. De Vlaamse Gemeenschap wenst geen degradatie ten aanzien van de huidige autonomie en bevoegdheden, in het belang van de attractiviteit van de opleiding en de toekomstige zorgnoden.

Gelet op de vragen die met betrekking tot de "verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger" (zoals bedoeld in de Europese Richtlijn) zijn gesteld aan de Europese Commissie, pleit de Vlaamse Gemeenschap om tot de start van schooljaar 2017-2018 de tijd te nemen om beide pistes grondig te onderzoeken, enerzijds de piste van differentiatie en anderzijds de piste van het volledig conform maken van de HBO5-opleidingen aan de Europese Richtlijn.

Deze timing laat toe dat de piste van differentiatie resulteert in twee vernieuwde opleidingen (HBO5 en bachelor) waarvan de eerste afgestudeerden instromen in het werkveld in 2020. Deze piste kan geen impact hebben op de zorgkundigen.

1.2.4. Opmerkingen over de impact van de voorgestelde hervormingen voor de zorg- en bijstandsverleners en voor de (Vlaamse) regelgeving betreffende de zorg- en bijstandsverlening

1.2.4.1. Opmerkingen aangaande de draagwijdte van de definitie van gezondheidszorg

Het eerste deel van de definitie van "gezondheidszorg" luidt dus als volgt: "diensten met een diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan een patiënt, inclusief het daarbij individueel begeleiden van de patiënt".

In die definitie is er, vergeleken bij de huidige definitie, niet langer sprake van het "bevorderen" van de gezondheidstoestand van de patiënt waarmee op preventie wordt bedoeld. Nochtans stelt de toelichting bij de hervormingsvoorstellen bij de competentie "vakbekwaamheid" van een gezondheidszorgbeoefenaar zeer duidelijk dat de beroepsbeoefenaar ook het "preventief arsenaal van het vakgebied" goed moet toepassen²⁰ en bij de competentie "maatschappelijk handelen" dat "de beroepsbeoefenaar de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel bevordert"²¹ (dus gaat het niet enkel om preventie t.a.v. de individuele patiënt, maar ook een collectieve preventie wordt verwacht van de beroepsbeoefenaar). Uit het voorgestelde beroeps- en competentieprofiel van de gezondheidszorgbeoefenaars blijkt dus duidelijk de intentie om beoefenaars ook effectief te belasten met het "bevorderen van de gezondheidstoestand van de patiënt" zoals in de huidige definitie opgenomen is. Dit zou dus ook beter in de voorgestelde definitie van "gezondheidszorg" expliciet worden vermeld.

Onder "diensten met een therapeutisch doel" worden volgens de definitie verstaan, tussenkomsten die het behouden of het verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt tot doel hebben. Dit laatste moet, volgens de toelichting bij het hervormingsvoorstel, strikt worden geïnterpreteerd, maar er wordt niet verduidelijkt wat men daaronder precies verstaat²².

Nochtans is het niet onbelangrijk om te weten wat precies onder de "diensten met een diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan een patiënt" wordt verstaan. Immers, aan de hand van die omschrijving zal het onderscheid worden gemaakt tussen gezondheidszorg (CURE) en zorg (CARE). Volgens de toelichting bij de hervormingsvoorstellen zijn immers meerdere handelingen die door of krachtens de wet van 10 mei 2015 (KB 78) worden voorbehouden aan bepaalde

²⁰ Zie onder "1. Vakbekwaamheid" in de rubriek "Beroeps- en competentieprofiel" van de concepttekst.

²¹ Zie onder "5. Maatschappelijk handelen" in de rubriek "Beroeps- en competentieprofiel" van de concepttekst.

²² Er worden alleen een aantal voorbeelden van tussenkomsten vermeld die manifest geen therapeutisch doel hebben als hierboven omschreven hebben, zoals het uitvoeren van euthanasie.

gezondheidszorgbeoefenaars, veeleer CARE dan CURE en is het de bedoeling een aantal handelingen over te hevelen van CURE naar CARE. Maar om welke handelingen zal het dan meer concreet gaan (gezondheidstoestand opvolgen, koorts meten, ...)? Anderzijds zullen handelingen die thans gezondheidszorg zijn en die routinematig door de patiënt zelf of zijn omgeving worden verricht – en daardoor veeleer CARE-handelingen lijken – toch tot de gezondheidszorg blijven behoren. Welke handelingen worden hier bedoeld (stoma verzorgen, sondevoeding geven, ...)?

Ook in het licht van de omschrijving van het misdrijf van onwettige uitoefening van de gezondheidszorg is het van belang om precies te weten wat onder gezondheidszorg wordt verstaan. Alleen het stellen door een onbevoegde persoon van handelingen die onder de gezondheidszorg vallen, kan onder de delictsommschrijving vallen mits de handelingen beroepsmatig of met direct financieel voordeel worden verricht. Handelingen die geen gezondheidszorg maar zorg zijn, vallen zonder meer buiten de delictsommschrijving. De afbakening van de gezondheidszorg is dan van belang voor sommige welzijnsberoepen (verzorgenden in de thuiszorg, kinderverzorgsters, opvoeders in jeugd- en gehandicapteninstellingen...), die in de uitoefening van hun beroep activiteiten verrichten die thans nog tot de gezondheidszorg lijken te behoren.

Bij een eerste toetsing van de Vlaamse regelgeving betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg²³ aan (het eerste deel van) de voorgestelde definitie van "gezondheidszorg", zou daaruit kunnen worden afgeleid dat sommige taken van de zorg- en bijstandsverleners in de thuiszorg zullen worden beschouwd als "gezondheidszorg" (bv. de uitvoering van de zorgafspraken - artikel 2, 1°, c), van het BVR van 27 maart 2009²⁴) en dat het niet uit te sluiten valt dat sommige taken als "gezondheidszorg" te beschouwen zijn (bv. verband of steunkousen aanbrengen met uitzondering van compressie door middel van windels - artikel 2, 1°, b), 2), van het BVR van 27 maart 2009). Anderzijds zouden sommige taken die thans veeleer als gezondheidszorg worden aangemerkt, naar zorg kunnen verschuiven. Een meer concrete invulling van "gezondheidszorg" kan dan ook een invloed hebben op de Vlaamse regelgeving betreffende de zorg- en bijstandsverlening, alsook de protocollen die in die context op 24 februari 2014 tussen de federale overheid en de deelgebieden werden gesloten²⁵.

Het tweede deel van de definitie van "gezondheidszorg", nl. "diensten zonder diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan een patiënt, waartoe een gezondheidszorgbeoefenaar exclusief bevoegd is", sluit niet helemaal uit dat aan een gezondheidszorgbeoefenaar taken worden toevertrouwd die men veeleer als zorg (CARE) beschouwt. Alles zal ervan afhangen

²³ Decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening; BVR van 27 maart 2009 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg; Protocol van 24 februari 2014 betreffende de relatie tussen zorg- en bijstandsverleners van de erkende diensten voor thuishulp en beoefenaars van gezondheidszorgberoepen die werkzaam zijn in de thuiszorg.

²⁴ Artikel 2: "Voor wat de thuiszorg betreft, behoren de volgende activiteiten tot de zorgdimensies: 1° activiteiten die deel uitmaken van de zorgdimensie lichamelijke zorg: (...);

c) de uitvoering van zorgafspraken:

1) observeren en rapporteren volgens afspraak over temperatuur, mictie en stoelgang, waarneembare symptomen bij disfuncties en nevenwerkingen bij behandelingen, zoals ze werden aangegeven door de behandelende arts of verpleegkundige;

2) bijstand verlenen bij het gebruik van orale geneesmiddelen op voorschrift van een arts, toezien op het gebruik van geneesmiddelen, therapietrouw bevorderen en de stiptheid daarbij ondersteunen, bijstand verlenen bij het verzorgen van huidirritaties;

(...)."

²⁵ Het betreft de volgende protocollen: het Protocol betreffende de relatie tussen zorg- en bijstandsverleners van de erkende diensten voor thuishulp en beoefenaars van gezondheidszorgberoepen die werkzaam zijn in de thuiszorg, het Protocol betreffende de relatie tussen de personen die erkend zijn door Office de la Naissance et l'Enfance, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met attest van toezicht van Kind en Gezin, personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen en het Protocol betreffende de relatie tussen de beroepsbeoefenaars die in de sector voor hulp aan personen met een handicap werkzaam zijn en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen.

hoe ruim de omschrijving van de taken die tot de "exclusieve bevoegdheid" behoren, zal zijn.

1.2.4.2. Opmerking bij de omschrijving van de bevoegdheden per gezondheidszorgberoep

Als vroedvrouwen ook in de toekomst in de postnatale zorg na het postpartum tewerkgesteld moeten kunnen worden in Kind en Gezin²⁶, moeten ze polyvalent inzetbaar zijn in de gewone dienstverlening van de consultatiebureaus. Dan moeten zij elementaire verpleegkundige handelingen, zoals vaccineren, kunnen stellen. Er moet dan ook voor worden gewaakt dat o.a. het vaccineren door vroedvrouwen niet verboden wordt doordat die handeling exclusief aan andere gezondheidszorgberoepen wordt voorbehouden. Of een vroedvrouw effectief bekwaam is om te vaccineren, zal moeten blijken uit de ervaring, het behoud van het visum en de portfolio met bewijsstukken van gevolgde opleidingen.

1.2.4.3. Opmerkingen met betrekking tot het misdrijf van onwettige uitoefening van de gezondheidszorg

De voorgestelde formulering van het misdrijf van onwettige uitoefening van de gezondheidszorg – waarbij er alleen een misdrijf is bij het beroepsmatig of met een direct financieel voordeel verrichten van handelingen van gezondheidszorg - lijkt een oplossing te bieden voor problemen die zich thans stellen in de kinderopvang, de sector personen met een handicap, jeugdzorg en in het onderwijs. Toch heerst er in die sectoren en ook in de sector van de thuiszorg nog enige onzekerheid.

Zullen zorg- en bijstandsverleners in de thuiszorg, die in de uitoefening van hun beroep en volgens de regelgeving die hun beroep regelt, enkele handelingen stellen die als gezondheidszorg zullen of kunnen worden aangemerkt²⁷, voor het stellen van die handelingen kunnen aanvoeren dat ze die niet "beroepsmatig" verrichten omdat hun beroep niet primair gericht is op het verstrekken van gezondheidszorg? Wellicht wel, al zou dit dan best worden verduidelijkt in de toelichting bij de hervormingsvoorstellen. In het andere geval zouden ze zich enkel kunnen beroepen op de figuur van de "bekwame helper". Nog afgezien van de onduidelijkheid over wie als "bekwame helper" kan worden beschouwd, zijn de voorwaarden die aan een "bekwame helper" worden gesteld echter strenger dan die thans gesteld worden om de handelingen in kwestie te stellen²⁸. Uit het voorstel blijkt dat "bekwame helpers" niet gezondheidszorgbeoefenaars zijn. Betekent dit

²⁶ Cf. Voorstel tot resolutie van het Vlaams Parlement dd. 6 juli 2016.

²⁷ Het gaat in hoofdzaak om de taken betreffende de uitvoering van de zorgafspraken (artikel 2, 1^o, c), van het BVR van 27 maart 2009). Hier voorziet dat BVR al in een procedure: die taken mogen enkel worden uitgeoefend op voorwaarde dat daarover duidelijke afspraken gemaakt zijn met de overige bij de zorgsituatie betrokken professionele zorgverleners. Die afspraken moeten schriftelijk worden vastgelegd of deel uitmaken van het individuele zorgplan dat voor de gebruiker opgemaakt wordt (artikel 4 BVR 27 maart 2009). Deze procedure is conform artikel 8 van het Protocol van 24 februari 2014 waarin men verwijst naar het K.B. nr. 78 ("deze taken kunnen, overeenkomstig het koninklijk besluit nr. 78, enkel worden verricht door een zorg- en bijstandsverlener wanneer ... (omschrijving van de voorwaarden)"). De vraag is of de zorg- en bijstandsverleners in de toekomst deze handelingen nog verder zullen kunnen uitoefenen op basis van dit Protocol van 24 februari 2014 als de regeling van het KB nr. 78 wordt gewijzigd.

²⁸ Onder andere de volgende voorwaarden gelden voor de "bekwame helper":

- er een begeleiding is van een gezondheidszorgbeoefenaar t.a.v. een niet-gezondheidszorgbeoefenaar, welke desgevallend voorziet in een specifieke opleiding;
- de gezondheidszorgbeoefenaar draagt de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van de verstrekkingen door de niet-gezondheidszorgbeoefenaarde verstrekking kadert in een voor een specifieke patiënt opgestelde procedure of behandelplan; de gezondheidszorgbeoefenaar stelt een document op met de identiteit van de patiënt en van de bekwame helper die de toelating heeft gekregen. Dit document bepaalt eveneens de toegelaten verstrekkingen, de duur van de toelating evenals de eventuele bijkomende voorwaarden die door de gezondheidszorgbeoefenaar gesteld worden voor het uitoefenen van de verstrekkingen.

dat taken niet kunnen gedelegeerd worden door een gezondheidszorgbeoefenaar (andere dan arts) aan een andere gezondheidszorgbeoefenaar?

Ook in de sector van de kinderopvang, personen met een handicap en integrale jeugdhulp, waar het verstrekken van gezondheidszorg duidelijk geen primair doel is, blijkt er nog onzekerheid te bestaan of in het licht van het generiek omschreven misdrijf van onwettige uitoefening van de gezondheidszorg, medewerkers in de kinderopvang (kinderbegeleiders) als mantelzorger – standpunt van Kind en Gezin - dan wel als “bekwame helper” moeten worden beschouwd, temeer omdat niet echt duidelijk is wat onder laatstgenoemd begrip moet worden verstaan.

Personeelsleden werkzaam in onderwijs, worden geconfronteerd met de vraag van ouders om bepaalde handelingen te stellen die beschouwd worden als handelingen die enkel door gezondheidszorgberoepen kunnen worden gesteld (bv. het toedienen van medicatie op voorschrift aan een leerling). Net zoals dit binnen de sector van de kinderopvang het geval is, is binnen de sector onderwijs het verzorgen van leerlingen geen primair doel, noch wordt er een direct financieel voordeel uit gehaald. Toch zorgen maatschappelijke evoluties (cf. het decreet van 21 maart 2014 betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften, kortweg het M-decreet) ervoor dat steeds meer leerlingen met specifieke zorgbehoeften deelnemen aan het gewoon onderwijs, wat de nodige uitdagingen met zich meebrengt. In het licht daarvan is onderwijs – net als Kind en Gezin – van oordeel dat bepaalde zorgen die de betrokken leerlingen nodig hebben, en die ook door mantelzorgers kunnen worden verricht, autonoom moeten kunnen worden uitgevoerd door personeel, werkzaam in het onderwijs. Ook de VLOR pleit voor het creëren van een duidelijk en beschermend juridisch kader dat rechtszekerheid biedt voor het personeel en voor de nodige omkadering waarbinnen sommige onderwijsprofessionals met respect voor hun kernopdracht, een beperkt aantal verzorgende en verpleegkundige handelingen kunnen stellen bij leerlingen op school, op vraag van de leerling (bv. het toezicht houden op het innemen van bepaalde medicatie volgens voorschrift van de behandelende arts)²⁹.

2. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE BEGROTING VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Het voorstel betreft een standpuntbepaling bij een federale concepttekst. Deze standpuntbepaling heeft geen budgettaire weerslag.

Volgens artikel 15, §2, 4^o, van het BVR van 19 januari 2001 houdende regeling van de begrotingscontrole en –opmaak is het advies van de Inspectie van Financiën niet vereist voor “beslissingen op krachtlijnen die voorafgaan aan een definitieve beslissing, zoals goedkeuring van conceptnota's, visienota's, groen- of witboeken, op voorwaarde dat die beslissingen uitdrukkelijk vermelden dat ze nog geen enkel financieel of budgettair engagement inhouden”.

3. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE LOKALE BESTUREN

Het voorstel heeft geen weerslag op het personeel, de werkingsuitgaven, de investeringen en schulden en de ontvangsten van de lokale besturen.

4. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP HET PERSONEELSBESTAND EN DE PERSONEELSBUDGETTEN

Het voorstel heeft geen weerslag op het personeelsbestand en de personeelsbudgetten.

²⁹ Advies van 28 januari 2016 over verzorgende en verpleegkundige handelingen in het basis- en secundair onderwijs.

5. KWALITEIT VAN DE REGELGEVING

Aangezien er geen sprake is van een regelgevend initiatief van de Vlaamse overheid, is er geen wetgevingstechnisch advies, taalkundig advies of reguleringssimpactanalyse vereist. JoKER is hier tevens niet van toepassing.

6. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering neemt akte van dit standpunt en geeft de machtiging aan de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid en de minister bevoegd voor onderwijs op basis van dit standpunt het overleg met de federale overheid te voeren.

Deze beslissing houdt geen enkel financieel of budgettair engagement in.

Hilde CREVITS
De Viceminister-president van de Vlaamse Regering en
Vlaams minister van Onderwijs,

Jo VANDEURZEN
Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin,