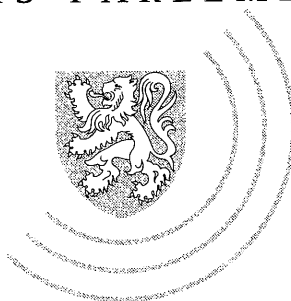


# V L A A M S   P A R L E M E N T



Zitting 1996-1997

10 januari 1997

## **ONTWERP VAN DECREET**

**betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen**

## **VERSLAG**

**namens de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin  
uitgebracht door de heer Marc Olivier**

*Samenstelling van de commissie :*

*Voorzitter :* mevrouw Trees Merckx-Van Goey.

*Vaste leden :* mevrouw Sonja Becq, mevrouw Brigitte Grouwels, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, de heren Marc Olivier, Bart Vandendriessche ;

mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens, de heer Etienne De Groot ;

de heer Peter De Ridder, mevrouw Kathy Lindekens, de heer Guy Swennen ;

de heren Wilfried Aers, Felix Strackx ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel.

*Plaatsvervangers :*

de heren Leo Cannaerts, Johan De Roo, mevrouw Veerle Heeren, de heer Hugo Marsoul, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen ;

de heer Jacques Devolder, mevrouw Marleen Vanderpoorten, mevrouw Sonja Van Lindt ;

de heren Fred Dielens, Johnny Goos, Jacky Maes ;

de heren Frank Creyelman, Karim Van Overmeire ;

de heer Herman Lauwers ;

de heer Jos Stassen.

---

*Zie :*

**367** (1995-1996)

- Nr. 1 : Ontwerp van decreet
- Nrs. 2 tot 4 : Amendementen
- Nr. 5 : Verslag over hoorzitting

## INHOUDSOPGAVE

Blz.

|                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Algemene bespreking                                                                                                  |    |
| 1.1. Toelichting door mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaamse minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid | 4  |
| 1.2. Vragen en bedenkingen van de leden                                                                                 | 6  |
| 1.3. Antwoord van de minister en replieken van de leden                                                                 | 8  |
| 2. Artikelsgewijze bespreking en stemming                                                                               | 11 |
| 3. Eindstemming                                                                                                         | 31 |
| Tekst aangenomen door de commissie                                                                                      | 32 |
| Bijlagen                                                                                                                | 35 |

De Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin behandelde het ontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen op 20 en 26 november, 5 en 11 december 1996.

## 1. Algemene bespreking

### **1.1. Toelichting door mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaamse minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid**

Dit ontwerp van decreet beoogt een kader te creëren voor de ondersteuning van de kwaliteitszorg in de Vlaamse verzorgingsinstellingen.

In vele opzichten is het ontwerp van decreet vernieuwend voor het zorgveld in Vlaanderen :

1. Het is de eerste maal dat Vlaamse Gemeenschap zelf erkenningsnormen uitvaardigt voor de intramurale sector en dit binnen de klijtlijnen inzake bevoegdheidsverdeling van de bijzondere wet van 8 augustus 1980. Uiteraard strekt dit ontwerp van decreet verder dan de ziekenhuissector. Het ontwerp van decreet richt zich tot alle verzorgingsvoorzieningen, nl. centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's), samenwerkingsinitiatieven thuiszorg (SIT's), en rust- en verzorgingstehuizen (RVT's). De uitvoeringsbesluiten zullen aangepast worden aan de verschillende soorten voorzieningen. De doelstellingen zijn dezelfde doch de uitwerking kan verschillend zijn.
2. Dit ontwerpdecreet bevat normen die de voorzieningen zelf verantwoordelijk stellen voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit in de zorg. Het zal de voorzieningen ertoe aanzetten om zelf een aantoonbaar kwaliteitsbeleid te voeren.
3. Dit ontwerpdecreet luidt een omwenteling in op het vlak van overheidsdenken : er grijpt immers een verschuiving plaats van de aandacht voor structurele elementen van de zorg (zoals bouwkundige normen) naar processen en resultaten van de zorg.

#### *Een groeiend kwaliteitsbewustzijn*

Zowel in binnen- als buitenland wordt meer en meer aandacht besteed aan de kwaliteit van de zorgverlening. Zo heeft het Europees Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie de

kwaliteit van de zorg gepromoveerd tot één van haar doelstellingen, in het kader van de Gezondheid voor Allen-strategie (doel 31) :

"Tegen het jaar 2000 moeten er in alle lidstaten structuren en processen aanwezig zijn, waarmee de continue verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening, alsook een geschikte ontwikkeling en gebruik van technologieën kan gegarandeerd worden."

Dit groeiend kwaliteitsbewustzijn wordt aangewengeld vanuit meerdere hoeken. Vooreerst is er de snelle evolutie in medische wetenschap en technologie waardoor het aantal potentiële medische interventies sterk is uitgebreid. Accurate kennis omtrent welke interventies aangewezen zijn voor welke patiëntenindicaties wordt dan ook meer en meer noodzakelijk. Deze behoefte aan kennis wordt nog versterkt door het feit dat de uitgaven voor gezondheidszorg het groeiritme van de medische technologie niet kunnen volgen, zodat keuzes noodzakelijk zijn.

Daarenboven zijn de patiënten/cliënten mondiger en terecht veeleisender geworden en wensen zij in toenemende mate overtuigd te worden van het nut en de kwaliteit van de zorg die aan hen of hun naasten verleend wordt. Belangrijk is dat aan de patiënten/cliënten de nodige informatie verschaft wordt zodat zij mee kunnen oordelen over de zorg die hen verleend wordt. Op lange termijn zal dit trouwens leiden tot een verbetering in de relatie tussen de zorgverlener en de zorgvrager.

De verdere ontwikkeling van kwaliteitssystemen wordt ten slotte ondersteund door de snelle evoluties in de informatica.

In de commerciële wereld is men reeds eerder tot het inzicht gekomen dat een managementfilosofie op basis van integrale kwaliteitszorg, continue kwaliteitsverbetering uiteindelijk leidt tot betere producten en diensten tegen lagere kosten, en tot een grotere flexibiliteit om in te spelen op de wijzigende behoeften van de bevolking en van het personeel.

Die managementfilosofie gaat principieel uit van een beleid m.b.t. het normeren, toetsen en verbeteren van alle processen die zich in een organisatie afspelen. Kwaliteitszorg beperkt zich duidelijk niet tot de strikte zorgverlening maar heeft ook betrekking op alle ondersteunende en organisationele processen. Omdat alle processen worden geanalyseerd, is ook alle personeel hierbij betrokken. Typerend voor het kwaliteitsbeleid is dan ook dat



het 'integrale' kwaliteitszorg vooropstelt als primaire werkmethode. Belangrijk is de achterliggende doelstelling : "maximaal inspelen op de cliëntenverwachting". Dit houdt o.m. in : de waarde van het afgeleverde product of dienst vermeerderen zonder verhoging van de kostprijs. In die optiek ressorteren onder kwaliteitsbeleid dan ook alle maatregelen van het management die moeten mogelijk maken dat medewerkers op een coherente manier werken aan de verbetering van alle processen in de organisatie, van resultaten in dienst van patiënt/cliënt.

Dit beleid omvat drie componenten :

1. richting geven aan de kwaliteitsverbetering. Dit impliceert het formuleren van kwaliteitsdoelstellingen, – prioriteiten, en een visie op kwaliteit ;
2. sensibiliseren van het personeel en het creëren van de juiste ingesteldheid om op een systematische manier aan kwaliteitsverbetering te werken ;
3. creëren van systemen die de medewerkers in staat stellen hun kwaliteitsverbeteringsacties vorm te geven, zoals toetsingssystemen, kwaliteitskringen, opleidingen, ondersteuningsvormen ... Medewerkers die participeren aan de kwaliteitsverbetering moeten op de hoogte gebracht worden van de verbeteringen die zij realiseren. Zeer belangrijk is de motivatie van het personeel.

#### *Overheidsbeleid inzake kwaliteitszorg*

Het management van de kwaliteit van de productieprocessen en de kwaliteitscontrole van de eindproducten, is een professionele bekommernis – een reflex a.h.w. – in industriële kringen, die daarvoor trouwens een aanzienlijke budgettaire inspanning leveren. De kwaliteit van hun eindproducten is immers bepalend voor het welzijn van het bedrijf. Analooq daaraan mag redelijkerwijze worden verwacht van verzorgingsvoorzieningen dat zij een kwaliteitsbeleid voeren en een kwaliteitssysteem implementeren dat garant staat voor de hoogst mogelijke kwaliteit van gezondheid van hun cliënten en van de zorg voor hun dienst. De kwaliteit van de gezondheid van de cliënt mag worden begrepen als het eindproduct van verzorgingsvoorzieningen. De kwaliteit van dit eindproduct wordt geconditioneerd o.m. door de aard en de inhoud van de interventies in processen die er toe leiden.

Dat alleen kan reeds voldoende illustreren dat verzorgingsvoorzieningen de bezorgdheid om kwaliteit gemeen zouden hebben met de industrie. De gezondheidszorg verschilt wezenlijk van de commerciële en industriële sectoren. Het grote verschil is namelijk dat de gezondheidszorg een belangrijk menselijk aspect in zich heeft dat niet op IKZ-wijze te beheren is. Probeert men dat toch, dan verliest de gezondheidszorg een groot stuk van zijn authentieke menswaardigheid.

De gezondheidszorg verschilt ook sterk van de welzijnszorg : de omgeving die genormeerd wordt is sterk verschillend. In de gezondheidszorg is de technische component veel belangrijker. Ook het institutioneel kader is verschillend. De bevoegdheid is wat de gezondheidszorg betreft ten dele federaal, en dat bepaalt hoever men in de Vlaamse normering kan gaan, en welke juridische technieken men moet toepassen. Om die redenen kan dan ook niet ingegaan worden op de opmerking van de SERV om voor het geheel van de persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 128 § 1 van de Grondwet in één decreet te voorzien.

1. Cliënten van verzorgingsvoorzieningen zitten als hulpvragers doorgaans in een positie die gekenmerkt is door een grote mate van afhankelijkheid. Door het feit dat de gemeenschap bovendien in belangrijke mate bijdraagt tot de financiering van de zorg – wat op zich een belangrijke verworvenheid is – wordt de ervaring van afhankelijkheid nog versterkt.

Zonder bijzondere alertheid kan de afhankelijkheidspositie van de cliënt spontaan leiden tot een paternalistische of bevoogdende reflex vanwege de zorgverstrekker. Zo wordt de cliënt in een relatief passieve rol gebracht van waaruit hij de aangeboden zorgprocessen nauwelijks nog kritisch kan beoordelen.

2. Daarenboven komen onwetende cliënten vaak in zeer complexe en bureaucratische organisaties terecht, waarin zij opeenvolgend worden geconfronteerd met het gefragmenteerde zorgaanbod van de verschillende disciplines en deskundigen. Dat alles kan bij cliënten de beleving versterken van onmacht met betrekking tot beslissingen en interventies die de eigen persoon en gezondheid aangaan. Kwaliteitsverbetering moet voelbaar zijn in de relatie tussen zorgverstrekker en zorgvrager.

Ongetwijfeld besteden de voorzieningen momenteel reeds veel aandacht aan de kwaliteit van hun dienstverlening. De kwaliteitsgedachte is wellicht

zo oud als de zorg zelf. Directies, medici en het verpleegkundig, paramedisch en verzorgend personeel zijn ongetwijfeld steeds en voortdurend bekommerd om de kwaliteit van wat zij doen. De overheid is ervan overtuigd dat er in de routinewerking reeds heel wat inspanningen gebeuren. Heel wat voorzieningen zetten systemen op, maar nog niet systematisch. Het is nuttig om te kijken wat er reeds bestaat op het terrein, zowel in België als in het buitenland. Bestaande systemen en systemen die opgezet worden, moeten ontleed en geëvalueerd worden.

Maar de Vlaamse overheid wil nog een stap verder gaan, door niet enkel een kwaliteitsbeleid te eisen van ziekenhuizen, maar ook van andere types verzorgingsvoorzieningen. Bovendien wil de Vlaamse overheid geleidelijk een integrale, i.p.v. een geïntegreerde aanpak stimuleren. Het kwaliteitsbeleid moet een permanente bekommernis zijn van alle betrokkenen, alle medewerkers in de verzorgingsvoorziening. Het huidige kwaliteitsbeleid dat ingebed is in de ziekenhuiswetgeving is fragmentarisch, omdat het slechts bepaalde – weliswaar uitermate belangrijke – aspecten van kwaliteitsbeleid benadrukt. Die aspecten worden meestal onder de verantwoordelijkheid van één functie, discipline of comité geplaatst. Dit is inderdaad een zeer zinvolle eerste stap, maar onvoldoende om te garanderen dat de bekommernis om kwalitatief goede zorg een permanent karakter krijgt op alle echelons van de voorziening, bij alle betrokken medewerkers. Door een kwaliteitsdecreet specifiek voor de verzorgingsvoorzieningen beoogt de Vlaamse overheid een meer globale, een coherente aanpak.

Maar toch doen een aantal vaststellingen vragen rijzen. Zo bijvoorbeeld heeft de substantiële verhoging van de uitgaven/inwoner voor gezondheidszorg in de twee laatste decennia niet geleid tot een evenredige winst in levenskwaliteit noch levensverwachting. Ook blijft het een feit dat overbodige ziekenhuisopnamen, overbodige bloedtransfusies, medische fouten en verkeerde medicatietoediening nog steeds blijven voorkomen.

#### *Bevoegdheid en opdrachten van de Vlaamse Gemeenschap*

De federale minister van Volksgezondheid heeft het ontwerp van decreet voor het Overlegcomité gebracht naar aanleiding van het advies van de Raad van State. In zijn advies stelt de Raad van State ten onrechte dat de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd is om een regeling uit te werken zoals in het ontwerp van decreet.

De gemeenschappen zijn op grond van artikel 5, § 1, I, 1° van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen, "wat het gezondheidsbeleid betreft", principieel bevoegd voor "het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen". Als principieel bevoegde overheden beschikken zij dienaangaande over de volheid van bevoegdheid onder voorbehoud van de bij de bijzondere wet tot hervorming der instellingen bepaalde beperkingen en uitzonderingen. De bevoegdheden die aldus aan de federale overheid werden voorbehouden inzake het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, moeten als uitzonderingen op de principiële bevoegdheid van de gemeenschappen restrictief uitgelegd worden.

Als dergelijke restrictief te interpreteren (federale) uitzonderingen op de principiële bevoegdheid van de gemeenschappen inzake het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, gelden in dit verband meer in het bijzonder : "a) de organieke wetgeving", en "f) de nationale erkenningsnormen voor zover ze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving ; c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering ; d) de basisregelen betreffende de programmatie ; e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur". (Zie advies van advocaat P.Peeters als bijlage)

#### **1.2. Vragen en bedenkingen van de leden**

Mevrouw Patricia Ceysens meent uit de hoorzitting van 21 november 1996 te kunnen afleiden dat zowel vanuit de oppositie als vanuit het veld zelf de vraag bestaat naar één omvattend decreet voor de gehele non-profitsector, zowel voor de verzorgings- als de welzijnsvoorzieningen, betreffende de IKZ. Die vraag is niet alleen het gevolg van de bekommernis om de RVT-bedden, maar ook van de bekommernis om een zorgvuldige decreetgeving, met aandacht voor eensluidende begrippen en definities. Met twee verschillende decreten valt te vrezen dat de daarin gehanteerde definities niet uniform zullen zijn. In de praktijk zal dat aanleiding geven tot oeverloze discussies. Vandaar de vraag om het voorliggende decreet voor overleg terug mee te nemen naar de regering, om er één decreet van te maken, geldend voor de welzijns- en verzorgingsvoorzieningen. Als dit niet kan, moeten

minstens de definities van de twee verschillende decreten op elkaar worden afgestemd.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel sluit zich aan bij de vraag van mevrouw Patricia Ceysens. Daarnaast vestigt zij de aandacht op de toenemende complexiteit van de hulp- en dienstverleningsvragen, de toenemende vraag naar zorg op maat en naar naadloze zorg. Dit zijn belangrijke elementen om te werken aan kwaliteit in het algemeen en het werken aan en met een kwaliteitssysteem in het bijzonder.

Zij sluit zich aan bij de intentie van de minister om de kwaliteit en de kwaliteitsbewaking op te voeren. Een decreet op zich volstaat niet. Er is een rijpingsproces en een groeiproces nodig naar het beoogde kwaliteitssysteem. Bovendien mogen in de ijver om te rationaliseren, de inhoudelijke en kwaliteitsaspecten van het beleid niet uit het oog worden verloren. Een van de belangrijkste uitgangspunten voor een goede besluitvorming is de formule  $E = A \times K$ , of, effectiviteit is gelijk aan het product van aanvaardbaarheid en kwaliteit van het besluit. Omtrent de aanvaardbaarheid wordt de aanpak van de minister soms omschreven als academisch of eigengereid, tot dominerend, betuttelend, en als een regelrechte top-downbenadering. Er is nauwelijks overleg geweest met de sector. Door een lage aanvaardbaarheid zou de effectiviteit van het beleid ernstig in het gedrang kunnen komen.

Betreffende de kwaliteit van het voorliggende decreet vraagt mevrouw Ria Van Den Heuvel zich af of de nadruk op controle en beheersing niet in tegenspraak zijn met de kwaliteitsvraag, of het jaarlijks centraal bepalen van de specifieke thema's wel verzoenbaar is met de diversiteit van de voorzieningen, en of de kwaliteitscoördinator wel kan werken zonder extra middelen. Bovendien rijst de vraag of dit decreet, dat geschreven is op maat van de ziekenhuizen, wel toepasbaar is in de kleinere voorzieningen. Een overgangperiode van 3 jaar is veel te kort, en daarnaast is er ook de vraag of de Vlaamse Gemeenschap wel de bevoegdheid heeft om een dergelijke regeling uit te werken.

De heer Bart Vandendriessche looft de invalshoek van het voorliggende decreet. Het doel is het continu waarborgen van de kwaliteit van de verzorging voor de patiënt, gekoppeld aan de middelen die in deze sector moeilijk nog kunnen worden verhoogd. Hierdoor moet een verbeterde doelmatigheid worden nagestreefd, terwijl anderzijds de toegankelijkheid wordt verhoogd, zoals in artikel 3 zeer duidelijk is aangegeven. Deze hoge toegankelijkheid is overigens een terechte vraag van de maatschappij,

aangezien het hier een zwaar gesubsidieerde sector betreft. De kwaliteit van de verzorging werd tot op heden echter uitsluitend in kwantitatieve gegevens opgelegd en beoordeeld.

Het is echter nodig om aan de betrokken sector een overgangperiode te gunnen, waarin zelfcorrigerend kan worden gewerkt in de richting van de door de overheid beoogde normen, om zo de dynamiek van de voorzieningen en het personeel niet te breken.

Tot slot wijst de heer Bart Vandendriessche erop dat twee afzonderlijke decreten vooral de RVT's voor onoverkomelijke problemen zal plaatsen. Vooral wat de uitvoeringsbesluiten betreft, is meer overleg met de sector noodzakelijk om de aanvaarding en dus ook de effectiviteit van de regelgeving te verhogen. Deze regelgeving is te zeer gericht op de grote ziekenhuizen, waardoor ze in kleine voorzieningen moeilijk toepasbaar is. De kans is reëel dat in kleine voorzieningen bij gebrek aan personeel, de hulpverlening zal te lijden hebben onder de verplichtingen van dit decreet. In kleine voorzieningen zijn het vaak de hulpverleners zelf die de directeursfunctie waarnemen. Indien zij er nog de functie van kwaliteitscoördinator moeten bijnemen zal hun werk als hulpverlener onvermijdelijk moeten inkrimpen.

Mevrouw Kathy Lindekens is blij dat er wordt nagedacht over de verbetering van de kwaliteit in de verzorgingssector. Enerzijds is er de gebruikelijke weerstand tegen vernieuwing, maar anderzijds is er bij de mensen die kort bij de patiënten staan, zeker het geloof in de noodzaak tot verbeteringen. Voor hen is het nodig dat er een aantal normen en richtlijnen worden vastgelegd waarbinnen zij hun taak kunnen uitoefenen en die hen, via de verhoogde kwaliteitszorg, ook meer arbeidsvreugde zal schenken.

Precies om naast de technische aspecten, ook de nadruk te leggen op de patiëntgerichtheid, werden een aantal amendementen ingediend. Omdat de geplande hervormingen ook heel wat menselijke inspanningen vergen, wordt ook gevraagd om in het kader van het Vlaamse banenplan te onderzoeken of geen extra personeel kan worden agetrokken om de patiëntgerichtheid in de non-profit-sector te verhogen.

Mevrouw Yolande Avontroodt verwijst naar het advies van de Raad van State dat uitdrukkelijk stelt dat de in de memorie van toelichting aangevoerde stelling betreffende de bevoegdheid van de Vlaamse regering, hoogst betwistbaar is. Indien in

een later stadium de uitvoering van het voorliggende decreet door benadeelden voor de Raad Van State wordt betwist, dreigt de rechtszekerheid zeer beperkt te zijn. In dit verband wordt de vraag gesteld naar de identiteit van de grondwetsspecialisten door wie de minister zich liet adviseren, en wat de inhoud van hun advies was, naast de vraag of de Vlaamse regering betreffende de persoonsgebonden materies de interpretatie volgt van de Raad Van State of van het Arbitragehof.

Om het gevaar van overreglementering en dubbele fiscale lasten te vermijden, wordt de vraag gesteld waarom de Vlaamse regering niet is ingegaan op de suggestie van de Raad van State om, gelet op de bestaande bevoegdheidsverdeling tussen de gemeenschappen en de federale overheid, het systeem van IKZ middels een samenwerkingsakkoord op te zetten. Tot slot wordt gewezen op het groot aantal nieuwe functies dat in dit decreet wordt gecreëerd, en dat ongetwijfeld zal aanleiding geven tot een beduidende meerkost. Concreet wordt ook de vraag gesteld of de commissie niet bij het uitvaardigen van de uitvoeringsbesluiten kan worden betrokken.

De heer Etienne Van Vaerenbergh deelt de vrees van de vorige sprekers voor twee uiteenlopende reglementeringen voor de IKZ in de non-profitsector. De kleine instellingen zullen hiervan de dupe worden, mede omdat een aantal van de opgelegde reglementeringen op kleine schaal niet uitvoerbaar zijn. Zij hebben immers niet voldoende geld en personeel om de gestelde normen te halen. Indien toch twee verschillende decreten tot stand komen, moeten deze samen worden besproken om tegenstrijdigheden op te sporen en weg te werken.

Ook de heer Etienne De Groot verwijst naar het advies van de Raad Van State en de scherpe bewoordingen waarin deze stelt dat de Vlaamse gemeenschap in deze materie onbevoegd is. Nochtans kan de Vlaamse regering binnen zijn bevoegdheden impulsen geven om de kwaliteit van de verzorgingsinstellingen te verhogen. Hij wijst op de voortdurende besparingen die de kwaliteit van de gezondheidszorg in gevaar brengen. Het personeel wordt overbelast met administratieve taken waarvoor het niet is opgeleid. Bovendien werd de ligdagprijs gedurende 5 jaar door de federale overheid niet aangepast, waardoor voor effectief gemaakte onkosten onvoldoende werd aangerekend. Alleen al door de aspecten te verbeteren binnen de eigen bevoegdheid, kan de Vlaamse regering de kwaliteit van de verzorging in aanzienlijke mate verbeteren.

Voor Mevrouw Sonja Becq bestaat er weinig discussie over de noodzaak tot kwaliteitsverbetering. Het is echter haar bekommernis dat de voorziene overgangsfase te beperkt is. De kwaliteitsindicatoren zijn op maat gesneden van de grote ziekenhuizen, waardoor ze moeilijk toepasbaar zijn op andere instellingen. De vraag is ook hoe inhoudelijke indicatoren kunnen worden toegepast op kleine groepen van instellingen en voor de SIT's. Tenslotte rijst de vraag hoe patiënten, eventueel via ombudsdiensten, bij het structurele beleid kunnen worden betrokken.

De heer Marc Olivier vraagt dat er een duidelijk overzicht wordt gegeven van de verschillende stappen die de regering heeft genomen om klaarheid te brengen in de bevoegdheidsproblematiek. Bovendien zou het wenselijk zijn dat de inhoud van de betrokken adviezen aan de commissieleden ter inzage wordt voorgelegd.

### ***1.3. Antwoord van de minister en replieken van de leden***

- Betreffende de bevoegdheid van de Vlaamse regering

Betreffende het al dan niet bevoegd zijn van de Vlaamse Gemeenschap om regelgevend op te treden, verwijst minister Wivina Demeester-De Meyer naar het overzicht van de gevolgde procedures en geraadpleegde instanties dat als bijlage opgenomen is.

Belangrijk in de bevoegdheidsproblematiek, is de stelling van de Vlaamse regering dat het hier niet handelt over de financiering of het uitvaardigen van een basisreglementering, maar slechts om een bijkomende reglementering die binnen de afbakening valt van artikel 5, §1, I, 1° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, waarin het hele beleid betreffende de zorgverstrekking wordt overgedragen, met uitzondering van een aantal aangelegenheden. De gemeenschappen zijn dus op grond van artikel 5, §1, I, 1° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen "wat het gezondheidsbeleid betreft", principieel bevoegd voor "het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen". Als principieel bevoegde overheden beschikken zij dienaangaande over de volheid van bevoegdheid onder voorbehoud van de bij de bijzondere wet tot hervorming der instellingen bepaalde beperkingen en uitzonderingen. De bevoegdheden die aldus aan de federale over-

heid werden voorbehouden inzake het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verpleeginrichtingen, moeten als uitzonderingen op de principiële bevoegdheid van de gemeenschappen restrictief uitgelegd worden.

Gegeven deze dossierafwikkeling, stelt de minister, kan dit ontwerp van decreet aan het Vlaams Parlement worden voorgelegd. Bovendien kan de federale regering, indien zij dit wenst, dit dossier slechts bij het Arbitragehof aanhangig maken vanaf het ogenblik dat het decreet in het Vlaams Parlement wordt goedgekeurd. Die procedure laat toe om volledige klaarheid te brengen in de problematiek van de bevoegdheidsverdeling.

Eenzelfde scenario, met een soortgelijk negatief geformuleerd advies van de Raad van State, heeft zich trouwens reeds voorgedaan m.b.t. het VIPA-decreet, en het uitvoeringsbesluit inzake de financiering van de ziekenhuizen. In dit dossier heeft de federale regering uiteindelijk geen beroep aangetekend.

- Eén of twee decreten voor de IKZ in de non-profitsector

De minister heeft geen probleem met het op elkaar afstemmen van het voorliggende decreet en het ontwerp van decreet inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen. Het harmoniëren van de definities is steeds mogelijk. Alleen rijst het probleem dat dit laatste decreet pas aan het advies van de Raad van State werd voorgelegd, en de tekst in zijn officiële versie dus nog onbekend is.

In het decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen werden de definities voor een belangrijk deel gebaseerd op kwaliteitsomschrijvingen in de ISO-normen en de ervaringen in Nederland. Bovendien werden ze zeer nauwkeurig bestudeerd in de administratie en met het veld overlegd. De erkenningsvoorwaarden zijn zeer bewust gekoppeld aan het voeren van een kwaliteitsbeleid en niet aan vastgelegde normen. Indien het decreet betreffende de welzijnsvoorzieningen in dezelfde geest is opgevat, kan er waarschijnlijk wel een harmoniëring van de definities plaatsvinden. Het verzorgingsdecreet op zich is echter niet werkbaar met vastgelegde normen.

- Overleg met de sector

In het regeerakkoord van juni 1996 werd de kwaliteitsvolle zorg ingeschreven, zowel voor verzorging als voor welzijn. Het denkproces werd aanvankelijk gevoerd samen met welzijn, maar werd later

om praktische redenen apart voortgezet, in samenwerking met de administratie en externe kwaliteitsdeskundigen, en op basis van audits in een aantal voorzieningen en bezoeken aan ziekenhuizen waar kwaliteitszorg reeds is ingevoerd.

Bovendien werd ook de sector geraadpleegd, al is gestructureerd overleg moeilijk gezien de grote diversiteit in organisaties die niet altijd zijn gestructureerd in koepels. Van in het begin werden echter de koepels van de centra voor geestelijke gezondheidszorg bij het overleg betrokken. Het ontwerp van decreet werd ook rondgestuurd om zoveel mogelijk constructieve voorstellen en verbeteringen in te wachten. Er werden studiedagen en symposia georganiseerd. Met huisartsen en specialisten zal in de nabije toekomst nog worden overlegd.

Vanuit de administratie werden ook drie communicatiedagen op het getouw gezet, ten behoeve van de voorzieningen waarop het kwaliteitsdecreet is gericht. De algemene sfeer was positief, al waren er natuurlijk vragen over de toepassing van het decreet. Verpleegkundigen liggen duidelijk voorop in de IKZ, qua scholing en administratieve verwerking. Artsen en specialisten zijn meestal akkoord met de inhoud van het decreet, maar bij artsensyndicaten ligt dit moeilijker. Op de communicatiedagen kwamen een aantal vragen over o.m. de geleidelijke inwerkingtreding ; een inhoudelijke benadering i.p.v. een administratieve aanpak ; de nood om rekening te houden met het draagvlak van de voorzieningen e.d.

- Veranderingsweerstand, aanvaardbaarheid, kwaliteit en overgangperiode

Het is normaal dat verandering en vernieuwing spanningen met zich meebrengt. Anderzijds was er ook vanuit de basis een grote vraag naar verandering. Dikwijls moest niet de basis, maar wel de top overtuigd worden van de nood tot vernieuwing. Op basis van de communicatiedagen kan echter worden gesteld dat de aanvaardbaarheid groot is, maar dan vooral op het niveau van de voorzieningen. In de sector zelf is deze iets minder.

De kwaliteit van dit decreet bestaat erin dat het niet gefixeerd is op bezuinigingen, maar op de zorg voor de patiënt, waar veel bereidheid toe bestaat in de voorzieningen. Uit een verbeterde kwaliteitszorg zal automatisch ook een grotere motivatie van het personeel voortvloeien. Binnen de voorzieningen kunnen trouwens ook eigen projecten worden opgebouwd.

Het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsplan zullen natuurlijk verschillen voor ziekenhuizen en kleine instellingen, samenwerkingsinitiatieven thuiszorg..., maar de geest en de zorg om de kwaliteit zal dezelfde zijn. In de verschillende uitvoeringsbesluiten zal hier zorg voor gedragen worden.

In het decreet is een overgangsperiode voorzien van 3 jaar. De betrokkenen weten echter nu reeds wat de grote lijnen van het decreet zijn en kunnen er zich op voorbereiden. Het stemmen van dit decreet en het treffen van uitvoeringsbesluiten zal trouwens nog een zekere tijd in beslag nemen. Dit maakt dat de overgangsperiode in de praktijk ruimer zal zijn dan deze die juridisch wordt vastgelegd. Het eerste kwaliteitshandboek zal vermoedelijk pas in de loop van het jaar 1998 worden neergelegd. Bovendien krijgt een instelling nog een jaar de tijd om zich aan te passen, indien een eerste erkenning er niet is, en dit zonder sancties.

De heer Etienne De Groot merkt op dat een erkenning of de intrekking ervan toch aan normen moet worden gekoppeld.

De minister antwoordt dat in de ISO-strategie dynamisch genormeerd wordt. Het opleggen van thema's is belangrijk, en hierbij kan niet aanvaard worden dat rond een bepaald thema geen beleid wordt gevoerd. Hier is vaak ruimte voor interpretatie, maar het opleggen van vaste normen is ook vaak stroef en in de praktijk moeilijk hanteerbaar.

De heer Felix Strackx vraagt zich af, of er naast het intrekken van de erkenning geen hiërarchie van sanctiemogelijkheden moeten worden ingebouwd, indien verplicht opgelegde thema's niet worden gevolgd.

Volgens de minister is dat niet nodig. De intramurale voorzieningen moeten voor hun subsidiëring een beroep doen op de Vlaamse administratie en zijn minister, via de VIPA-procedure. Dit geldt ook voor iedere nieuwe erkenning. Vanuit deze situatie is er een algemene sfeer van luisterbereidheid en coöperatie met de administratie. Het is inderdaad wel zo, dat de VIPA-procedure in deze zin kan worden aangepast.

Mevrouw Brigitte Grouwels vraagt of in het kader van de dynamische normering er per instelling een profiel zal worden opgesteld, en of dat zal worden gekoppeld aan een vooruitgangsrapport.

De minister bevestigt dat een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsplan per instelling de basiswaarden zijn. De instelling kan de plannen echter

zelf opmaken. De opvolging gebeurt door de artsen op dezelfde wijze zoals dit nu reeds gebeurt. De artsen kennen immers de instelling het best en kunnen zich een goed oordeel vormen over de bereikte evoluties. Hierbij kunnen zij eventueel gesteund worden door een op te richten dienst.

- Overleg over de uitvoeringsbesluiten

Indien daar behoefte toe is, en indien de commissie daartoe het initiatief neemt, kunnen de uitvoeringsbesluiten steeds in de commissie worden besproken. Het is echter niet de commissie die de besluiten goedkeurt.

De uitvoeringsbesluiten zullen ook met de betrokken koepels worden overlegd, al is gestructureerd overleg moeilijk omdat de intermediaire groepen niet meer dezelfde rol spelen als vroeger.

- De kostprijs van het kwaliteitsbeleid

Het opzetten van een kwaliteitszorg vraagt een aanzienlijke know-how. Die zal worden geleverd vanuit de administratie en door externe deskundigen. Indien mocht blijken dat met de huidige financiering geen kwaliteitsbeleid mogelijk is, kan eventueel een aanpassing van de financiering worden gerealiseerd, met de kwaliteit van de zorg als uitgangspunt.

Zo bestaat vanuit de centra voor geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld de vraag naar een coördinatieplateau. Eventueel kan er op termijn gedacht worden aan het hergroeperen van de centra, waarvoor eventueel een coördinator deels- of voltijds kan worden vrijgesteld. De nood hieraan zal echter in de praktijk moeten worden getoetst, rekening houdend met de geest van het decreet en de zorg om de kwaliteit. Daarbij zullen eventueel ook andere jobs of financieringsmechanismen herkend worden.

Het financieren van de ziekenhuizen op basis van het aantal ligdagen is bijvoorbeeld een techniek die aan herziening toe is. Basisziekenhuizen hebben basisfuncties, terwijl regionale ziekenhuizen meerdere functies moeten realiseren. Daarnaast moet ook de kostprijs worden berekend van onder- en oververzorging.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel merkt op dat de kostprijs voor de vorming van het personeel, in termen van geld en middelen, niet uit de weg kan worden gegaan.

De minister antwoordt dat het personeel, dat een aantal opleidingen zal moeten volgen, inderdaad onder een verhoogde druk kan komen te staan. Het uiteindelijke doel is echter de kwaliteit van het personeel te verhogen in functie van de kwaliteit voor de patiënt. Daarvoor kunnen eventueel uren en functies worden herschikt. De financiering moet worden herbekeken vanuit de noodzaak aan kwaliteit, waarbij zal worden onderzocht waar er overschotten en hiaten zitten. Zo kan bijvoorbeeld in de medicatie worden bespaard. Er kan ook bespaard worden door sommige diensten in het weekend te sluiten.

Mevrouw Yolande Avontroodt repliceert dat het sluiten tijdens de weekends niet steeds in het belang is van de patiënten. Vooral de meest zorg-behoevende patiënten zijn hier niet op voorbereid. Hier schiet de integrale kwaliteitszorg duidelijk te kort.

De minister antwoordt dat dit in een ruimer kader gezien moet worden, rekening houdend met de rol van de thuiszorg.

- De betrokkenheid van de patiënten bij het beleid

Het is evident dat de steeds mondiger wordende patiënt bij het beleid wordt betrokken. Uit een informatierapport betreffende de ziekenhuizen blijkt o.a. dat de patiënt zeer veel belang hecht aan comfort en informatie. De verwachtingspatronen van de patiënt zullen in de IKZ moeten worden vertaald. Ook zal moeten worden onderzocht op welke wijze de patiënt hierbij het best kan worden betrokken.

Volgens de heer Etienne De Groot beschikt de patiënt niet altijd over correcte gegevens om zijn wensen of beslissingen op te baseren. De objectieve toestand is hem niet altijd bekend. De patiënt kan enkel zinvol betrokken worden bij beslissingen indien hij volledig en neutraal wordt geïnformeerd. Zo is er bijvoorbeeld de problematiek over het al dan niet naar huis sturen van de patiënt gekoppeld aan zijn gezondheidstoestand, de kwaliteit van de thuiszorg, en eventuele boetes voor ligdagen voor de ziekenhuizen, waar de patiënt geen enkel zicht op heeft.

## 2. Artikelsgewijze bespreking en stemming

### HOOFDSTUK I

#### Algemene bepalingen en definities

##### Artikel 1

Mevrouw Yolande Avontroodt en de heer Etienne De Groot dienen een amendement in tot schrapping van de artikelen 1 tot 12 (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3). De indieners verwijzen naar het advies van de Raad van State dat stelt dat de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd is om de voorgestelde regeling uit te werken. Niet alleen de federale overheid maar ook iedere belanghebbende kan zich tot het Arbitragehof wenden. De kans is daarom vrij groot dat het decreet wordt vernietigd.

De minister verwijst naar de argumentatie bij de algemene bespreking. De Vlaamse regering is wel degelijk bevoegd om regelend op te treden. Eenzelfde scenario, met een soortgelijk negatief geformuleerd advies van de Raad van State, heeft zich reeds voorgedaan m.b.t. het VIPA-decreet en het uitvoeringsbesluit inzake de financiering van de ziekenhuizen. In dit dossier heeft de federale regering uiteindelijk geen beroep aangetekend, waardoor zij de bevoegdheid van de Vlaamse regering erkent. Door de gevolgde werkwijze wordt bovendien snel duidelijkheid gebracht in de bevoegdheidsproblematiek. Indien de federale overheid toch naar het Arbitragehof stapt, is de uitspraak binnen de zes maanden bekend en weten de partijen duidelijk tot waar de bevoegdheden reiken.

Het amendement van mevrouw Yolande Avontroodt en de heer Etienne De Groot wordt verworpen met 10 stemmen tegen 3 bij 2 onthoudingen.

Artikel 1 wordt zonder verdere opmerkingen aangenomen met 10 stemmen bij 5 onthoudingen.

##### Artikel 2

Mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dienen een

amendement in hoofdde in (ibid.) dat ertoe strekt artikel 2 te vervangen. Het is de bedoeling om met dit amendement een duidelijk kader te scheppen dat door de verzorgingsvoorzieningen gehanteerd wordt bij het invoeren van de integrale kwaliteitszorg. Daarvoor is het noodzakelijk de basisconcepten duidelijk te definiëren.

Het amendement wijzigt een aantal definities en voegt een aantal definities toe (zie stuk 367 (1995-1996) – nr. 3). De definitie van cliënt/patiënt moet breder opgevat worden (zie ook het amendement in bijkomende orde op artikel 2, 2°). De definitie van integrale kwaliteitszorg willen de indieners vereenvoudigen. Een definitie van de "missie" (mission statement) wordt toegevoegd; het formuleren van de doelstellingen door de hoogste leiding is de basis van een goed kwaliteitssysteem, en de eerste onmisbare stap naar integrale kwaliteitszorg. Een volgende stap bestaat uit het uitwerken van een kwaliteitshandboek, waarna de procedures en ten slotte de standaardformulieren volgen. De indieners voegen ook de definities van "kwaliteitscoördinator" en "kwaliteitssysteem-audit" toe. (Zie ook het amendement in bijkomende orde bij artikel 2 tot toevoeging van 9°, stuk 367 (1995-1996) – nr. 4).

Mevrouw Ria Van Den Heuvel dient een amendement (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3) in hoofdde in dat ertoe strekt artikel 2 te vervangen door een nieuw artikel 2 met definities. De definities zijn zowel relevant voor de verzorgings- als voor de welzijnsvoorzieningen. Het is immers de zorg van het lid dat in beide sectoren onder eensluitende begrippen ook eenduidige inhouden worden vervat.

In de definities wordt de sector omschreven. Het lid spreekt niet van "verzorgingsvoorziening", maar van "voorziening", met een aangepaste defininiëring die zowel op de gezondheidssector als op de welzijnssector van toepassing is. De indiener wil verder de woorden "integrale kwaliteitszorg" vervangen door "kwaliteitszorg", en "kwaliteitshandboek" vervangen door "kwaliteitshandleiding" (zie ook amendementen in bijkomende orde op artikel 2 3° en 6°).

De minister stelt uitdrukkelijk dat het ontwerpdecreet zich beperkt tot de gezondheidssector waarvoor zij bevoegd is. Dit belet echter niet dat er coördinatie en afstemming mogelijk is met de welzijnssector, zoals dit trouwens steeds uitdrukkelijk werd vermeld. Wat de voorgestelde terminologie betreft, benadrukt de minister dat ze zich zo veel mogelijk heeft laten leiden door de ISO-termen.

ISO-termen werden niet in de definities van het ontwerp van decreet opgenomen als ze niet verder in de tekst voorkomen. ISO-termen werden ook niet opgenomen als ze een verzwaring van het decreet inhielden. Zo werd de term "planning" niet opgenomen, wel de term "plan". Het plan is immers de neerslag van de planning.

Wat de opdrachtsverklaring of mission statement betreft, verwijst de minister naar artikel 5. § 2 van artikel 5 bepaalt dat het kwaliteitshandboek de visie en de doelstellingen van het interne kwaliteitsbeleid moet beschrijven. Impliciet wordt dus verwezen naar de opdrachtsverklaring die de voorziening moet opstellen.

Met het uitdrukkelijk definiëren van de term kwaliteitscoördinator heeft de minister geen probleem. In artikel 5 § 4 werd de term trouwens gebruikt. De minister stelt voor dat de kwaliteitscoördinator een persoon is die als aanspreekpunt fungeert en die de kwaliteitsinspanningen van de voorziening begeleidt. De opmerking dat hij dit in elk stadium zou doen, is niet wenselijk omdat dit de procedure aanzienlijk zou verzwaren.

Het amendement in hoofdde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot tot vervanging van artikel 2 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

Het amendement in hoofdde van mevrouw Ria Van Den Heuvel wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2 bij 3 onthoudingen.

#### Artikel 2, 1°

In een amendement in bijkomende orde (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3) stellen mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot voor om de definitie van verzorgingsvoorziening aan te vullen met wat volgt: "Rusthuizen met RVT-erkenning vallen niet onder de toepassing van dit decreet. Rust- en verzorgingstehuizen met een erkenning zoals omschreven in het decreet van 5 maart 1985 houdende regeling van de erkenning en subsidiëring van voorzieningen voor bejaarden, vallen niet onder de toepassing van dit decreet."

Ingevolge de bijzondere wet van 8 augustus 1980 is het bejaardenbeleid, met inbegrip van de erkenning van rustoorden voor bejaarden, serviceflats, dienstencentra en dagverzorgingscentra de volle



bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. De voogdijminister is de minister van Welzijn. Sommige rustoorden voor bejaarden kregen een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis (RVT). Deze bijzondere erkenning valt onder de bevoegdheid van de minister van Volksgezondheid. Daardoor dreigen de verschillende vormen van intramurale bejaardenzorg geconfronteerd te worden met twee kwaliteitsdecreten die verschillen qua vorm, inhoud en opzet. Volgens mevrouw Yolande Avontroodt is het amendement van dezelfde strekking als het amendement van de heren Bart Vandendriessche en Guy Swennen.

Het amendement van de heren Bart Vandendriessche en Guy Swennen strekt ertoe aan 1° toe te voegen wat volgt : "De bepalingen van dit decreet zijn niet van toepassing op de rust- en verzorgingstehuizen die zijn gekoppeld aan een erkenning, zoals omschreven in het decreet van 5 maart 1985 houdende regeling van de erkenning en subsidiëring van voorzieningen voor bejaarden." (ibid.).

De rusthuizen met bijkomende erkenning als rust- en verzorgingstehuis dreigen in de huidige stand van zaken onder het toepassingsgebied van twee kwaliteitsdecreten te vallen. Het is aangewezen dat slechts één decreet van toepassing is in één instelling. Het lijkt bijgevolg logisch dat voor rust- en verzorgingstehuizen het kwaliteitsdecreet van toepassing is overeenkomstig de hoofdorganisatie. Dit betekent dat als een rust- en verzorgingstehuis gekoppeld is aan een rusthuis, het kwaliteitsdecreet voor de welzijnsvoorzieningen van toepassing is. Wanneer daarentegen een rust- en verzorgingstehuis gekoppeld is aan een ziekenhuis, is het kwaliteitsdecreet voor de verzorgingsvoorzieningen van toepassing.

De minister begrijpt de geest van de ingediende amendementen, die ertoe strekken om te voorkomen dat twee verschillende kwaliteitsdecreten op dezelfde voorzieningen van toepassing zijn. Om de onduidelijkheid op te heffen, geeft zij een overzicht van de huidige complexe situatie.

Er zijn naar de oorsprongsgeschiedenis drie soorten RVT's. Een RVT-erkenning is steeds een erkenning bovenop een andere structuur. Ten eerste zijn er de afzonderlijke RVT's die geënt zijn op een ziekenhuisstructuur, en die enkel erkend zijn door Volksgezondheid. Ten tweede zijn er de afzonderlijke RVT's, die gekozen hebben voor een basiserkenning rustoord (= rusthuis), maar die geen rustoordbedden (RO-bedden) hebben. Zij worden erkend door Welzijn en Volksgezondheid. Ten derde zijn er de gemengde voorzieningen met

RO-bedden en RVT-bedden. Ook die instellingen hebben een dubbele erkenning.

Er zijn in totaal 53.522 erkende rustoordbedden, waarvan 7.870 (14,7%) een bijkomende RVT-erkenning hebben en 45.652 (85,3%) geen bijkomende RVT-erkenning hebben.

Er zijn in totaal 777 erkende rusthuizen, waarvan 217 (28 %) een bijkomende RVT-erkenning hebben en 560 (72 %) geen bijkomende RVT-erkenning hebben.

Er zijn in totaal 12.547 erkende RVT-bedden, waarvan 7.870 (62,7 %) RVT's in rustoorden met ook rustoordbedden, en 4.676 (37,3 %) RVT-bedden in ziekenhuizen, waarvan een deel in een algemeen ziekenhuis, in een gesloten ziekenhuis zonder rusthuiserkenning en een deel in een niet-geopende of gesloten ziekenhuis(dienst) met (deels) rusthuiserkenning voor de RVT-bedden.

Mevrouw Patricia Ceysens en mevrouw Riet Van Cleuvenbergen hebben vragen bij de opsplitsing van de alleenstaande RVT's op basis van een verschillende basiserkenning : enerzijds ziekenhuis anderzijds rustoord. Afhankelijk van de gekozen basiserkenning gelden verschillende brandweervoorschriften.

De minister deelt mee dat de complexe situatie historisch gegroeid is, op basis van de federale reglementeringen waaraan de Vlaamse Gemeenschap niets kan veranderen. RVT's met als basiserkenning ziekenhuis zijn veelal het gevolg van de reconversie van V-bedden (verzorgingsbedden) in de ziekenhuizen.

Van de 4.676 RVT-bedden buiten de rustoorden zijn er 3.666 RVT's die op een ziekenhuis geënt zijn (die RVT's zijn o.m. het gevolg van de reconversie van de V-bedden) en geen basiserkenning rustoord, terwijl er 1.010 zijn die als voorziening uitsluitend RVT's zijn, maar die gekozen hebben voor een basiserkenning rustoord, wegens de minder strenge normen.

Iedereen is het erover eens dat geen twee decreten van toepassing kunnen zijn op eenzelfde bed, vervolgt de minister. Daarom kunnen de 7.870 RVT-RO-bedden hoe dan ook het best onder het kwaliteitsdecreet voor Welzijn vallen. Men kan de toepassing van voorliggend decreet verder beperken tot de RVT's met ziekenhuisstatuut (3.666), maar als men bekommerd is om de zorg voor de patiënten, dan is het de beste oplossing om de 4.676 afzonderlijke RVT-bedden onder dit decreet te

laten vallen. Dan is er immers geen toepassing van twee decreten op één bed.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vreest dat er toch nog een probleem blijft voor de geïntegreerde zorg op één campus. Dergelijke campussen kunnen toch nog onder twee decreten vallen.

De minister is nooit pleitbezorger geweest van geïntegreerde zorg op één campus. De minister is wel voorstander van naadloze zorg voor ouderen. Ook de RVT's met ziekenhuisstatuut mogen niet beschouwd worden als ziekenhuis : ze horen tot de ouderenzorg.

Op de vraag van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen of de MST-taken van het PMS van het Gemeenschapsonderwijs onder de bevoegdheid valt van dit decreet, antwoordt de minister dat alles in verband met gezondheidszorg onder dit decreet valt.

Mevrouw Yolande Avontroodt vraagt of de arbeidsgeneeskundige diensten die in oktober 1997 omgevormd zullen worden, ook onder dit decreet vallen.

De minister antwoordt dat daarover momenteel geen zekerheid gegeven kan worden. De uitvoeringsbesluiten op de wet "Welzijn op het werk" zijn nog niet uitgevaardigd. Als de arbeidsgeneeskundige diensten nog door de Vlaamse Gemeenschap erkend moeten worden, dan is het antwoord positief.

In de bijzondere wet tot hervorming der instellingen die de gemeenschappen bevoegdheid verleent wat het gezondheidsbeleid betreft voor "het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen" wordt uitdrukkelijk gesproken van verplegingsinrichtingen, terwijl het ontwerpdecreet de term verzorgingsvoorziening introduceert. Daarom vraagt mevrouw Trees Merckx-Van Goey aan de minister om te specificeren waar eventueel het verschil ligt tussen verzorgingsvoorziening en verplegingsinrichting. Dat is immers nodig om precies te weten welke organisaties verzorgingsvoorzieningen zijn op het gebied van zorgverstrekking, de gezondheidsopvoeding of de preventieve gezondheidszorg. Het heeft de voorkeur om de geëigende terminologie te hanteren die in andere wetgeving reeds een eigen interpretatie gekregen heeft.

De samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging zoals omschreven in het besluit van de Vlaamse Executieve houdende coördinatie en ondersteu-

ning van de thuisverzorging van 21 december 1990, vallen allicht niet onder de toepassing van dit decreet, al wordt dit in de memorie van toelichting uitdrukkelijk zo gesteld. Samenwerkingsinitiatieven zijn losse samenwerkingsverbanden en kunnen moeilijk beschouwd worden als instelling of voorziening : het zijn geen organisaties. Zij verlenen zelf geen zorg, maar staan in voor de coördinatie van de zorgverlening door andere diensten en instellingen. De diensten en instellingen zelf die tot het samenwerkingsinitiatief behoren, vallen duidelijk wel onder een kwaliteitsdecreet, zij het voor de verzorgingsvoorzieningen, zij het voor de welzijnsvoorzieningen.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen dienen daarom een amendement in op artikel 2 dat ertoe strekt 1° aan te vullen met wat volgt : "De bepalingen van dit decreet zijn niet van toepassing op de samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging zoals omschreven in het besluit van de Vlaamse Executieve houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging van 21 december 1990." (Stuk 367 (1995-1996) – nr. 3)

De minister geeft een opsomming van de organisaties en voorzieningen die op dit ogenblik onder dit decreet vallen, omdat zij met verzorging te maken hebben en in functie daarvan worden erkend. Het zijn de ziekenhuizen, de RVT's, de PVT's (psychiatrische verzorgingstehuizen), de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's), medisch schooltoezicht (MST), beschut wonen, overlegplatformen in de psychiatrische zorg, SIT's voor thuisverzorging, palliatieve netwerken, keuringscentra inzake sport samen met de keuringslabo's en de dopinglabo's, centra voor menselijke erfelijkheid, labo's metabole aandoeningen. Het zijn dus allemaal organisaties die met het proces van de verzorging te maken hebben of vorming geven op dit vlak, en die betaald en erkend worden.

De minister overloopt de opdrachten die de samenwerkingsverbanden voor thuiszorg krachtens het erkenningsbesluit moeten uitvoeren. Daartoe behoren o.m. de coördinatie van de zorg, vorming... De SIT's zullen hoe dan ook meer middelen moeten krijgen voor de uitvoering van een dergelijk zwaar erkenningsbesluit.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey merkt op dat de SIT-teams zeer verschillend georganiseerd zijn. Het besluit houdt ook geen verplichting in voor de SIT's dat ze aparte rechtspersoonlijkheid hebben.

De minister antwoordt dat volgens § 1 lid 1 van het besluit de SIT's zelf moeten aangeven onder welke juridische vorm ze willen werken.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey blijft het verwarrend vinden dat de SIT's onder dit kwaliteitsdecreet vallen, en de participanten ervan onder een ander kwaliteitsdecreet. Zelfs als de SIT's een aparte rechtspersoonlijkheid hadden, is het weinig zinvol om twee decreten op hen van toepassing te laten zijn. Een bijkomend probleem is het feit dat de SIT's volgens het besluit gestructureerde samenwerking met de OCMW's uit de regio moet nastreven. De OCMW's kennen een eigen voogdijregeling. Vallen zij onder dit decreet? Bovendien wordt de twijfel niet weggenomen of de samenwerkingsverbanden onder de term organisaties vallen. De SIT's zijn een louter samenzitten, samenwerken van organisaties.

De SIT's vechten nu al om levensvatbaar te worden. De top-down verplichting maakt de zaken alleen maar moeilijker. Een SIT kan moeilijk over dezelfde kam geschoren worden als een ziekenhuis.

De opmerking geldt trouwens ook voor de samenwerkingsverbanden tussen psychiatrische instellingen en diensten die zelf reeds vanuit hun eigen finaliteit onder dit decreet vallen, en dus aan alle verplichtingen moeten voldoen. Waarom moet men dan nog bijkomend die samenwerkingsverbanden onder de toepassing van dit decreet plaatsen?

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey dient een amendement in (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4) dat ertoe strekt de palliatieve netwerken niet te laten vallen onder de toepassing van dit decreet.

Zij dient eveneens een amendement in (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4) dat ertoe strekt de samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten niet te laten vallen onder de toepassing van dit decreet.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey staat achter een 'streng' beleid, als het beperkt is tot verantwoorde zorg en respectvolle omgang met de patiënt, zoals in de punten 1° en 2° van artikel 4 omschreven. De voorzitter concludeert uit die omschrijving dat coördinatie- en samenwerkingsvormen niet gevat zijn door artikel 4. Coördinatie kan niet het voorwerp zijn van dwingende kwaliteitsregels.

De heer Peter De Ridder is van oordeel dat de SIT's beter via uitvoeringsbesluiten geregeld worden. De SIT's kunnen evolueren in de richting van

zorgverbanden. Uitvoeringsbesluiten kunnen beter inspelen op evoluties.

Hoe meer voorzieningen gevat worden, hoe beter, meent mevrouw Kathy Lindekens. Het gaat tenslotte om kwaliteitsverbetering. De wijze van coördinatie bepaalt ook de wijze van omgaan met de patiënt.

Als de SIT's als dusdanig behouden blijven, moeten zij onder de toepassing van dit decreet vallen, antwoordt de minister. De diensten apart kunnen misschien een kwaliteitsvolle service verlenen, maar dat is nog geen garantie voor een kwaliteitsvolle samenwerking. Als er meer middelen verschaft worden, moet ook de kwaliteitszorg op de samenwerkingsverbanden van toepassing zijn, vanuit het belang van een gecoördineerde zorg voor de cliënt/patiënt. Ze worden erkend door één minister, de minister van Volksgezondheid. In het besluit van 21 december 1990 staat wel vermeld dat er een samenwerking moet zijn tussen Volksgezondheid en Welzijn. Dat heeft echter te maken met het feit dat er een adviesraad was voor de thuiszorg, waarin beiden aanwezig waren. Misschien kunnen de samenwerkingsinitiatieven ook via de zorgenplannen aantonen dat er een andere financiering nodig is.

De zorgbemiddelaar van het samenwerkingsinitiatief stelt een zorgenplan op over de ondersteuning en coördinatie voor de personen die ervoor in aanmerking komen, na een bezoek ter plaatse en in overleg met de betrokken patiënt, thuisverzorgers, professionelen en eventuele vrijwilligers (art. 10, 1° van het besluit). Het spreekt toch vanzelf dat de zorgbemiddelaar de kwaliteitszorg op zich van toepassing moet laten zijn. Het gaat niet louter om het coördineren van de zorg; de zorg wordt ook uitgesteld.

Hetzelfde geldt voor de palliatieve netwerken. Als de federale overheid nalaat de bijkomende krachten via KB te subsidiëren, zal de Vlaamse Gemeenschap dit overnemen. Dan is het niet meer dan normaal dat het kwaliteitsdecreet op de palliatieve netwerken van toepassing is.

De minister benadrukt verder dat voorliggend decreet een kaderdecreet is. Vandaar dat hier moeilijk een onderscheid gemaakt kan worden voor de verschillende sectoren. De minister geeft toe dat de memorie van toelichting te veel op de ziekenhuissector toegespitst is. De kwaliteitszorg in een ziekenhuis moet vanzelfsprekend niet op dezelfde wijze gerealiseerd worden als in eenvoudige structuren als de SIT's. De uitvoering voor de

specifieke sectoren moet via besluiten gebeuren, die ook beter op wijzigingen kunnen inspelen. Daarbij zal rekening gehouden worden met de verschillende draagkracht van de voorzieningen, de omvang, de aard en de financiering ervan. De ontwerp-uitvoeringsbesluiten zullen voorgelegd worden aan de Vlaamse Gezondheidsraad en aan deze commissie.

Essentie van dit decreet is de cliënt/patiënt centraal te stellen, vervolgt de minister. Tot nog toe werd louter een voorzieningenbeleid gevoerd waarbij de patiënt niet op de eerste plaats kwam.

Het amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot bij artikel 2 1° wordt verworpen met 8 stemmen tegen 7.

Het amendement van de heren Bart Vandendriesche en Guy Swennen bij artikel 2 1° wordt aangenomen met 13 stemmen bij 2 onthoudingen.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey overweegt het amendement over de SIT's in te trekken als de minister bevestigt dat de SIT's niet als organisaties te beschouwen zijn. Zijn de SIT's zoals omschreven in het besluit houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging van 21 december 1990, organisaties ?

Als de SIT's op dit ogenblik geen organisaties zijn, vallen ze niet onder de toepassing van dit decreet, antwoordt de minister.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey concludeert hieruit dat de SIT's geen organisaties zijn. Het amendement van mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen bij artikel 2, 1° wordt ingetrokken. De heer Etienne De Groot neemt het amendement over.

Het eerste overgenomen amendement van de heer Etienne De Groot tot aanvulling van artikel 2, 1° wordt verworpen met 7 stemmen tegen 7 bij 1 onthouding.

De minister heeft gezegd dat in de uitvoeringsbesluiten inzake de verplichtingen voor de voorzieningen een onderscheid gemaakt zal worden overeenkomstig de omvang, de aard en de financiering van de voorzieningen. De ontwerpbesluiten zullen aan de commissie voorgelegd worden, evenals de thema's (zie verder artikel 5, blz. 20), waarna ze aan de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) voor advies doorgegeven worden. Mevrouw Trees Merckx-Van Goey vraagt om bevestiging.

De minister bevestigt dit. Mevrouw Trees Merckx-Van Goey trekt haar eerste amendement bij artikel 2, 1° in (palliatieve netwerken). De heer Etienne De Groot neemt het amendement over.

Het tweede overgenomen amendement van de heer Etienne De Groot tot aanvulling van artikel 2, 1° wordt verworpen met 8 stemmen tegen 5 bij 2 onthoudingen.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey trekt haar tweede amendement tot aanvulling van artikel 2, 1° in (psychiatrische samenwerkingsverbanden). De heer Etienne De Groot neemt het amendement over.

Het derde overgenomen amendement van de heer Etienne De Groot tot aanvulling van artikel 2, 1° wordt verworpen met dezelfde stemuitslag.

#### Artikel 2, 2°

Op artikel 2 is er een amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt 2° te vervangen door wat volgt : "2° cliënt : iedereen die met de verzorgingsvoorziening en het zorgproces in aanraking komt ; " (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3).

Die definitie is veel breder dan de definitie van cliënt/patiënt in het ontwerpdecreet die louter de patiënt als onmiddellijk betrokken partij beschouwt. Het gaat in integrale kwaliteitszorg immers niet op zich enkel te beperken tot de patiënt in de enge zin van het woord. Een cliënt is iedereen die met het proces in aanraking komt – in gelijk welke stap van het proces -, zowel interne als externe klanten. Dat zijn dus niet alleen patiënten, maar bijvoorbeeld ook de familie, de niet-zieke bevolking, instituten voor sociale zekerheid e.d.. De meerwaarde van IKZ is gelegen in het beter functioneren van de hele organisatie. Zoniet kan men niet van IKZ spreken.

In een kwaliteitssysteem moet dus elke stap in het proces op zijn kwaliteit worden beoordeeld, en niet alleen het eindproduct dat aan de patiënt wordt geleverd. De verzorgingsvoorziening zal met het oog op de realisering van een verantwoorde zorg en een respectvolle behandeling, alle processen dienen op te volgen en te bewaken, te beheersen en te verbeteren.

De minister beaamt dat IKZ de hele organisatie betreft. Dat komt ook tot uiting in de definitie van IKZ in 3° van artikel 2. De minister verkiest de definitie cliënt/patiënt zoals omschreven in het ontwerpdecreet, namelijk de persoon die zorg krijgt door een verzorgingsvoorziening. Dat is juridisch gezien de meest correcte definitie. De definitie in artikel 2° van het ontwerpdecreet werd gekozen om eenvormigheid na te streven met het kwaliteitsdecreet voor Welzijn. Die definitie wordt trouwens aangevuld met de bepalingen van artikel 3 en artikel 4, 2° betreffende de respectvolle omgang met de cliënt/patiënt. Als er een wijziging doorgevoerd wordt, dan geeft de minister de voorkeur aan het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche bij artikel 4 eerste lid 2°, dat na de woorden "cliënt of patiënt" de woorden "rekening houdend met de sociale context" toevoegt.

Mevrouw Patricia Ceysens is van oordeel dat 3° van artikel 2 inderdaad een verruiming van de term cliënt/patiënt inhoudt, maar pleit ervoor om die verruiming reeds in 2° duidelijk te stellen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen merkt op dat de definitie cliënt/patiënt behoort tot de vakterminologie die niet alleen in dit decreet gehanteerd wordt.

De heer Bart Vandendriessche meent pragmatisch te moeten blijven. De definitie van cliënt/patiënt moet bekeken worden doorheen de hele tekst van het ontwerpdecreet. Hij verwijst ook naar zijn amendement op artikel 4, 2° om ook de sociale context in aanmerking te nemen.

Het amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontrodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot op artikel 2, 2° wordt verworpen met 8 stemmen tegen 7.

#### Artikel 2, 3°

Bij artikel 2, 3° is er een amendement in bijkomende orde van mevrouw Ria Van Den Heuvel (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3) dat ertoe strekt om op de eerste regel het woord "integrale" te schrappen.

Een "integraal kwaliteitsbeleid" verwijst naar de term IKZ, terwijl het de bedoeling moet zijn dat de voorzieningen "een kwaliteitsbeleid" voeren op hun maat, rekening houdend met hun sterkte/zwakte-analyse. Al wordt in de memorie van toelichting uitdrukkelijk gesteld dat het niet de bedoeling is een kwaliteitssysteem op te leggen,

toch worden de ISO-normen als basis gebruikt en genoemd. De keuze van het kwaliteitssysteem moet aan de voorzieningen zelf worden overgelaten.

Op artikel 2, 3° is er een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche om de woorden "door het tevreden stellen van de cliënt/patiënt" te vervangen door hetgeen volgt : "door het afstemmen van de zorg op de cliënt/patiënt". (Stuk 367 (1995-1996) – nr. 2)

Tevredenheid is veeleer een indicator dan een kwaliteitsdoelstelling in de zorg. De tevredenheid van de cliënt kan immers zowel slaan op de kwaliteit van het eten als op de inrichting van de kamer. Er zijn echter ook sociale en menselijke problemen die in de zorg moeten worden betrokken. Vandaar de keuze voor de ook in Nederland gehanteerde uitdrukking : afstemmen van de zorg op de patiënt/cliënt.

Wat is trouwens de kwaliteit in de zorgverlening ? Tal van elementen maken er deel van uit. Er zijn de meetbare elementen, zoals medisch-technische aspecten, hygiëne, management, klantvriendelijkheid, goede en gezonde keuken. Maar integrale kwaliteitszorg is ook zorgen voor alles wat de patiënt meer is dan zijn ziekte. Daar is vooral in de Verenigde Staten, maar ook in Nederland nogal wat onderzoek naar gedaan.

De stichting Maia in Rotterdam heeft tot doel om in de Nederlandse ziekenhuizen vernieuwing en creativiteit te stimuleren. Daartoe werkt zij mee met innovatieprojecten gericht op de creatie van een helende en ondersteunende zorgomgeving in het ziekenhuis. Zij moedigen ziekenhuizen aan om actieve verantwoordelijkheid te nemen, en geven trainingen die een mentaliteitsverandering beogen. Momenteel lopen er verschillende succesvolle projecten in Nederlandse ziekenhuizen. Onder integrale zorg wordt daar verstaan, dat naast lichamelijke zorg, ook expliciet aandacht wordt besteed aan het emotionele, relationele en spirituele aspect van de mens. De zorg houdt niet op bij de deuren van het ziekenhuis, maar in periodes tussen de vaak zware behandelingen kan de patiënt er nog steeds terecht met zijn angsten en noden. Meteen na het verlaten van het ziekenhuis kan er indien nodig contact zijn, zodat herintegratie van mensen in hun natuurlijk milieu gemakkelijker verloopt via het helend zorgtraject. Bovendien moet ook zorg worden besteed aan de zorgenden, die elke dag die zorg verlenen, en die met de grootst mogelijke ellende worden geconfronteerd. Dit alles vraagt een mentaliteitswijziging op alle niveaus, waarbij men systematisch kan werken aan een verbetering

van de hele organisatie en de daarin passende verantwoordelijkheden.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen sluit zich volledig aan bij de stelling dat de integrale kwaliteitszorg moet vertrekken vanuit de totale persoon. In België bestaat op dit vlak trouwens ook heel wat expertise. Professor Mieke Grypdonck voerde in dit verband het begrip 'geïntegreerde verpleegkunde' in, waarbij ernaar gestreefd wordt om in de verpleegkunde totaalzorg te verstrekken. Dit betekent dat niet iedere verpleegkundige zijn specifieke zorg aan diverse patiënten zal verstrekken, maar dat één verpleegkundige zoveel mogelijk zorgen aan dezelfde patiënt verstrekt. Er moet daarom over worden gewaakt dat de zorgverstrekking niet wordt uiteengerukt in te veel fragmenten, waardoor geïntegreerde zorgverlening verdwijnt.

In een tweede amendement in bijkomende orde bij artikel 2, 3° stelt mevrouw Ria Van Den Heuvel voor om op de vierde en vijfde regel de woorden "het tevreden stellen van de cliënt/patiënt" te vervangen door "tegemeet te komen aan de rechten van de cliënt/patiënt" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3).

De plaats van de patiënt is in dit decreet ondermaats, vindt de indiener. De patiëntenrechten worden in dit decreet enkel geglobaliseerd tot een jaarlijks tevredenheidsonderzoek, waarvan men de zinvolheid in vraag kan stellen, zeker als het de enige spreekbuis wordt voor de patiënt. Men moet veeleer kiezen voor een systeem waardoor aan de patiëntenrechten optimaal tegemoet wordt gekomen.

Bij artikel 2, 3° is er verder een amendement van de heren Felix Strackx en Wilfried Aers dat ertoe strekt om op de vierde en de vijfde regel de woorden "het tevreden stellen van de cliënt/patiënt" te vervangen door wat volgt: "het verstrekken van de best mogelijke zorg aan de cliënt/patiënt" (ibid.). De tevredenheid van de patiënt is immers geen garantie voor de kwaliteit van de verstrekte zorgen. Tevredenheid is een zeer subjectief begrip omdat de patiënt dikwijls niet over de nodige kennis en mogelijkheden beschikt om de kwaliteit van de verstrekte zorgen te evalueren.

Mevrouw Yolande Avontroodt treedt de stelling bij dat de tevredenheid van de patiënt een te vage omschrijving en een niet operationele basis vormt. Bij het uitwerken van een kwaliteitsgeneeskunde als onderdeel van het gezondheidsbeleid dient als uitgangspunt een optimale vertrouwensrelatie arts-patiënt te worden genomen. De algemene princi-

pes van onze gezondheidszorg, zoals de vrije artsenkeuze van de patiënt, de diagnose en therapeutische vrijheid van de arts en de bescherming van het beroepsgeheim, moeten worden opgenomen als impliciete kwaliteitscomponenten.

Mevrouw Yolande Avontroodt vraagt zich ook af of de verplicht ingevoerde kwaliteitszorg zal bijdragen tot een gezonde en kwaliteitsbevorderende concurrentie, waarbij ook gestreefd moet worden naar het verminderen van nutteloze onderzoeken. Het IKZ mag immers geen doel op zich zijn, maar een middel om de kwaliteit van de zorgverstrekking te verhogen.

De minister gaat akkoord met het aanpassen van de definitie van integrale kwaliteitszorg, in die zin dat "het tevreden stellen van de cliënt/patiënt" wordt vervangen door "het afstemmen van de zorg op de cliënt/patiënt".

Het eerste amendement in bijkomende orde van mevrouw Ria Van Den Heuvel bij artikel 2, 3° wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2 bij 3 onthoudingen.

Het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche bij artikel 2, 3° wordt aangenomen met 14 stemmen bij 1 onthouding.

Het tweede amendement in bijkomende orde van mevrouw Ria Van Den Heuvel bij artikel 2, 3° wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2 bij 3 onthoudingen.

Het amendement van de heren Felix Strackx en Wilfried Aers wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

#### Artikel 2, 4°

Bij artikel 2, 4° is er een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche om op de vierde regel de woorden "tot uitdrukking zijn gebracht" te vervangen door "wordt bekrachtigd" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 2).

De verantwoordelijkheid voor een kwaliteitsbeleid ligt immers bij de hoogste leiding. Verschillende verbeteringsprocessen kunnen van onderuit groeien, uit het rechtstreekse contact met de patiënt. Allen moeten daarbij betrokken zijn. Het is echter de hoogste leiding die het kwaliteitsbeleid stuurt,

en bepaalde initiatieven moet ondersteunen en bekrachtigen.

Mevrouw Yolande Avondroodt vraagt zich af in welke mate de hoogste leiding zich met de kwaliteit van de zorg zal bezighouden. Het is belangrijk om te bepalen wie waarvoor verantwoordelijk is, samen met de bekwaamheid, de middelen en de autonomie die nodig zijn voor het systematisch registreren van de problemen. De geneesheren in de ziekenhuizen vormen hierbij een speciaal aandachtspunt. Zij zijn de hoofdverantwoordelijken in het behandelingsproces en nemen een centrale plaats in. Velen hebben echter een contractuele verbintenis sui generis t.a.v. de hoogste leiding van het ziekenhuis. Bovendien vallen beroepstitels, accreditering en erkenningen onder de bevoegdheid van de federale minister van Sociale Zaken.

Het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche bij artikel 2, 4° wordt aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

#### Artikel 2, 6°

In een amendement in bijkomende orde op artikel 2 stelt mevrouw Ria Van Den Heuvel voor om in 6° op de eerste regel het woord "kwaliteitshandboek" te vervangen door het woord "kwaliteitshandleiding" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3).

De term "boek" suggereert een omvangrijk werkstuk. Afhankelijk van de grootte van de voorziening kan de handleiding meer of minder omvangrijk zijn. Kwaliteitshandleiding is in deze zin een minder suggestieve omschrijving dan kwaliteitshandboek. Hiermee vermindert het risico dat alle aandacht naar het papier gaat, zowel in de voorzieningen als bij de inspectie.

De term "handboek" werd verkozen boven de term "handleiding", antwoordt de minister, omdat dit internationaal de meest gangbare term is die daarvoor wordt gebruikt: quality manual, manuel qualité, Qualitätsmanagementshandbuch. Daarom pleit de minister voor het behoud van de term "handboek".

Het amendement in bijkomende orde van mevrouw Ria Van Den Heuvel op artikel 2, 6° wordt verworpen met 9 stemmen tegen 2 bij 4 onthoudingen.

#### Artikel 2, 7°

Bij artikel 2, 7° is er een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche dat ertoe strekt de woorden "praktijken, middelen en volgorde van handelingen" te vervangen door "operationele doelstellingen, middelen, procedures en acties" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 2).

Het is immers accurater om te spreken van operationele doelstellingen dan van specifieke praktijken. De omschrijving in het amendement nodigt uit tot nadenken over waar men naartoe wil, hoe men dit wil bereiken en de concrete invulling die men eraan geeft.

Het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche bij artikel 2, 7° wordt aangenomen met 12 stemmen tegen 2 bij 1 onthouding.

#### Artikel 2, 8°

Bij artikel 2, 9° is er een amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avondroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt een punt 9° toe te voegen dat luidt als volgt: "9° kwaliteitscoördinator: persoon die als aanspreekpunt fungeert en die de kwaliteitsinspanningen van de voorziening begeleidt." (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4). Er wordt verwezen naar de bespreking van het amendement in hoofdorde op artikel 2.

Het amendement van mevrouw Yolande Avondroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot tot toevoeging van 9° wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Het geamendeerde artikel 2 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 7 onthoudingen.

#### Artikel 3

De voorziening is verplicht verantwoorde zorg of bijstand te verstrekken aan iedere patiënt. Mevrouw Patricia Ceysens vraagt of met die bepaling specifiek ingegaan kan worden op bv. de eigen overtuiging van de patiënt. Mormonen bv. aanvaarden geen verdoving.

Elk ziekenhuis is verplicht om dringende zorg te verstrekken. Mevrouw Yolande Avondroodt meent

te weten dat OCMW's eisen dat een patiënt die bestaansminimumtrekker is, na stabilisatie van zijn gezondheidstoestand getransfereerd wordt naar een OCMW-ziekenhuis. Letterlijke toepassing van artikel 3 zou dus ingaan tegen die verplichting, meent het lid. Wat is het standpunt van de minister ?

De minister antwoordt dat artikel 3 alleen tot doel heeft uitdrukkelijk het principe van de non-discriminatie op te nemen. Artikel 4 bevat de bepalingen ter uitvoering van artikel 3 dat een algemene draagwijdte heeft. In artikel 4 wordt duidelijk gesteld dat het kwaliteitsbeleid gericht is op de respectvolle omgang met de patiënt, met als elementen de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, inspraak van de patiënt...

Als het OCMW de kosten voor een onvermogene patiënt moet dragen, verkiest het OCMW inderdaad dat de patiënt in een instelling van het OCMW verzorgd wordt, antwoordt de minister. Maar dat is geen verplichting. Er blijft zoiets bestaan als het principe van de vrije keuze van de patiënt.

De heer Bart Vandendriessche beaamt dat. Men kan de patiënt niet verplichten overgebracht te worden naar een ander ziekenhuis. Er wordt met dit decreet niets gewijzigd aan de organieke wet op de OCMW's.

Bij artikel 3 is er een amendement van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4) dat ertoe strekt artikel 3 onder te brengen bij Hoofdstuk II, Verplichtingen van de verzorgingsvoorzieningen. Artikel 3 bevat een verplichting, waarvan artikel 4 de uitvoering is. Bijgevolg is het logisch artikel 3 te verplaatsen. Dit amendement houdt meteen ook een technische correctie van de titel van hoofdstuk II in.

De minister heeft er geen bezwaar tegen. Artikel 3 en artikel 4 moeten wel twee afzonderlijke artikelen blijven : artikel 3 is een algemene non-discriminatiebepaling, artikel 4 is concreet de uitvoering van die verplichting.

Bij artikel 3 is er ook een amendement van de heren Felix Strackx en Wilfried Aers (ibid.) dat ertoe strekt op de zesde en zevende regel het woord "verantwoorde" te vervangen door de woorden "de best mogelijke". "Verantwoorde zorg" is te vaag en voor te veel interpretaties vatbaar. "De best mogelijke zorg" is beter objectief vast te stellen.

Het begrip "verantwoorde zorg" wordt geëxpliciteerd in artikel 4, antwoordt de minister. Verantwoorde zorg houdt rekening met doeltreffendheid, doelmatigheid, veiligheid, continuïteit van en maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg. De notie wordt ook gehanteerd in het Nederlandse kwaliteitsdecreet.

Het amendement van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot op artikel 3 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Ten gevolge van de aanneming van dit amendement wordt artikel 3 verplaatst naar Hoofdstuk II, Verplichtingen van de verzorgingsvoorzieningen.

Het amendement van de heren Felix Strackx en Wilfried Aers op artikel 3 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

Artikel 3 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 7 onthoudingen.

## HOOFDSTUK II

### Verplichtingen van de verzorgingsvoorzieningen

#### Artikel 4

Vooraleer IKZ verplicht opgelegd wordt, moeten de argumenten ervoor grondig onderzocht worden, meent mevrouw Yolande Avontroodt. Zal de kwaliteitszorg tot een gezonde concurrentie leiden ? Is creatieve kwaliteitsverbetering mogelijk binnen de bestaande keurslijven ? De voorzieningen worden gevat door wetgeving op verschillende niveaus, betreffende tal van domeinen. In het overheidsbeleid ontbreekt het aan kwaliteitszorg. De beheersvrijheid van de individuele instellingen wordt beknot. Opbouw van onderuit wordt niet bevorderd door dirigisme.

De minister ontkent dat dit decreet een vorm van overregulering is. Integendeel, het is een begin van herregulering. In het licht van een stapsgewijze defederalisering kan dit kwaliteitsdecreet de basis zijn voor de vereenvoudiging van bestaande regels.

#### Artikel 4, eerste lid

In een amendement op artikel 4 (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3) stelt mevrouw Ria Van Den Heuvel



voor om in het eerste lid op de tweede regel het woord "integraal" te schrappen. Hierbij verwijst zij naar de argumentatie bij het amendement in bijkomende orde bij artikel 2, 3°.

De minister pleit voor het behoud van het woord "integraal". Het veronderstelt de medewerking van alle betrokkenen.

Het amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2 bij 3 onthoudingen.

#### Artikel 4, eerste lid, 1°

Bij artikel 4 eerste lid is er een amendement van de heren Felix Strackx en Wilfried Aers (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4) dat ertoe strekt 1° te vervangen door wat volgt : "1° de best mogelijke zorg die in de gegeven omstandigheden haalbaar is ;". De indieners vinden dat de bepaling in het decreet te veel neigt naar een kosten/baten-analyse, die moeilijk te hanteren is wanneer men met mensen werkt. Het begrip maatschappelijke aanvaardbaarheid is rekbaar en evolueert in de tijd. Het is bovendien een gevaarlijk begrip : men zou er een pleidooi voor euthanasie in kunnen lezen.

Bij artikel 4 eerste lid is er een amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt en de heer Etienne De Groot (ibid.) dat ertoe strekt in 1° op de tweede en derde regel de woorden "en maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg" te vervangen door wat volgt : "van de zorg en met de algemene beginselen van de geneeskundige plichtenleer". De interpretatie van het zeer rekbaar en dus gevaarlijk begrip "maatschappelijke aanvaardbaarheid" zal onvermijdelijk aanleiding geven tot ethische en deontologische problemen voor de artsen. Alleen de geneeskundige plichtenleer kan voor de arts de enige leidraad zijn.

Mevrouw Yolande Avontroodt merkt daarbij op dat de zorgverstrekking alleen als een middelenverbintenis beschouwd kan worden, niet als een resultaatsverbintenis.

Bij artikel 4 eerste lid is er verder een amendement van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt in 1° de woorden "en de maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg" te schrappen. Hier geldt gedeeltelijk dezelfde argumentatie als bij het vorige amendement.

Moet een arts zich bij de behandeling van bv. een zeventigjarige afvragen of de maatschappij die behandeling aanvaardt, werpt mevrouw Patricia Ceysens op.

Verantwoorde zorg is een veranderlijk begrip, antwoordt de minister. Het begrip expliciteren houdt in dat het niet kan beantwoorden aan de evolutie. Kosten/baten moeten niet altijd gezien worden in termen van centen, maar ook in functie van de draagkracht, van het leven van een persoon.

Voor de betekenis van "maatschappelijk aanvaardbaarheid" verwijst de minister naar de memorie van toelichting : "De maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg houdt in dat bij zorgverlening de zorgverlener dient na te gaan of de behandeling die men voorstelt, aanvaard wordt door de maatschappelijke omgeving van de patiënt/cliënt en door de ruimere maatschappij. Vooral bij het begin en het einde van het leven rijzen vragen naar de ongebreidelde toepassing van de voorhanden zijnde medische technieken. Dit kan bv. bij de behandeling van terminale patiënten leiden tot therapeutische hardnekkigheid waardoor het recht van de betrokkenen op een menswaardig sterven in het gedrang komt. Het ontbreken van algemene normen terzake brengt mee dat de kwaliteit van de zorg slechts kan gerealiseerd worden indien ook aan deze aspecten door de voorziening zelf op passende wijze voldoende aandacht wordt besteed.". Volgens de minister kan hierin geen pleidooi voor (het recht op) levensbeëindiging gelezen worden. Het pleit alleen tegen therapeutische hardnekkigheid.

Het decreet bemoeit zich niet met de relatie arts-patiënt. Elke zorg moet hoe dan ook volgens de beginselen van de geneeskundige plichtenleer verstrekt worden. De medische plichtenleer is overigens een federale bevoegdheidsmaterie waar de minister niet aan raakt.

Bij artikel 4 eerste lid, 1° is er ook een amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel dat ertoe strekt om na de woorden "rekening houdend met" de woorden "onder meer" toe te voegen (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3). Zij verwijst hierbij naar de opmerking van de SERV die stelt dat in het ontwerpdecreet de opsomming van elementen waarmee verantwoorde zorg aangeduid wordt, limitatief is gehouden, in tegenstelling tot de artikelsgewijze commentaar in de memorie van toelichting. Het is aangewezen om in het ontwerpdecreet de lijst van de omgesomde elementen niet sluitend te maken. Het begrip verantwoorde zorg is immers verander-

lijk in de tijd en zal desgevallend opnieuw moeten worden bepaald.

Op zich heeft de minister geen bezwaar tegen die toevoeging. De memorie van toelichting zegt inderdaad dat de opsomming in 1° niet limitatief is. Het is echter legistiek niet correct om de woorden "onder meer" in een wettekst op te nemen. In essentie wijzigt de tekst daardoor niet.

Het amendement bij artikel 4 eerste lid, 1° van de heren Felix Strackx en Wilfried Aers wordt verworpen met 8 stemmen tegen 2 bij 5 onthoudingen.

Het amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt en de heer Etienne De Groot wordt verworpen met 8 stemmen tegen 7.

Het amendement bij van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot wordt verworpen met dezelfde stemuitslag.

Het amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel wordt verworpen met 8 stemmen tegen 2 bij 5 onthoudingen.

#### Artikel 4, eerste lid, 2°

Bij artikel 4 eerste lid 2° is er een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche dat ertoe strekt om op de tweede regel na het woord "patiënt" de woorden "rekening houdend met zijn sociale context" toe te voegen (stuk 367 (1995-1996) – nr. 2). Kwaliteitsbeleid moet ook aandacht hebben voor de sociale relaties, de omgeving van de patiënt, zijn achtergrond. Ook de naasten, die soms met dramatische situaties geconfronteerd worden, moeten de nodige aandacht krijgen.

Mevrouw Patricia Ceysens mist in dit artikel eveneens de band met de familie, met de entourage van de patiënt, met de gemeenschap. Met het amendement van de VLD-fractie ter vervanging van de definities, waarbij de definitie cliënt verruimd werd, wordt van bij de aanvang aan dit tekort tegemoetgekomen. Het woord "sociale context" is volgens het lid hier niet correct. "Omgeving" is te verkiezen.

De indieners reageren dat "context" veel ruimer is dan "omgeving".

De minister oordeelt dat het amendement beantwoordt aan de bekommernis dat niet alleen met de patiënt rekening gehouden moet worden.

Er is verder een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche dat ertoe strekt om op de vierde regel na de woorden "het zelfbeschikkingsrecht" de woorden "de klachtenbemiddeling en -behandeling" in te voegen (ibid.). Klachtenbemiddeling en -behandeling maken deel uit van het respect voor de patiënt.

Bij artikel 4 eerste lid is er een amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel dat ertoe strekt om aan 2° de woorden ", het klachtenrecht" toe te voegen (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3). De indiener herhaalt dat de positie van de patiënt in dit decreet steviger ingebouwd moet worden. (Zie ook tweede amendement in bijkomende orde bij artikel 2, 3°)

Mevrouw Patricia Ceysens is eveneens de mening toegedaan dat klachtenbehandeling expliciet deel moet uitmaken van IKZ.

De minister verkiest de formulering "klachtenbemiddeling en -behandeling". In de term "klachtenrecht" komen de twee essentiële fasen niet tot uiting : de bemiddeling en de behandeling.

Bij artikel 4 eerste lid is er ook een amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt aan 2° de woorden "en de tijdige en correcte berichtgeving aan de verwijzer" toe te voegen (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4). Het ontbreken van tijdige en correcte berichtgeving is een gebrek van kwaliteit zowel voor de patiënt als voor de zorgverstrekker.

De minister antwoordt dat tijdige en correcte berichtgeving aan de verwijzer vervat zit in "de passende verwijzing van de hulpvrager" en "informatie" in punt 2°. Ook "continuïteit van de zorg" (1°) is niet mogelijk zonder tijdige en correcte berichtgeving aan de verwijzer. De minister vreest de tekst van het decreet onnodig te verzwaren als men dat alles expliciet opneemt. De feedback voor de verwijzer kan wel één van de belangrijke thema's worden in de eerste periode van de implementatie van de kwaliteitszorg. Dat kan via uitvoeringsbesluit geregeld worden.

Mevrouw Patricia Ceysens vraagt waarom de minister voor de geladen term "zelfbeschikkingsrecht" gekozen heeft. Mevrouw Trees Merckx-Van Goey vindt de term eveneens verwarrend. Is "autonomie van de patiënt" niet verkieslijk ? De heer

Etienne De Groot verkiest dan weer de term "zelfbeschikkingsrecht", die volgt uit de wilsautonomie van de patiënt. De patiënt moet mee betrokken worden bij en mee beslissen over het therapeutisch gebeuren. Dat beperkt zich niet tot levensbeëindiging. Iedere patiënt heeft het recht een behandeling te weigeren.

Zelfbeschikkingsrecht betekent dat de patiënt autonoom moet kunnen oordelen over zijn behandeling, antwoordt de minister. In die zin pleit de minister voor het behoud van de term.

Het eerste amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche bij artikel 4 eerste lid, 2° wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 2 bij 4 onthoudingen. De VLD-fractie heeft zich onthouden omdat ze de term "context" niet goed gekozen vindt.

Het tweede amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche wordt aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel wordt ingetrokken.

Het amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt en de heer Etienne De Groot wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

#### Artikel 4, tweede lid

Bij artikel 4 tweede lid is er een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche dat ertoe strekt om op de tweede en de derde regel de woorden "een voortdurende voortgangsbewaking" te vervangen door de woorden "overleg met alle betrokkenen, een voortdurende opvolging en bewaking" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 2). Volgens de indieners is overleg met alle betrokkenen (patiënten, personeel) noodzakelijk om een kwaliteitsbeleid te implementeren en op te volgen.

De minister steunt dit amendement. Het expliciteert wat onder IKZ begrepen wordt.

Het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche wordt aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het geamendeerde artikel 4 wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

#### Artikel 5

Mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dienen een amendement in hoofdorde in dat ertoe strekt de artikelen 5 tot 9 te vervangen door een nieuw artikel 5 dat luidt als volgt :

#### "Artikel 5

Ter uitvoering van het in artikel 4 omschreven kwaliteitsbeleid verstrekt de minister praktische aanbevelingen aan de verzorgingsvoorzieningen, rekening houdend met de federale wetten, besluiten en reglementen die ter zake van toepassing zijn. Deze aanbevelingen houden eveneens rekening met de algemene beginselen van de geneeskundige plichtenleer.

De Vlaamse regering bepaalt, na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad en van de Nationale Orde van Geneesheren, de thema's waarop het kwaliteitsbeleid zich kan toespitsen.

De Vlaamse regering stelt, na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad en van de Nationale Orde van Geneesheren, een lijst op van de aanvaardbare kwaliteitsindicatoren." (Stuk 367 (1995-1996) – nr. 4).

De gezondheidssector is een arbeidsintensieve sector die reeds lang te kampen heeft met toenemende administratieve verplichtingen. Een kwaliteitshandboek en -plan betekent een nieuwe administratieve belasting zonder aantoonbare perspectieven op een reële kwaliteitsverbetering.

In de huidige stand van wetgeving beperkt de Vlaamse regering zich beter tot positieve aanbevelingen en sensibiliseringscampagnes aan de verzorgingsvoorzieningen, los van elke erkenning. In geval van een eventuele latere volledige defederalisering dient natuurlijk een en ander te worden herzien.

Maar het is wenselijk om nu reeds de instanties die nu reeds op federaal vlak als deskundigen erkend worden, bij het kwaliteitsbeleid te betrekken. In landen in Noord-Europa gaat de overheid trouwens verder : ze delegeert opdrachten als peer review integraal aan het beroep zelf.

De heer Marc Olivier ziet niet in waarom de Nationale Orde van Geneesheren geraadpleegd moet

worden als de Vlaamse Gezondheidsraad al haar advies gegeven heeft.

De heer Peter De Ridder merkt op dat de VLD-fractie in haar amendement in tweede bijkomende orde bij artikel 5§ 3 niet verwijst naar de Nationale Orde. Waarom hier dan wel ?

De heer Etienne De Groot benadrukt het belang van overeenstemming tussen de beslissing van de regering en de regels van de Nationale Orde. De regels van de Nationale Orde zijn ook in Vlaanderen van toepassing.

Mevrouw Yolande Avontroodt vervolgt dat dit amendement tot vervanging van artikel 5 tot 9 meer verstrekkend is. Vandaar de vermelding van de Nationale Orde van Geneesheren.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey suggereert om de thema's, na advies van de VGR, aan deze commissie voor te leggen, vooraleer ze via uitvoeringsbesluit opgelegd worden.

Bij artikel 5 is er een amendement in eerste bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot tot schrapping van artikel 5 (ibid.). De indieners wijzen erop dat dit ontwerpdecreet een kaderdecreet moet worden. Binnen de lijnen van de definities in artikel 2 moeten de voorzieningen in staat zijn autonoom een kwaliteitssysteem op te bouwen. Het huidige artikel 5 is te dirigistisch en dreigt te resulteren in een omgekeerd effect. Zonder extra financiële middelen valt te vrezen dat de bijkomende administratieve rompslomp tot werkoverlast leidt zonder garantie voor aantoonbare kwaliteitsverbetering. Er worden ook geen criteria geformuleerd waaraan de Vlaamse regering zich moet houden bij haar toezichtsfunctie.

Minister Wivina Demeester-De Meyer wijst op het fundamentele belang van artikel 5. Het decreet heeft geen zin als de verplichtingen geschrapt worden. Definities op zich hebben geen zin ; ze moeten worden toegepast. Men brengt geen verandering teweeg als een visie niet opgelegd wordt. Een systeem moet uitgewerkt worden en de overheid moet via een daartoe opgerichte cel (administratie en externen) steun verlenen aan de voorzieningen. De uitvoeringsbesluiten moeten opgesteld worden in functie van de patiënt/cliënt. Die heeft tot nog toe te veel in de kou gestaan.

Het kwaliteitshandboek omschrijft de visie en de doelstellingen van het interne kwaliteitsbeleid. Het bevat vrijgekozen thema's. Maar er moeten ook

gemeenschappelijke en dus verplichte thema's zijn. Op termijn moeten vergelijkbare gegevens verzameld kunnen worden. Meten is weten, waardoor de fouten weggewerkt kunnen worden. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft gesteld dat tegen het jaar 2.000 een aantal gezondheidsdoelstellingen geformuleerd moeten worden. Die doelstellingen moeten terug te vinden zijn in de voorzieningen. Dat is alleen mogelijk als de beleidsprioriteiten van de voorzieningen overeenkomen met de beleidsprioriteiten van de regering. Naar aanleiding van het debat over die doelstellingen, ook in het parlement, moeten een aantal thema's geformuleerd worden. De minister engageert er zich toe de verplichte thema's per soort voorziening voor het advies van de VGR aan deze commissie voor te leggen.

Het handboek mondt uit in het kwaliteitsplan. De thema's worden dan in operationele doelstellingen vertaald. De inspanningen worden gemeten op basis van indicatoren : indicatoren die de voorziening zelf bepaalt en gemeenschappelijke indicatoren door de regering bepaald.

De minister ontwaart bij de voorzieningen enerzijds de vrees om te falen. Daarom mag de sector terecht verwachten dat de overheid hen ondersteunt. Er zal een begeleidende structuur opgezet worden. Anderzijds is er bij de voorzieningen de drang naar kwaliteitszorg in functie van de patiënt/cliënt.

De minister gaat voorbij aan de administratieve overbelasting van de voorzieningen, meent de heer Etienne De Groot. Verpleegkundigen worden daar nu al voor ingeschakeld. De oprichting van een ondersteunende cel biedt onvoldoende soelaas.

De beste bescherming van de rechten van de patiënt zijn de beginselen van de geneeskundige plichtenleer, vervolgt mevrouw Yolande Avontroodt. Het eerste amendement wil extra waarborgen bieden inzake de lijst van kwaliteitsindicatoren. De objectieve deskundigheid is immers niet gewaarborgd in de huidige VGR.

Mevrouw Patricia Ceysens is van oordeel dat de verplichtingen reeds in de artikelen 3 en 4 vervat zitten. Het dirigisme van artikel 5 past niet in een kaderdecreet. Bovendien verschilt de omschrijving van het kwaliteitshandboek in artikel 5 met de definitie in artikel 2. Ook voor het kwaliteitsplan wordt een verder omschrijving gegeven. Het is verkiezelijk artikel 2 en 5 samen te voegen en de dirigistische elementen eruit te halen.

De minister antwoordt dat de verplichtingen in artikel 3 en 4 te algemeen zijn. Ze bepalen niet hoe IKZ ontwikkeld moet worden. Een degelijke uniforme registratie kan op die wijze niet gerealiseerd worden.

Vanzelfsprekend geldt op micro-niveau, nl. in de individuele relatie zorgverstrekker-patiënt, de deontologische codeleer, vervolgt de minister. Het decreet treedt echter op op het organisatiegebieden, op het meso-niveau. Onderzoek naar vermijdbare fouten wijst uit dat fouten vaak een gevolg zijn van communicatiestoornissen in het zorgverstrekkingsproces in de voorziening en niet van een foutief optreden van de individuele zorgverstreker. Het decreet grijpt in op het niveau van de voorziening met als doel de patiënt centraal te plaatsen.

Mevrouw Yolande Avontroodt gaat akkoord met het uitgangspunt om de patiënt centraal te stellen, maar als het decreet louter ingrijpt op het niveau van de voorziening, kan niet van "integrale" kwaliteitszorg gesproken worden.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel sluit zich daarbij aan. Op zich heeft het lid geen bezwaar tegen het ingrijpen op voorzieningsniveau met als doel op termijn de patiënt centraal te stellen. Maar dan mag dit decreet geen kwaliteitsdecreet genoemd worden. De patiënt wordt als argument gebruikt om in te grijpen in de verhouding voorzieningen-overheid.

Het amendement in hoofddorde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot tot vervanging van de artikelen 5 tot 9 door een nieuw artikel 5 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

Het amendement in eerste bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot wordt verworpen met 8 stemmen tegen 4 bij 3 onthoudingen.

#### Artikel 5, § 1

Bij artikel 5 § 1 is er een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche dat ertoe strekt de woorden ", bekrachtigd door de hoogste leiding" toe te voegen (stuk 367 (1995-1996) – nr. 2). Dit amendement moet samengezien worden met de amendementen bij artikel 2, 4°, bij artikel 4 tweede lid en bij artikel 5 § 3. De verantwoordelijkheid voor en de betrok-

kenheid bij een kwaliteitsbeleid berusten bij de hoogste leiding. Zij moet erover waken dat haar kwaliteitsbeleid wordt begrepen, geïmplementeerd en beoordeeld op alle niveaus van de voorziening. Alle personeel dient betrokken te worden bij de implementatie van het kwaliteitsbeleid. De tekst wordt logischer opgebouwd als aan § 1 de bekrachtiging door de hoogste leiding van het kwaliteitsplan en het kwaliteitshandboek toegevoegd wordt en "hoogste leiding binnen de" in § 3 a) geschrapt wordt.

Het is inderdaad logisch dat de bekrachtiging door de hoogste leiding in dit artikel naar voren geschoven wordt, nl. van § 3, a) naar § 1, antwoordt de minister.

Het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche wordt aangenomen met 10 stemmen bij 5 onthoudingen.

#### Artikel 5, § 2

Bij artikel 5 § 2 is er een amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel dat ertoe strekt het derde en het vierde lid te vervangen door wat volgt : "Elke verzorgingsvoorziening bepaalt en motiveert de thema's die in haar kwaliteitsbeleid worden opgenomen en uitgewerkt.". (Stuk 367 (1995-1996) – nr. 3)

De indiener vindt het decreet te dirigistisch. Er wordt teveel opgelegd zonder dat er iets tegenover staat. Kwaliteitszorg moet van onderuit groeien en kan niet willens nillens opgelegd worden. De thema's die wenselijk zijn, kunnen verschillen van voorziening tot voorziening, en moeten vertrekken vanuit hun zwakte/sterkte-analyse.

De Vlaamse regering bepaalt per verzorgingsvoorziening welke thema's al dan niet verplicht opgelegd worden. Mevrouw Trees Merckx-Van Goey vraagt welke kamer van de Vlaamse Gezondheidsraad advies moet uitbrengen over de thema's. De CGG's bv. maken geen deel uit van de curatieve kamer. De voorzitter is verder de mening toegedaan dat niet dezelfde thema's aan alle voorzieningen verplicht opgelegd mogen worden. Zij pleit ervoor om verplichte thema's uit te sluiten voor coördinerende samenwerkingsverbanden.

De minister verwijst naar haar antwoord op het amendement van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot tot vervanging van de artikelen 5 tot 9.

De gemeenschappelijke thema's zullen aan beide kamers van de VGR voorgelegd worden. Het advies over sectorspecifieke thema's wordt daarentegen het best door werkgroepen uitgebracht, die kameroverschrijdend zijn.

De thema's kunnen voor bepaalde jonge sectoren gespreid worden in de tijd. Het aantal verplichte thema's kan ook beperkt worden tot één. Daarnaast kan de regering een drietal thema's voorstellen, waaruit de voorziening zelf kan kiezen, overeenkomstig zijn eigen sterkte/zwakte-analyse.

Het amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 bij 6 onthoudingen.

#### Artikel 5, § 3

Bij artikel 5 § 3 is er een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche dat ertoe strekt in het eerste lid a) op de tweede regel de woorden "hoogste leiding binnen de" te schrappen (stuk 367 (1995-1996) – nr. 2). Dit amendement moet samengezien worden met het amendement op § 1 van artikel 5.

Bij artikel 5 § 3 is er verder een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche dat ertoe strekt in het eerste lid c) de woorden ", alsmede de vorderingen en resultaten" toe te voegen (ibid.). Het is belangrijk dat men ook een zicht heeft op de vorderingen en de resultaten die in de kwaliteitszorg geboekt worden.

De minister leidt uit dit amendement af dat het de bedoeling is de opeenvolgende stappen te kunnen beoordelen.

Bij artikel 5 § 3 is er een amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel dat ertoe strekt in het eerste lid d) te vervangen door wat volgt : "d) de bepaling van een procedure voor beantwoording van klachten en vragen om informatie van patiënten/cliënten en de evaluatie van de werking van die procedure.". (Stuk 367 (1995-1996) – nr. 3)

De patiëntenrechten (cliëntenrechten) worden in dit decreet beperkt tot een jaarlijks tevredenheidsonderzoek. De zinvolheid ervan kan men zeer in vraag stellen, zeker als dat de enige spreekbuis wordt voor de patiënt. Met het amendement wordt verondersteld dat de voorziening een systeem ontwikkelt waardoor aan de patiëntenrechten optimaal tegemoetgekomen wordt.

De minister antwoordt dat de bepaling in het ontwerpdecreet ruimer opgevat is dan louter klachtenprocedure.

Bij artikel 5 § 3 is er verder een eerste amendement in tweede bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4) dat ertoe strekt in het eerste lid d) te schrappen. De indieners vinden het niet realistisch de verzorgingsvoorziening zelf verantwoordelijk te stellen voor het onderzoek naar de tevredenheid van de patiënten/cliënten.

Verder is er een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche dat ertoe strekt in artikel 5 eerste lid § 3 d) op de eerste regel het woord "jaarlijks" te vervangen door het woord "systematisch" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 2). Het onderzoek naar de tevredenheid is een continu gebeuren.

Mevrouw Kathy Lindekens wijst op het belang dat op korte of langere termijn alle gegevens door de geïnteresseerde patiënten ingezien kunnen worden. Is een dergelijke openbaarheid van bestuur binnen afzienbare tijd mogelijk ?

Systematisch onderzoek is inderdaad beter dan jaarlijks onderzoek, beaamt de minister. Afhankelijk van de aard van de voorziening kan de frequentie van het onderzoek hoger of lager liggen. De minister pleit ervoor het inzagerecht voor de patiënten nu nog niet in te schrijven. In deze fase van het proces zou dit bij bepaalde voorzieningen op enorme weerstand stuiten.

Bij punt d) is er ook een amendement van de heren Felix Strackx en Wilfried Aers dat ertoe strekt op de eerste en tweede regel de woorden "het jaarlijks onderzoek naar de tevredenheid van patiënten/cliënten" te vervangen door de woorden "de voortdurende bewaking van het verstrekken van de best mogelijke zorg aan de patiënt/cliënt" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3). Het verstrekken van de best mogelijke zorg aan de patiënt vereist een voortdurende bewaking. Een evaluatiemoment per jaar is dus beslist onvoldoende volgens de indieners.

Bij artikel 5 § 3 is er een tweede amendement in tweede bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4) dat ertoe strekt het tweede lid te vervangen door wat volgt : "De Vlaamse regering stelt, na overleg met de betrokken verzorgingsvoorzieningen en de

representatieve verenigingen van zorgverstrekkers en na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, een lijst op van de aanvaarde kwaliteitsindicatoren."

Enkel in overleg met de betrokken verzorgingsvoorzieningen en de representatieve verenigingen van zorgverstrekkers en na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, kan de Vlaamse regering een lijst maken van de kwaliteitsindicatoren.

Als met representatieve verenigingen de verkozen verenigingen bedoeld worden, zoals van verpleegkundigen, kinesisten, tandartsen, arsten, laboranten enz., dan betekent het amendement een enorme verzwarende van de procedure, merkt de heer Bart Vandendriessche op.

De minister begrijpt de indieners niet. Door de representatieve organisaties te betrekken wordt de zo verzuisde verzuiling binnengehaald.

Verder is er een amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche dat ertoe strekt aan § 3 tweede lid het volgende toe te voegen: "Ze kan de minimale vereisten bepalen waaraan het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsplan per soort van verzorgingsvoorziening moet voldoen.". De indieners vinden het zinvol dat de Vlaamse regering enkele uniforme vereisten kan opleggen, zolang aangepast aan het soort verzorgingsvoorziening.

Ondanks de toevoeging via dit amendement waardoor in de uitvoeringsbesluiten een onderscheid gemaakt kan worden per soort van voorziening, blijven de bepalingen in artikel 5 van toepassing voor alle voorzieningen, concludeert mevrouw Trees Merckx-Van Goey. Het is wenselijk de organisaties die deel uit maken van een samenwerkingsverband niet nog eens bijkomend al die verplichtingen op te leggen als samenwerkingsverband.

De minister stemt in met het amendement.

Het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche bij artikel 5 § 3 a) wordt aangenomen met 10 stemmen bij 5 onthoudingen.

Het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche bij artikel 5 § 3 c) wordt aangenomen met 10 stemmen bij 5 onthoudingen.

Het amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel bij artikel 5 § 3 tot vervanging van d) wordt verworpen met 8 stemmen tegen 2 bij 5 onthoudingen.

Het amendement in tweede bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot tot schrapping van d) wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

Het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche bij artikel 5 § 3 d) wordt aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het amendement van de heren Felix Strackx en Wilfried Aers bij artikel 5 § 3 d) wordt verworpen met 8 stemmen tegen 2 bij 5 onthoudingen.

Het amendement in tweede bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot tot vervanging van het tweede lid wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

Het amendement van mevrouw Kathy Lindekens en de heer Bart Vandendriessche bij § 3 tweede lid wordt aangenomen met 10 stemmen bij 5 onthoudingen.

#### Artikel 5, § 4

Er is een amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel dat ertoe strekt in § 4 na het eerste lid een nieuw lid in te voegen dat luidt als volgt: "De door de verzorgingsvoorziening aangewezen kwaliteitscoördinator kan voldoende tijd en ruimte vrijmaken – in overeenstemming met de grootte van de voorziening – voor de uitvoering en implementatie van het kwaliteitsbeleid. De Vlaamse regering voorziet hiervoor in de nodige middelen. Tevens wordt voorzien in een extra budget voor opleiding en vorming van al het personeel." (Stuk 367 (1995-1996) – nr. 3).

Volgens de indiener zal het voorgestelde kwaliteitsbeleid handen vol geld kosten. Op korte termijn kan het zelfs kostenverhogend werken. Zelfs als het voeren van een kwaliteitsbeleid in de verzorgingsvoorzieningen op termijn kostenbesparend zou blijken, moet bij de invoering ervan voldoende middelen worden vrijgemaakt.

De minister antwoordt dat geen bijkomende middelen uitgetrokken kunnen worden omdat de

Vlaamse regering daardoor op federaal bevoegdheidsterrein zou treden. De Vlaamse overheid kan wel via een speciale cel ondersteuning geven.

Mevrouw Yolande Avontroodt wijst erop dat momenteel op federaal niveau alleen voor de universitaire ziekenhuizen in een kwaliteitscoördinator voorzien wordt. Hoe moet dit dan voor de algemene ziekenhuizen en de andere voorzieningen ?

De heer Marc Olivier en mevrouw Sonja Becq dienen twee amendementen die ertoe strekken in het eerste lid op de derde regel en in het tweede lid op de laatste regel het woord "expertise" te vervangen door de woorden "ervaring en deskundigheid".

Volgens Van Dale, verklarend woordenboek, betekent "expertise" een deskundig onderzoek. Uit de memorie van toelichting blijkt dat hier ervaring en deskundigheid wordt bedoeld. Vandaar deze tekstwijziging.

Met expertise wordt inderdaad bedoeld dat de kwaliteitscoördinator over deskundigheid en ervaring, dus over de know-how beschikt, antwoordt de minister.

Het amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel wordt verworpen met 10 stemmen bij 5 onthoudingen.

De amendementen van de heer Marc Olivier en mevrouw Sonja Becq wordt eenparig aangenomen met 15 stemmen.

Het geamendeerde artikel 5 wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 4 bij 3 onthoudingen.

### HOOFDSTUK III

#### Toezicht

#### Artikel 6

Bij artikel 6 is er een amendement in hoofddorde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt het artikel te schrappen. Dit amendement is het logische gevolg van het amendement tot vervanging van de artikelen 5 tot 9 door een nieuw artikel 5 (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4). Door de verwerping van dit laatste amendement is het amendement tot schrapping van artikel 6 zonder voorwerp.

Verder is er een amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt het artikel 6 te vervangen door wat volgt :

#### "Artikel 6

Enerzijds richt de Vlaamse regering een dienst op binnen haar administratie die de verzorgingsvoorziening begeleidt bij het opzetten van een kwaliteitssysteem.

Anderzijds wijst de Vlaamse regering de ambtenaren-inspecteurs aan die toezicht uitoefenen op de toepassing van de bepalingen van dit decreet en die bevoegd zijn voor het uitvoeren van de kwaliteitssysteem-audit." (Stuk 367 (1995-1996) – nr. 4).

Als de overheid bepalingen oplegt over de organisatie van een kwaliteitssysteem is het evident dat zij de controle organiseert.

De minister antwoordt dat het niet gebruikelijk is in een decreet de ambtenaren aan te duiden die voor de ondersteuning ingeschakeld worden. De minister geeft de leden haar woord dat een ondersteunende cel opgericht wordt.

Het amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot wordt verworpen met 8 stemmen tegen 7.

Artikel 6 wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 4 bij 3 onthoudingen.

#### Artikel 7

Bij artikel 7 is er een amendement in hoofddorde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt het artikel te schrappen. Dit amendement is het logische gevolg van het amendement tot vervanging van de artikelen 5 tot 9 door een nieuw artikel 5 (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4). Door de verwerping van dit laatste amendement is het amendement tot schrapping van artikel 7 zonder voorwerp.

Verder is er een amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt in artikel 7 aan het laatste lid de volgende zin toe te voegen : "De verzorgingsvoorziening kan



beroep aantekenen tegen mogelijke sancties via betoelaging van infrastructuur." (ibid.). Volgens de indieners wordt in de memorie van toelichting (blz. 9) verwezen naar mogelijke sancties via de subsidiëring van de infrastructuur. Het amendement creëert de mogelijkheid ook daartegen beroep aan te tekenen.

De minister ontkent dat voorzieningen gesanctioneerd zouden worden via de subsidiëring voor infrastructuur. Dat is ook niet mogelijk. Een administratief rechtscollege kan niet beslissen over het al of niet toekennen van een budget. De paragraaf in de memorie van toelichting heeft niet die betekenis die de indieners eraan geven. Bedoeld wordt dat men 'zich kan afvragen' of voorzieningen nog wel recht hebben op subsidies als ze geen of te weinig inspanningen leveren voor kwaliteitszorg. Als het mogelijk zou zijn een zin te schrappen uit de memorie van toelichting, dan zou dat voor die zin gerust mogen, om alle misverstanden te vermijden, besluit de minister.

Het amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot wordt verworpen met 8 stemmen tegen 7.

Artikel 7 wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 3 bij 4 onthoudingen.

#### Artikel 8

Bij artikel 8 is er een amendement in hoofdorde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt het artikel te schrappen. Dit amendement is het logische gevolg van het amendement tot vervanging van de artikelen 5 tot 9 door een nieuw artikel 5 (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4). Door de verwerping van dit laatste amendement is het amendement tot schrapping van artikel 8 zonder voorwerp.

Bij artikel 8 is er verder een amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel dat ertoe strekt aan het artikel toe te voegen wat volgt: "Deze gegevens worden ter beschikking gesteld van het personeel en de gebruikers." (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3). IKZ-systemen kunnen slechts succesvol ingevoerd worden als de betrokkenheid en ondersteuning van alle actoren op het niveau van de voorzieningen gegarandeerd wordt. Niet alleen de strikte zorgverlening maar ook alle ondersteunende en organisatorische processen moeten erbij betrokken

worden. Ook de gebruikers moeten erbij gekend worden, als men ze werkelijk centraal wil plaatsen.

Of de gegevens al of niet ter beschikking gesteld worden aan het personeel en de gebruikers wordt het best overgelaten aan de vrijheid van de voorziening zelf, antwoordt de minister. Een dergelijke bepaling zou op verzet stuiten bij de voorzieningen.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel kan erin komen dat de informatie voor de gebruikers in een aangepaste vorm bekend gemaakt wordt.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey merkt op dat beter van "medewerkers" dan van "personeel" gesproken kan worden. Zoniet voelt het geneesherenkorps zich niet aangesproken.

Bij artikel 8 is er een amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt op de tweede en de derde regel de woorden "kwaliteitsbeleid, kwaliteitssysteem, kwaliteitshandboek en kwaliteitsplan" vervangen door het woord "kwaliteitssysteem" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4). Dit conform de definitie in artikel 2. In het systeem vindt men het plan, het handboek en het beleid als de missie gedefinieerd is, zegt mevrouw Patricia Ceysens.

De minister zou ermee kunnen instemmen als "kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem" opgenomen werden. Het kwaliteitsbeleid omvat kwaliteitshandboek en -plan. Dit artikel heeft uiteindelijk tot doel alle gegevens ter beschikking te stellen van de Vlaamse regering om de toepassing van het decreet goed te kunnen beoordelen.

De heer Felix Strackx dient een amendement in dat strekt ertoe artikel 8 te vervangen door wat volgt:

#### "Artikel 8

Elke verzorgingsvoorziening stelt aan de Vlaamse regering alle gegevens ter beschikking die voor het toezicht op de toepassing van dit decreet noodzakelijk zijn." (Ibid.)

Het is een vereenvoudiging en verruiming van de tekst.

De minister stemt in met het amendement. In feite is de opsomming in artikel 8 een herhaling. Het

decreet bepaalt dat het kwaliteitshandboek hoe dan ook voorgelegd moet worden. Daarin staat het kwaliteitssysteem beschreven.

Het amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel bij artikel 8 wordt verworpen met 10 stemmen tegen 5.

Het amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot wordt ingetrokken.

Het amendement van de heer Felix Strackx wordt aangenomen met 14 stemmen bij 1 onthouding.

Het geamendeerde artikel 8 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 5 onthoudingen.

#### Artikel 9

Bij artikel 9 is er een amendement in hoofddeorde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt het artikel te schrappen. Dit amendement is het logische gevolg van het amendement tot vervanging van de artikelen 5 tot 9 door een nieuw artikel 5 (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4). Door de verwerping van dit laatste amendement is het amendement tot schrapping van artikel 9 zonder voorwerp.

Bij artikel 9 is er een amendement in bijkomende orde van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt in §2, eerste lid, op de tweede regel de woorden "openbare of private instanties" te vervangen door de woorden "openbare of geaccrediteerde private instanties" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4).

Met de geaccrediteerde private instanties worden die instanties bedoeld die geen consulting mogen combineren met controleactiviteiten. Zij moeten zich beperken tot de auditactiviteiten om misbruiken binnen de sector te vermijden.

De minister verwijst naar de commentaar bij de artikelen in de memorie van toelichting. Daar wordt gesteld dat de erkende toezichthoudende instanties geen advies kunnen verstrekken aan de voorzieningen. Bovendien wenst de minister de term "geaccrediteerde" niet toe te voegen omdat alleen de federale overheid bevoegd is om instanties te accrediteren.

De indieners nemen geen voldoening met de verklaring van de minister. De bepaling moet in het decreet zelf opgenomen worden.

Het amendement in bijkomende orde wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

Artikel 9 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 7 onthoudingen.

### HOOFDSTUK IV

#### Slotbepalingen

#### Artikel 10

Artikel 10 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

#### Artikel 11

Bij artikel 11 is er een amendement van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dat ertoe strekt het artikel te vervangen door wat volgt :

#### "Artikel 11

De Vlaamse regering stippelt een stappenplan uit voor de ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem bestaande uit de volgende drie fasen :

fase I : tegen 1 januari 1999 moeten de verzorgingsvoorzieningen een missie hebben uitgewerkt ;

fase II : tegen 1 januari 2001 moeten de verzorgingsvoorzieningen een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsplan hebben uitgewerkt ;

fase III : tegen 1 januari 2004 moeten de verzorgingsvoorzieningen het kwaliteitssysteem hebben geïmplementeerd." (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4).

Uit de hoorzitting blijkt duidelijk dat de termijn zoals bepaald in het decreet niet realistisch is. De indieners willen de verzorgingsvoorzieningen meer tijd geven om een kwaliteitssysteem op te zetten en uit te voeren.

Er is verder een amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel dat ertoe strekt in het tweede lid op de tweede regel het jaartal "1999" te vervangen door het jaartal "2002" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3). Voor een kwaliteitsvolle invoering van een kwaliteitssysteem is tijd nodig.

De minister antwoordt dat einde 1999 als einde voor de overgangsfase vooropgesteld werd omdat de Wereldgezondheidsorganisatie gevraagd heeft tegen het jaar 2000 gezondheidsdoelstellingen bepaald te hebben. Er kan wel tegemoet gekomen worden aan de suggestie van de leden door het jaar "1999" te vervangen door het jaar "2000". Nu reeds zijn veel voorzieningen aan een opdrachtsbepaling bezig. Een stappenplan zit vervat in de uitwerking van de thema's : er wordt begonnen met een beperkt aantal thema's dat stelselmatig uitgebreid zal worden.

De heer Marc Olivier dient een amendement in dat ertoe strekt in het tweede lid op de tweede regel het jaartal "1999" te vervangen door het jaartal "2000" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 4).

Het amendement bij artikel 11 van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

Het amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel wordt verworpen met 10 stemmen tegen 2 bij 3 onthoudingen.

Het amendement van de heer Marc Olivier wordt aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het geamendeerde artikel 11 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 7 onthoudingen.

## Artikel 12

Mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot dienen een amendement in dat ertoe strekt op de tweede regel het jaartal "2000" te vervangen door het jaartal "2004" (ibid.). Het amendement moet samen gezien worden met het amendement op artikel 11.

Er is verder een amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel dat ertoe strekt op de tweede regel het jaartal "2000" te vervangen door het jaartal "2003" (stuk 367 (1995-1996) – nr. 3). Dezelfde

argumentatie geldt als voor het amendement bij het vorige artikel.

De heer Marc Olivier ten slotte dient een amendement in dat ertoe strekt op de tweede regel het jaartal "2000" te vervangen door het jaartal "2001".

Het amendement van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens en de heer Etienne De Groot wordt verworpen met 8 stemmen tegen 4 bij 3 onthoudingen.

Het amendement van mevrouw Ria Van Den Heuvel wordt verworpen met 10 stemmen tegen 5.

Het amendement van de heer Marc Olivier wordt aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het geamendeerde artikel 12 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 7 onthoudingen.

## 3. Eindstemming

Het geamendeerde ontwerp van decreet wordt aangenomen met 8 stemmen bij 7 onthoudingen.

*De verslaggever,*

*De voorzitter,*

Marc OLIVIER      Trees MERCKX-VAN GOEY

**TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE****HOOFDSTUK I****Algemene bepalingen en definities****Artikel 1**

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

**Artikel 2**

Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° verzorgingsvoorziening : een organisatie die activiteiten uitoefent op het gebied van zorgverstrekking, gezondheidsopvoeding of preventieve gezondheidszorg zoals bedoeld in artikel 5, § 1, I van de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen en die in dat kader door de Vlaamse Gemeenschap kan worden erkend ; de bepalingen van dit decreet zijn niet van toepassing op de rust- en verzorgingstehuizen die zijn gekoppeld aan een erkend rusthuis, zoals omschreven in het decreet van 5 maart 1985 houdende regeling van de erkenning en subsidiëring van voorzieningen voor bejaarden ;
- 2° cliënt/patiënt : de persoon die zorg krijgt door een verzorgingsvoorziening ;
- 3° integrale kwaliteitszorg : managementaanpak van een verzorgingsvoorziening, toegespitst op kwaliteit, gebaseerd op de deelname van al haar medewerkers en strevend naar succes op lange termijn door het afstemmen van de zorg op de cliënt/patiënt, en naar voordelen voor alle medewerkers van de verzorgingsvoorziening en voor de samenleving ;
- 4° kwaliteitsbeleid : overkoepelende intenties en koers van een verzorgingsvoorziening met betrekking tot integrale kwaliteitszorg zoals deze formeel door de hoogste leiding binnen de verzorgingsvoorziening tot uitdrukking wordt bekrachtigd ;
- 5° kwaliteitssysteem : organisatiestructuur, procedures, processen en middelen die nodig zijn om de integrale kwaliteitszorg te implementeren ;

6° kwaliteitshandboek : document waarin het kwaliteitsbeleid is vastgelegd en waarin het kwaliteitssysteem van een verzorgingsvoorziening is beschreven ;

7° kwaliteitsplan : document dat de voor integrale kwaliteitszorg specifieke operationele doelstellingen, middelen, procedures en acties uiteenzet die relevant zijn voor een bepaalde dienstverlening ;

8° kwaliteitsindicator : meetbare factor die een aanwijzing geeft van de kwaliteit van de gezondheidszorg in een verzorgingsvoorziening ;

9° kwaliteitscoördinator : persoon die als aanspreekpunt fungeert en die de kwaliteitsinspanningen van de voorziening begeleidt.

**HOOFDSTUK II****Verplichtingen van de verzorgingsvoorzieningen****Artikel 3**

Onverminderd de naleving van de erkenningsnormen die op haar van toepassing zijn, is een verzorgingsvoorziening, overeenkomstig haar opdracht, verplicht aan iedere patiënt of cliënt, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene, verantwoorde zorg of bijstand te verstrekken en hem op een respectvolle manier te behandelen of te begeleiden.

**Artikel 4**

Ter uitvoering van de verplichting omschreven in artikel 3, is elke verzorgingsvoorziening ertoe gehouden een integraal kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. Dit beleid is gericht op :

- 1° verantwoorde zorg rekening houdend met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, veiligheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg ;
- 2° respectvolle omgang met en behandeling van de cliënt of patiënt, rekening houdend met zijn sociale context, met als elementen het persoonlijk onthaal, de passende verwijzing van de

hulpvrager, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en van het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie en de inspraak van de patiënt of cliënt.

Dit kwaliteitsbeleid vereist minimaal overleg met alle betrokkenen, een voortdurende opvolging en bewaking, beheersing en verbetering van de processen, gericht op het realiseren van de onder 1° en 2° vermelde elementen.

### Artikel 5

§ 1. Het in artikel 4 omschreven kwaliteitsbeleid van de verzorgingsvoorziening dient gestalte te krijgen in de vorm van een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsplan, bekrachtigd door de hoogste leiding.

§ 2. Elke verzorgingsvoorziening werkt een kwaliteitshandboek uit.

Het kwaliteitshandboek beschrijft de visie op en doelstellingen van het interne kwaliteitsbeleid.

De Vlaamse regering bepaalt, na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, de thema's waarop het kwaliteitsbeleid zich kan toespitsen. Zij hebben betrekking op beide elementen zoals bepaald in artikel 4, 1° en 2° en moeten representatief zijn voor de activiteit van de verzorgingsvoorziening.

De Vlaamse regering bepaalt per soort verzorgingsvoorziening het aantal thema's dat in het kwaliteitsbeleid moet worden opgenomen, en somt bepaalde thema's op die voor een bepaald soort verzorgingsvoorziening verplicht deel uitmaken van het kwaliteitsbeleid. De andere thema's worden door de verzorgingsvoorziening vrij gekozen.

§ 3. Het kwaliteitshandboek wordt geoperationaliseerd in een kwaliteitsplan. De verzorgingsvoorziening toont door middel van het kwaliteitsplan aan dat ze haar processen beheerst en voortdurend verbetert. Dit kwaliteitsplan omvat minimaal :

- a) de omschrijving van de bestaande situatie en van de door de verzorgingsvoorziening geformuleerde operationele doelstellingen binnen thema's die in het kwaliteitshandboek zijn vermeld ;

- b) de termijnen waarbinnen de verzorgingsvoorziening haar doelstellingen inzake kwaliteitsverbetering wil bereiken, evenals de periodiciteit waarmee het kwaliteitsniveau wordt geëvalueerd ;

- c) de adequate meetinstrumenten en procedures waarmee de vorderingen inzake kwaliteit zullen worden getoetst, alsmede de vorderingen en resultaten ;

- d) de bepaling van de methodologie van het systematisch onderzoek naar de tevredenheid van patiënten/cliënten, van de resultaten van dit onderzoek en van de voorgestelde correctieve maatregelen.

De Vlaamse regering stelt, na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, een lijst op van de aanvaarde kwaliteitsindicatoren. Ze kan de minimale vereisten bepalen waaraan het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsplan per soort van verzorgingsvoorziening moet voldoen.

§ 4. Voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid dient de verzorgingsvoorziening een kwaliteitscoördinator aan te wijzen die over voldoende ervaring en deskundigheid beschikt en die door de hoogste leiding binnen de verzorgingsvoorziening wordt geautoriseerd.

De Vlaamse regering kan per soort verzorgingsvoorziening bepalen wat onder de nodige ervaring en deskundigheid wordt verstaan.

## HOOFDSTUK III

### Toezicht

### Artikel 6

De Vlaamse regering ziet erop toe dat het kwaliteitsbeleid voldoet aan de verplichtingen vermeld in de artikelen 4 en 5, en verleent in voorkomend geval haar goedkeuring aan het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsplan van de verzorgingsvoorziening.

De Vlaamse regering bepaalt de procedure die daarbij wordt gevolgd.

Bij gebrek aan beslissing binnen een door de Vlaamse regering vastgestelde termijn, wordt de in

voorgaand lid bedoelde goedkeuring geacht stilzwijgend te zijn verleend.

Als het kwaliteitshandboek of het kwaliteitsplan onvoldoende wordt geacht, dient de verzorgingsvoorziening een gewijzigd kwaliteitshandboek of kwaliteitsplan in te dienen binnen een termijn van drie maanden. De goedkeuring van het kwaliteitshandboek of kwaliteitsplan wordt gedurende deze termijn opgeschort. Deze opschorting kan slechts eenmaal worden toegekend.

#### Artikel 7

Onverminderd de toepassing van de geldende erkenningsnormen, kan een erkenning van een verzorgingsvoorziening enkel worden verleend, behouden of verlengd, als voldaan wordt aan de bepalingen van dit decreet.

Voldoet een verzorgingsvoorziening niet aan de in dit decreet gestelde verplichtingen, dan kan de erkenning worden verleend of verlengd gedurende maximum een jaar, op voorwaarde dat de verzorgingsvoorziening zich ertoe verbindt om binnen deze termijn de nodige maatregelen te nemen om aan de in dit decreet gestelde verplichtingen te voldoen. Als deze verbintenis niet wordt nageleefd, dan wordt de erkenning niet verlengd.

Tegen de beslissing waarbij de erkenning niet wordt verlengd, kan de verzorgingsvoorziening beroep aantekenen op de wijze bepaald door de Vlaamse regering.

#### Artikel 8

Elke verzorgingsvoorziening stelt aan de Vlaamse regering alle gegevens ter beschikking die voor het toezicht op de toepassing van dit decreet noodzakelijk zijn.

#### Artikel 9

§ 1. De Vlaamse regering wijst de ambtenaren aan die toezicht uitoefenen op de toepassing van de bepalingen van dit decreet en van de krachtens dit decreet genomen besluiten.

§ 2. In het kader van het toezicht kan de Vlaamse regering ook andere openbare of private instanties aanwijzen of erkennen en machtigen om het kwali-

teitsbeleid van de verzorgingsvoorziening te toetsen.

Met het oog op de erkenning worden de resultaten van deze toetsing aan de in § 1 vermelde ambtenaren bezorgd.

### HOOFDSTUK IV

#### Slotbepalingen

#### Artikel 10

De Vlaamse regering legt driejaarlijks een rapport voor aan het Vlaams Parlement waarin de evolutie van de kwaliteitszorg binnen de verzorgingsvoorzieningen aan de hand van kwaliteitsindicatoren wordt aangetoond.

#### Artikel 11

Dit decreet treedt in werking op 1 januari 1997 met uitzondering van de bepalingen van artikel 7.

De Vlaamse regering kan voor de overgangperiode die aanvangt op 1 januari 1997 en eindigt op 31 december 2000, overgangsmaatregelen nemen en de opgelegde verplichtingen en termijnen aanpassen.

#### Artikel 12

Het artikel 7 van dit decreet treedt in werking op 1 januari 2001.

---

## BIJLAGEN

Blz.

|                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Overzicht gevolgde procedure kwaliteitsdecreet verzorgingsvoorzieningen                                                                                                               | 36 |
| 2. Advies Raad van State over het ontwerpbesluit van de Vlaamse regering tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsinstellingen | 37 |
| 3. Advies van advocaat P. Peeters i.v.m. de bevoegdheidsproblematiek                                                                                                                     | 51 |
| 4. Beslissing van de Vlaamse regering dd. 20.06.1996                                                                                                                                     | 55 |
| 5. Notulen van de Vlaamse regering dd. 16.07.1996                                                                                                                                        | 56 |
| 6. Nota voor het Overlegcomité                                                                                                                                                           | 57 |
| 7. Notulen van het Overlegcomité dd. 16.07.1996                                                                                                                                          | 61 |

## BIJLAGE 1

Overzicht gevolgde procedure kwaliteitsdecreet verzorgingsvoorzieningen

**OVERZICHT GEVOLGDE PROCEDURE KWALITEITSDECREET**

- **2 april 1996:** Principiële goedkeuring door de Vlaamse regering van het voorontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen + machtiging om advies in te winnen bij de SERV.
- **15 mei 1996:** Advies van de SERV.
- **23 mei 1996:** Principiële goedkeuring door de Vlaamse regering van het voorontwerp van decreet na opmerkingen van SERV + machtiging om advies in te winnen bij de Raad van State.
- **12 juni 1996:** Advies van de Raad van State.
- Raadpleging van twee onafhankelijke juristen, nl. Prof. Van Orshoven en Advocaat P. Peeters van kantoor De Bandt, Van Hecke en Lagae.  
(advies van P. Peeters is toegevoegd als bijlage en werd grotendeels overgenomen in de memorie van toelichting op blz. 6 en 7).
- **20 juni 1996:** Goedkeuring door de Vlaamse regering van de ontwerpen + memoires + machtiging tot indiening in het Vlaams Parlement.
- Evocatie door de federale regering; toepassing van art.3 §3 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State.  
Conform art. 3 §3 dient een voorontwerp van wet, decreet of ordonnantie waarvan de Raad van State meent dat het de bevoegdheid van de opsteller te buiten gaat voorgelegd aan het Overlegcomité.
- **16 juli 1996:**
  - Mededeling aan de Vlaamse regering.
  - Bespreking in het Overlegcomité. Het Overlegcomité heeft vastgesteld dat er geen consensus is.  
(Notulen van het Overlegcomité als bijlage).



## BIJLAGE 2 :

Advies van de Raad van State over het ontwerpbesluit van de Vlaamse regering tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsinstellingen

KONINKRIJK BELGIE.  
-----

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE.  
-----

De RAAD VAN STATE, afdeling wetgeving, achtste kamer, op 24 juni 1994 door de Vlaamse minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin verzocht haar, binnen een termijn van ten hoogste drie dagen, van advies te dienen over een ontwerp van besluit van de Vlaamse regering "tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsinstellingen", heeft op 30 juni 1994 het volgende advies gegeven :

Volgens artikel 84, tweede lid, dat bij de wet van 15 oktober 1991 is ingevoegd in de gecoördineerde wetten op de Raad van State, moeten in de adviesaanvraag de redenen worden aangegeven tot staving van het spoedeisend karakter ervan.

In het onderhavige geval luidt die motivering als volgt :

"Overwegende dat elke rechtsonzekerheid tussen de overgang van de oude procedure en de inwerkingtreding van de nieuwe procedure moet vermeden worden, dat alle recente aanvragen tot investering reeds zijn geadviseerd met het oog op de toepassing van de nieuwe decreetsbepalingen van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, dat de uitvoering van deze investeringen en in het bijzonder voor de dringende werken en de brandbeveiligingswerken niet op zich kunnen laten wachten, dat elke onzekerheid in het investeringsbeleid zijn weerslag zal hebben op de prijsbepaling, daardoor vele initiatieven zullen afgeremd worden, en de noodzakelijke infrastructuuruitbouw zal uitblijven, om deze redenen moet onverwijld uitvoering worden gegeven aan de decreetsbepalingen van het Vlaams Infrastructuurfonds voor de Persoonsgebonden Aangelegenheden".

\*

Het voor advies voorgelegde ontwerp kadert in een geheel van zeven besluiten tot uitvoering van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden. Twee van deze besluiten betreffen de werking van het door het voornoemde decreet opgerichte Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aange-

gelegenheden (hierna : het Fonds) en de procedure voor het aanvragen van investeringssubsidies. De overige ontwerpen van besluit bevatten specifieke regels betreffende de bouwtechnische en bouwfysische normen, de subsidieerbaarheid van de investeringen en het bedrag van de investeringssubsidie, en dit per sector van de persoonsgebonden aangelegenheden.

Uit de adviesaanvraag en de erbij gevoegde stukken blijkt dat van alle voornoemde besluiten uitsluitend het onderhavige ontwerp voor advies aan de Raad van State wordt overgemaakt, "teneinde elke onduidelijkheid omtrent de bevoegdheidsverdeling tussen de Vlaamse Gemeenschap en de Federale overheid te vermijden", en dat de overige besluiten zullen worden genomen onder aanvoering van de dringende noodzakelijkheid.

In die omstandigheden en mede gelet op de korte termijn welke hem voor het geven van zijn advies wordt toegemeten, zal de Raad van State zich ertoe bepalen de conformiteit van het ontwerp met de bevoegdheidsverdeling tussen de Staat en de Gemeenschappen te onderzoeken.

1. Luidens artikel 6, § 1, van het voornoemde decreet van 23 februari 1994 bepaalt de Vlaamse regering de sectoren waarvoor ten laste van het Fonds een investeringssubsidie verkregen kan worden en de wijze van toekenning en vereffening ervan. Zij dient tevens, per categorie van investering, de investeringssubsidie te bepalen. Artikel 10 van hetzelfde decreet draagt aan de

Vlaamse regering de bevoegdheid op om, per categorie van investeringen, de bouwfysische, technische en kwalitatieve normen voor investeringen te bepalen.

2. Het voor advies voorgelegde ontwerp beoogt uitvoering te geven aan de voornoemde decreetsbepalingen voor de sector van de verzorgingsinstellingen, met name voor de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen en voor de psychiatrische verzorgingstehuizen (zie de definities in artikel 1, 13° tot 15°, van het ontwerp). De infrastructuur van deze instellingen moet, om in aanmerking te komen voor een investeringssubsidie, voldoen aan een aantal algemene en specifieke bouwtechnische en bouwfysische normen die hetzij door de federale overheid hetzij door de Vlaamse Gemeenschap zijn bepaald (artikel 3 van het ontwerp) (1). De investe-

---

(1) De bedoelde specifieke normen zijn meer bepaald :

- 1° wat de ziekenhuizen betreft, de voorwaarden van tussenkomst in de financiering van de investeringskosten van zware medisch-technische diensten (artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en uitvoeringsbesluiten), alsmede de algemene en bijzondere erkenningsnormen van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten (artikelen 68 en 69 van de wet op de ziekenhuizen en uitvoeringsbesluiten);
- 2° wat de rust- en verzorgingstehuizen en de psychiatrische verzorgingstehuizen betreft, de voorwaarden voor een financiële tussenkomst in de investeringskosten voor de infrastructuur van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en rustoorden voor bejaarden (artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende andere vormen van verzorging, en uitvoeringsbesluiten).

ringssubsidie wordt beperkt in functie van een maximum aan bebouwde oppervlakte per bed en in functie van de aard van de verzorgingsinstelling (artikel 4 van het ontwerp). Voor de berekening van de investeringssubsidie wordt, eensdeels, per m<sup>2</sup> en per soort van verzorgingsinstelling een forfaitair bedrag bepaald (artikelen 5 en 6 van het ontwerp) en, anderdeels, een globaal plafond (een maximum percentage van de goedgekeurde raming) vastgesteld (artikelen 7, 8 en 10 van het ontwerp).

3. De zoëven geschetste regeling zou in de plaats komen van, eensdeels, het ministerieel besluit van 1 september 1978 tot wijziging van de ministeriële besluiten van 1 juli 1971 en 8 november 1973 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelage voor de opbouw en de apparatuur, de herconditionering, de uitrusting van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, en van, anderdeels, het ministerieel besluit van 4 september 1978 tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 juli 1971 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelage voor de opbouw en de apparatuur, de herconditionering, de uitrusting van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend (artikel 13 van het ontwerp). Het koninklijk besluit van 13 december 1966, waarop die ministeriële besluiten steunen, vindt zijn

rechtsgrond in artikel 46, laatste lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (1) (hierna : ziekenhuiswet). Deze wetsbepaling machtigt de Koning om, bij in Ministerraad overlegd besluit en op advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling financiering, de normen van berekening van de toelagen voor investeringen vast te stellen, evenals de voorwaarden waaronder en de wijze waarop ze worden toegekend.

4. In de bij de adviesaanvraag gevoegde nota aan de Vlaamse regering wordt, wat het verband betreft tussen de ontworpen regeling en de federale regeling, het volgende gesteld :

"Zowel wat de definities betreft, als de specifieke bouwtechnische en bouwfysische normen, verwijst het ontwerp naar de federale reglementeringen, conform artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet (van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen).

De manier waarop de subsidies berekend worden, wordt eveneens bepaald.

Wat nieuwbouw en het onroerende gedeelte van uitbreidingswerken betreft, zijn de subsidiebedragen - zoals vermeld in de artikelen 4 en 5 - vaste, forfaitaire investeringssubsidies, en geen maximum plafonds zoals in het huidige stelsel.

Deze forfaitaire toelagen zijn wel vastgesteld vertrekkende van de bouwplafonds zoals ze zijn bepaald in de actueel geldende besluiten van de federale overheid".

---

(1) Voorheen artikel 6, § 9, van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen.

Uit die toelichting blijkt dat de ontworpen regeling wel degelijk van andere beginselen uitgaat dan de huidige regeling, zoals die door de federale overheid is vastgesteld.

5.1. Luidens artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, zijn de Gemeenschappen bevoegd voor "het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen".

In de verantwoording van het regeringsamendement dat de tekst van het voornoemde artikel 5, § 1, I, 1°, is geworden, wordt de aldus aan de Gemeenschappen toegewezen bevoegdheid als volgt geëxpliciteerd :

"I. Inzake de gezondheidszorg is de Gemeenschap, krachtens I, 1°, bevoegd voor :

A. Inzake de verzorgingsinstellingen, onder meer voor :

- a) het bepalen van de prioriteiten inzake investeringen, d.i. voor de bouw en voor de zware medische apparatuur;
- b) het verlenen van toelating en van toelagen voor de oprichting, de omschakeling en de uitrusting;
- c) het verlenen van toelating en van toelagen voor de zware medische apparatuur;

..." (1).

---

(1) Parl. St., Senaat, 1979-1980, nr. 434/2 p. 121.

5.2. Blijkens de uitzonderingen opgesomd in het voornoemde artikel 5, § 1, I, 1°, blijft de federale overheid nochtans bevoegd voor onder meer "de organieke wetgeving" (littera a) en "de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur" (littera e).

Uit de verantwoording bij het bepaalde in a) blijkt dat met de term "organieke wetgeving" werd bedoeld "voor het ogenblik de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen" (1).

Het bepaalde in e) werd verantwoord als volgt :

"Deze aangelegenheid wordt thans geregeld door de artikelen 6 en 6bis van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen. Deze artikelen voorzien in de tussenkomst van het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen in de financiering van de werken en in de kosten van uitrusting en apparatuur, evenals in de toekenning van staatstoelagen voor de instellingen van openbaar nut" (2).

5.3. Bovendien blijft de federale overheid, op grond van artikel 5, § 1, I, 1°, f), van de bijzondere wet, bevoegd voor het bepalen van de "erkenningssnormen", althans in zoverre "deze een weerslag kunnen hebben" op onder meer de bevoegdheid bedoeld in littera e), dit wil zeggen de

---

(1) Parl. St., Senaat, 1979-1980, nr. 434/2, p. 122.

(2) Parl. St., Senaat, 1979-1980, nr. 434/2, p. 123.



bevoegdheid tot het vaststellen van de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur.

De mate waarin de Gemeenschappen nog bevoegd blijven om, meer bepaald wat de financieringsnormen van de investeringen betreft, autonoom normen te bepalen, werd tijdens de parlementaire voorbereiding van de bijzondere wet als volgt toegelicht :

"Het bepalen van de normen voor de financiering van de investeringen kan eveneens een financiële weerslag hebben voor de Staat.

...

Artikel 6, § 9, van (de) wet (van 23 december 1963) verleent aan de Koning de bevoegdheid om de normen te bepalen voor de toelagen aan bepaalde categorieën van ziekenhuizen.

Een Gemeenschap zou evenwel buiten de financiering van de investeringen zoals deze thans is geregeld, met eigen fondsen bepaalde apparaturen of technieken kunnen financieren, die geen weerslag hebben op de verpleegdagprijs of op de tussenkomst van de ZIV.

Evenzo zou een Gemeenschap nieuwe erkenningsnormen kunnen bepalen die geen weerslag hebben op de financiering van de investeringen of van de exploitatie, noch op de ziekte- en invaliditeitsverzekering" (1).

---

(1) Parl. St., Senaat, 1979-1980, nr. 434/2 p. 123. Artikel 6, § 9, van de wet van 23 december 1963 is thans artikel 46, laatste lid, van de ziekenhuiswet. De uitvoering van deze bepaling is, zoals reeds werd aangestipt, gebeurd bij het koninklijk besluit van 13 december 1966, op grond waarvan op hun beurt de twee in artikel 13 van het ontwerp bedoelde ministeriële uitvoeringsbesluiten werden genomen.

6. De hiervoren geschetste bevoegdheidsverdeling met betrekking tot de intramurale gezondheidszorg is door de Raad van State als volgt samengevat : "het normeren behoort tot de bevoegdheid van de nationale (federale) overheid; het uitvoeren en het toepassen van de normen behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen" (1).

In een advies over een voorstel van wet "op de ziekenhuizen waaromtrent de nationale overheid beslissingsbevoegdheid heeft" heeft de Raad van State inzonderheid nog het volgende opgemerkt :

"Het Rijk blijft bevoegd om inzake de erkenning van verplegingsinrichtingen nationale normen vast te stellen, dit wil zeggen normen geldend voor al de verplegingsinrichtingen van het land, doch enkel voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheid van het Rijk inzake de financiering van de exploitatie, de ziekte- en invaliditeitsverzekering, het bepalen van de basisregelen betreffende de programmatie en het bepalen van de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur (artikel 5, § 1, I, 1°, f, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980). De Gemeenschappen kunnen daar eigen normen aan toevoegen, zonder daarbij echter te mogen afwijken van de bestaande nationale normen.

---

(1) Advies L. 14.837/1/V van 15 juli 1982; zie in dezelfde zin het verslag van 22 maart 1985 van de Commissie van advies over de persoonsgebonden aangelegenheden, St. Vl. R., 1984-1985, nr. 312/1, p. 16 (nr. 45) en p. 17 (nr. 49); L. NEELS, "Gezondheidsbeleid en bevoegdheidsverdeling.", Vlaams Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1982-83, p. 170, nrs. 14 en 15. Zie eveneens Ph. QUERTAINMONT, "Législation hospitalière. Droit, gestion et financement des hôpitaux en Belgique", E. Story-Scientia, 1988, p. 41.

De individuele erkenning van ziekenhuisdiensten daarentegen behoort in beginsel tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen (...)

...

Het bepalen van de basisregelen betreffende de programmatie en de financiering van de infrastructuur behoort, luidens artikel 5, § 1, I, 1°, d en e, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, tot de bevoegdheden die het Rijk behouden heeft ten aanzien van alle verplegingsinrichtingen van het land. Het uitvaardigen van aanvullende regelen, alsmede het toekennen van toelagen en het verlenen van toelating voor de bouw, de uitbreiding, de verbouwing, de vervanging of de omschakeling van verplegingsinrichtingen zijn in beginsel zaak van de Gemeenschappen ..." (1).

7. Uit het voorgaande blijkt dat de bepaling van artikel 46, laatste lid, van de ziekenhuiswet behoort tot de organieke wetgeving in verband met het gezondheidsbeleid en tot de basisregeling betreffende de financiering van de infrastructuur in de zin van artikel 5, § 1, I, 1°, a) en e), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980. Dat artikel 46 machtigt de Koning om de normen voor de berekening van de subsidies voor investeringen vast te stellen, evenals de voorwaarden waaronder en de wijze waarop ze worden toegekend. Krachtens het voornoemde artikel van de bijzondere wet behoort het verlenen van die machtiging tot de bevoegdheid van de federale overheid en zijn de Gemeenschappen niet bevoegd om daaraan afbreuk te doen.

De regelgeving vervat in het voornoemde koninklijk besluit van 13 december 1966 is de partiële uitvoering van

---

(1) Advies L. 16.182/VR van 23 mei 1984.

artikel 46, laatste lid, van de ziekenhuiswet, en moet bijgevolg eveneens als een basisregeling begrepen worden, in de zin van artikel 5, § 1, I, 1°, e), van de bijzondere wet. Dat besluit geeft invulling aan de voornoemde wetsbepaling doordat het een aantal voorwaarden stelt waaronder de investeringstoelagen kunnen worden verleend (artikel 2, 1° en 3° van het besluit) en het de wijze bepaalt waarop het bedrag van de toelagen wordt berekend (artikel 3, § 1 en artikel 4 van het besluit).

Artikel 3, § 2, van het voornoemde koninklijk besluit bevat op zijn beurt een machtiging aan de bevoegde Minister om regelend op te treden voor het bepalen van de maximum kostprijs per dienst per bed welke in aanmerking genomen wordt voor het verlenen van de bedoelde toelagen, respectievelijk voor de universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen. Deze bepaling wordt uitgevoerd door de voornoemde, en in artikel 13 van het ontwerp bedoelde, ministeriële besluiten van 1 en 4 september 1978. Ook deze reglementering vormt één geheel met de organieke wetsbepaling van artikel 46, laatste lid, van de ziekenhuiswet en het daarop steunende koninklijk besluit van 13 december 1966, en moet dus eveneens beschouwd worden als behorend tot de basisregeling waarvoor uitsluitend de federale overheid bevoegd is.

8. Behoudens artikel 9, voorzien de artikelen 4 tot 12 van het voor advies voorgelegde ontwerp in een berekeningswijze van de investeringssubsidies voor zieken-

huizen, die anders is opgevat (1) dan die vastgesteld in de voornoemde ministeriële besluiten, welke precies daarom door het ontwerp zullen worden opgeheven.

Aldus betreedt de Vlaamse regering het domein van de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur van de verzorgingsinstellingen dat krachtens artikel 5, § 1, I, 1°, e), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 is blijven behoren tot de bevoegdheid van de federale overheid.

De conclusie is dan ook dat de Vlaamse regering, in de hiervoren aangegeven mate, onbevoegd is om het ontworpen besluit vast te stellen.

-----

---

(1) Zie de sub 4 van dit advies aangehaalde passus uit de nota aan de Vlaamse regering.

De kamer was samengesteld uit

|            |              |                  |
|------------|--------------|------------------|
| de Heren : | W. DEROOVER, | kamervoorzitter, |
|            | D. ALBRECHT, | staatsraden,     |
|            | P. LEMMENS,  |                  |
| Mevrouw :  | F. LIEVENS,  | griffier.        |

Het verslag werd uitgebracht door de H. W. VAN VAERENBERGH, auditeur. De nota van het Coördinatiebureau werd opgesteld en toegelicht door de H. J. CLEMENT, adjunct-referendaris.

DE GRIFFIER,

DE VOORZITTER,

F. LIEVENS.

W. DEROOVER.

## BIJLAGE 3

Advies van advocaat P. Peeters i.v.m. de de bevoegdheidsproblematiek

**ONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE INTEGRALE KWALITEITSZORG  
IN DE VERZORGINGSVOORZIENINGEN**

**Nota betreffende de bevoegdheidsproblematiek**

1. Blijkens het advies van 31 mei 1996 van de afdeling wetgeving van de Raad van State zou de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd zijn om de ontworpen regeling uit te werken (1).

Het opzetten van een systeem van integrale kwaliteitszorg zou, minstens gedeeltelijk, aspecten betreffen van de "organieke wetgeving" van de verzorgingsinstellingen (2). De Gemeenschappen zijn niet bevoegd m.b.t. het functioneren van de verzorgingsinstellingen vanuit een medisch oogpunt bekeken.

2. De bevoegdheid om de ontworpen regeling uit te vaardigen kan volgens de Raad van State evenmin gesteund worden op de bevoegdheid van de Gemeenschappen om aanvullende erkenningsnormen op te leggen. Die bevoegdheid kan niet zo worden uitgelegd dat de Gemeenschappen onder de vorm van erkenningsnormen regels zouden mogen bepalen die behoren tot de federale bevoegdheid: de organieke wetgeving; de financiering van de exploitatie, de uitoefening van de geneeskunst enz..

De kwaliteitsbewaking zoals opgezet in het decreet zou volgens de Raad van State enkel kunnen slaan op de aspecten van de werking van de verzorgingsinstellingen waarvoor de Gemeenschappen bevoegd zijn. Het ontworpen systeem van "integrale" kwaliteitszorg verdraagt zich niet met de voornoemde beperking van de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

3. De zienswijze van de Raad van State kan niet worden gevolgd.

De Gemeenschappen zijn op grond van artikel 5, § 1, I, 1° van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen (hierna: B.W.H.I.), "wat het gezondheidsbeleid betreft", principieel bevoegd voor "het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen". Als principieel bevoegde overheden beschikken zij dienaangaande over de volheid van

1 De Raad van State erkent weliswaar de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap om de ontworpen regeling uit te vaardigen in zoverre ze van toepassing is op verzorgingsvoorzieningen die werkzaam zijn op het gebied van de gezondheidsopvoeding of van de preventieve gezondheidszorg, afgezien van de federale maatregelen inzake profylaxis. De Gemeenschappen zijn hiervoor op grond van artikel 5, § 1, I, 2° B.W.H.I. volledig bevoegd.

2 De Raad van State verwijst naar zijn advies L. 16.182/VR van 23 mei 1984 waarin de vaststelling van regels in verband met de evaluatie van de kwaliteit van de behandeling en de verzorging werd gekwalificeerd als "organieke wetgeving". Volgens de Raad van State kunnen bepaalde aspecten van de kwaliteitszorg weliswaar toch gerekend worden tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. De Raad geeft als voorbeeld de interne organisatie van de verzorgingsinstelling en het onthaal.

bevoegdheid onder voorbehoud van de bij de bijzondere wet tot hervorming der instellingen bepaalde beperkingen en uitzonderingen. De bevoegdheden die aldus aan de federale overheid werden voorbehouden inzake het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, moeten als uitzonderingen op de principiële bevoegdheid van de Gemeenschappen restrictief uitgelegd worden.

Als dergelijke restrictief te interpreteren (federale) uitzonderingen op de principiële bevoegdheid van de Gemeenschappen inzake het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, gelden in dit verband meer in het bijzonder "a) de organieke wetgeving" en "f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoren" (3).

4. Voor een nader begrip van de bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid is men benevens de bevoegdheidsbepalingen zelf, aangewezen op de parlementaire voorbereiding van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen, en meer bepaald op de verantwoording bij het regeringsamendement dat tijdens de parlementaire voorbereiding door de regering werd ingediend in de Senaatscommissie voor de herziening van de Grondwet en de hervorming der instellingen (4).

Hieruit blijkt dat de Gemeenschappen, wat het gezondheidsbeleid betreft, krachtens artikel 5, § 1, I, 1° B.W.H.I. inzake de verzorgingsinstellingen "onder meer bevoegd zijn voor (...) de inspectie; de erkenning en de sluiting; de inwendige organisatie en het onthaal, voor zover deze geen weerslag hebben op de exploitatiekosten". Anderzijds wordt de federale uitzondering inzake de organieke wetgeving toegelicht met verwijzing naar "de organieke wetgeving inzake het beleid betreffende ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen, d.i. voor het ogenblik de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen" (5).

5. De stelling van de Raad van State dat het ontwerp van decreet dat een systeem instelt van "integrale" kwaliteitszorg,

---

<sup>3</sup> Bedoeld wordt:

b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;  
c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering;  
d) de basisregelen betreffende de programmatie;  
e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur".

<sup>4</sup> Gedr.St., Senaat, 1979-80, nr. 434/2, 120-125; K. Rimanque e.a., Nota over de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap inzake persoonsgebonden aangelegenheden, Gedr.St., Vl.R., 1984-85, nr. 312/1, 15; M. Dony, B. Blero, La répartition des compétences en matière de politique de santé, CRISP, CH, 1990, nrs. 1300-1301, 12-13; H. Nys, De bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap inzake gezondheidsbeleid, T.B.P., 1990, 161.

<sup>5</sup> Gedr.St., Senaat, 1979-80, nr. 434/2, 121-122.



zich niet verdraagt met de beperkingen die werden gesteld op de bevoegdheid van de Gemeenschappen, vloeit rechtstreeks voort uit de kwalificatie door de Raad van de ontwerpbeperkingen als voorschriften van "organieke wetgeving" van de verzorgingsinstellingen, respectievelijk als erkenningsnormen in verband met de organieke wetgeving, de financiering van de exploitatie, de uitoefening van de geneeskunst enz.

Die conclusie gaat niet op nu het bevoegdheidsrechtelijk relevant voorwerp van de regeling die vervat ligt in het ontwerp van decreet, de organisatie betreft van de inspectie op de naleving van de geldende federale normen en van aanvullende gemeenschapsnormen, veeleer dan een organieke regeling van de verzorgingsinstellingen in de zin van artikel 5, § 1, I, 1° a) B.W.H.I. of als een vaststelling van erkenningsnormen in de zin van artikel 5, § 1, I, 1° f) B.W.H.I. Uit de hierboven geciteerde passages uit de parlementaire voorbereiding blijkt dat de Vlaamse Gemeenschap wel degelijk bevoegd is voor het toezicht en de inspectie op de naleving van de erkenningsnormen (6).

6. Zoals onder meer blijkt uit artikel 3 van het ontwerp wordt geenszins afbreuk gedaan aan de bestaande federale erkenningsnormen. Voorzover daarnaast op grond van het ontwerp al bijkomende normen zouden worden opgelegd, mogen deze aanvullende normen niet afwijken van de bestaande federale normen noch mogen ze een weerslag hebben op de financiering van de investeringen of de exploitatie of op de ziekteverzekering.

Het toezicht wordt georganiseerd rond bepaalde aandachtspunten of thema's die door de Vlaamse regering op advies van de Vlaamse Gezondheidsraad worden aangeduid. Het toezicht betreft dan de wijze waarop de doelstellingen vastgelegd in het kwaliteitshandboek en kwaliteitsplan die deze thema's nader concretiseren, gehaald worden.

7. De Raad van State verwijst naar zijn advies van 23 mei 1984 dat de interne structurering van het ziekenhuis met het oog op de geïntegreerde werking en de vaststelling van de modaliteiten van de kwaliteitsevaluatie deel uitmaken van "de organieke wetgeving". Dit standpunt is voor kritiek vatbaar (7). Terecht werd opgemerkt dat die aangelegenheid ten tijde van de bespreking van het ontwerp van bijzondere wet tot hervorming der instellingen niet als krachtlijn was opgenomen in de ziekenhuiswet. De interne structurering hoort integendeel eerder thuis onder de "interne organisatie"- aangelegenheid die

---

<sup>6</sup> Vgl. ook het protocol van 15 juni 1989 afgesloten tussen de federale regering en de overheden bevoegd voor het gezondheidsbeleid krachtens artikel 59bis en artikel 59ter van de Grondwet met betrekking tot het te voeren gezondheidsbeleid, B.S., 24 januari 1989.

<sup>7</sup> Zie K. Rimanque, e.a., Nota over de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap inzake persoonsgebonden aangelegenheden, *Gedr.St.*, Vl.R., 1984-85, nr. 312/1, 16.

met bepaalde beperkingen werd toegewezen aan de Gemeenschappen (8).

De Vlaamse regering is om de hierboven uiteengezette redenen van oordeel dat de bepalingen van het ontwerp wel degelijk behoren tot de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap inzake het gezondheidsbeleid vervat in artikel 5, § 1, I, 1° B.W.H.I.

## BIJLAGE 4:

Beslissing van de Vlaamse regering dd. 20.06.1996.

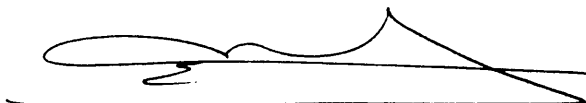
V L A A M S E   R E G E R I N G  
Vergadering van donderdag 20 juni 1996  
-----  
--

VR/PV/1996/29 - punt 26

Betreft :      Gezondheidszorg in Vlaanderen  
A. Ontwerp van decreet betreffende de integrale  
    kwaliteitszorg in de verzorgingsinstellingen  
B. Ontwerp van decreet houdende oprichting van een  
    Vlaamse gezondheidsraad en van een Vlaamse ad-  
    viesraad voor erkenning van verzorgingsvoorzie-  
    ningen  
(VR/96/20.06/DOC.0469)

Beslissing :    De Vlaamse regering beslist:

1. haar goedkeuring te hechten aan bovengenoemde  
    ontwerpen van decreet en aan de bijbehorende  
    memories van toelichting;
2. de Vlaamse minister bevoegd voor het gezondheids-  
    beleid te gelasten de in punt 1 vermelde ontwer-  
    pen van decreet en memories van toelichting, in  
    naam van de Vlaamse regering, in te dienen bij  
    het Vlaams Parlement.



Eric STROOBANTS,  
secretaris.

BIJLAGE 5 :

Notulen van de Vlaamse regering dd. 16.07.1996.

19. ONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE INTEGRALE KWALITEITSZORG IN DE VERZORGINGSINSTELLINGEN  
GECOÖRDINEERDE WETTEN OP DE RAAD VAN STATE: EVOCATIE DOOR DE FEDERALE REGERING  
ONTWERP-NOTA AAN HET OVERLEGCOMITÉ FEDERALE REGERING - GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN  
(VR/96/16.07/DOC.MED.19)

De Vlaamse regering neemt akte van deze mededeling.

## BIJLAGE 6 :

Nota voor het Overlegcomité

*De Vlaamse minister van Financiën,  
Begroting en Gezondheidsbeleid*

## NOTA VOOR HET OVERLEGCOMITE

**Betreft:**      **Ontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen.**

1. Blijkens het advies van 31 mei 1996 van de afdeling wetgeving van de Raad van State zou de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd zijn om de ontworpen regeling uit te werken.<sup>1</sup>

Het opzetten van een systeem van integrale kwaliteitszorg zou, minstens gedeeltelijk, aspecten betreffen van de “organieke wetgeving” van de verzorgingsinstellingen<sup>2</sup>. De Gemeenschappen zijn niet bevoegd m.b.t. het functioneren van de verzorgingsinstellingen vanuit een medisch oogpunt bekeken.

2. De bevoegdheid om de ontworpen regeling uit te vaardigen kan volgens de Raad van State evenmin gesteund worden op de bevoegdheid van de Gemeenschappen om aanvullende erkenningsnormen op te leggen. Die bevoegdheid kan niet zo worden uitgelegd dat de Gemeenschappen onder de vorm van erkenningsnormen regels zouden mogen bepalen die behoren tot de federale bevoegdheid: de organieke wetgeving; de financiering van de exploitatie, de uitoefening van de geneeskunst enz...

De kwaliteitsbewaking zoals opgezet in het decreet zou volgens de Raad van State enkel kunnen slaan op de aspecten van de werking van de verzorgingsinstellingen waarvoor de Gemeenschappen bevoegd zijn. Het ontworpen systeem van “integrale” kwaliteitszorg verdraagt zich niet met de voornoemde beperking van de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

---

<sup>1</sup> De Raad van State erkent weliswaar de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap om de ontworpen regeling uit te vaardigen in zoverre ze van toepassing is op verzorgingsvoorzieningen die werkzaam zijn op het gebied van de gezondheidsopvoeding of van de preventieve gezondheidszorg, afgezien van de federale maatregelen inzake profylaxis. De Gemeenschappen zijn hiervoor op grond van artikel 5, §1, I, 2° B.W.H.I. volledig bevoegd.

<sup>2</sup> De Raad van State verwijst naar zijn advies L. 16.182/VR van 23 mei 1984 waarin de vaststelling van regels in verband met de evaluatie van de kwaliteit van de behandeling en de verzorging werd gekwalificeerd als “organieke wetgeving”. Volgens de Raad van State kunnen bepaalde aspecten van de kwaliteitszorg weliswaar toch gerekend worden tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. De Raad geeft als voorbeeld de interne organisatie van de verzorgingsinstelling en het onthaal.

3. De zienswijze van de Raad van State kan niet worden gevolgd.

De Gemeenschappen zijn op grond van artikel 5, §1, I, 1° van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen (hierna: B.W.H.I.), “wat het gezondheidsbeleid betreft”, principieel bevoegd voor “het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen”. Als principieel bevoegde overheden beschikken zij dienaangaande over de volheid van bevoegdheid onder voorbehoud van de bij de bijzondere wet tot hervorming der instellingen bepaalde beperkingen en uitzonderingen. De bevoegdheden die aldus aan de federale overheid werden voorbehouden inzake het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, moeten als uitzonderingen op de principiële bevoegdheid van de Gemeenschappen restrictief uitgelegd worden.

Als dergelijke restrictief te interpreteren (federale) uitzonderingen op de principiële bevoegdheid van de Gemeenschappen inzake het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, gelden in dit verband meer in het bijzonder “a) de organieke wetgeving” en “f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoren”<sup>3</sup>

4. Voor een nader begrip van de bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid is men benevens de bevoegdheidsbepalingen zelf, aangewezen op de **parlementaire voorbereiding** van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen, en meer bepaald op de verantwoording bij het regeringsamendement dat tijdens de parlementaire voorbereiding door de regering werd ingediend in de Senaatscommissie voor de herziening van de Grondwet en de hervorming der instellingen<sup>4</sup>.

Hieruit blijkt dat de Gemeenschappen, wat het gezondheidsbeleid betreft, krachtens artikel 5, §1, I, 1° B.W.H.I. inzake de verzorgingsinstellingen “**onder meer bevoegd zijn voor ( ....) de inspectie; de erkenning en de sluiting; de inwendige organisatie en het onthaal, voor zover deze geen weerslag hebben op de exploitatiekosten**”. Anderzijds wordt de federale uitzondering inzake de organieke wetgeving toegelicht met verwijzing naar “de organieke wetgeving inzake het beleid betreffende ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen, d.i. voor het ogenblik de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen”<sup>5</sup>.

5. De stelling van de Raad van State dat het ontwerp van decreet dat een systeem instelt van “integrale” kwaliteitszorg, zich niet verdraagt met de beperkingen die werden gesteld op de bevoegdheid van de Gemeenschappen, vloeit rechtstreeks voort uit de kwalificatie door de Raad van de ontwerpbepalingen als voorschriften van “organieke wetgeving” van de

<sup>3</sup> Bedoeld wordt:

“b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;

c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering;

d) de basisregelen betreffende de programmatie;

e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur”.

<sup>4</sup> Gedr. St., Senaat, 1979-80, nr. 434/2, 120-125; K. Rimanque e.a., Nota over de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap inzake persoonsgebonden aangelegenheden. Gedr. St., VI. R., 1984-85, nr. 312/1, 15; M. Dony, B. Blero, La répartition des compétences en matière de politique de santé, CRISP, CH, 1990, nrs. 1300-1301, 12-13. H. Nys, De bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap inzake gezondheidsbeleid, T.B.P., 1990, 161.

<sup>5</sup> Gedr. St., Senaat, 1979-80, nr. 434/2, 121-122.

verzorgingsinstellingen, respectievelijk als erkenningsnormen in verband met de organieke wetgeving, de financiering van de exploitatie, de uitoefening van de geneeskunst enz.

Die conclusie gaat niet op nu het bevoegdheidsrechtelijk relevant voorwerp van de regeling die vervat ligt in het ontwerp van decreet, de organisatie betreft van de inspectie op de naleving van de geldende federale normen en van aanvullende gemeenschapsnormen, veeleer dan een organieke regeling van de verzorgingsinstellingen in de zin van artikel 5, §1, I, 1° a) B.W.H.I. of als een vaststelling van erkenningsnormen in de zin van artikel 5, §1, I, 1° f) B.W.H.I. Uit de hierboven geciteerde passages uit de parlementaire voorbereiding blijkt dat de Vlaamse Gemeenschap wel degelijk bevoegd is voor het toezicht en de inspectie op de naleving van de erkenningsnormen <sup>6</sup>.

6. Zoals onder meer blijkt uit artikel 3 van het ontwerp wordt geenszins afbreuk gedaan aan de bestaande federale erkenningsnormen. Voorzover daarnaast op grond van het ontwerp al bijkomende normen zouden worden opgelegd, mogen deze aanvullende normen niet afwijken van de bestaande federale normen noch mogen ze een weerslag hebben op de financiering van de investeringen of de exploitatie of op de ziekteverzekering.

Het toezicht wordt georganiseerd rond bepaalde aandachtspunten of thema's die door de Vlaamse regering op advies van de Vlaamse Gezondheidsraad worden aangeduid. Het toezicht betreft dan de wijze waarop de doelstellingen vastgelegd in het kwaliteitshandboek en kwaliteitsplan die deze thema's nader concretiseren, gehaald worden.

7. De Raad van State verwijst naar zijn advies van 23 mei 1984 dat de interne structurering van het ziekenhuis met het oog op de geïntegreerde werking en de vaststelling van de modaliteiten van de kwaliteitsevaluatie deel uitmaken van de "organieke wetgeving". Dit standpunt is voor kritiek vatbaar <sup>7</sup>. Terecht werd opgemerkt dat die aangelegenheid ten tijde van de bespreking van het ontwerp van bijzondere wet tot hervorming der instellingen niet als krachtlijn was opgenomen in de ziekenhuiswet. De interne structurering hoort integendeel eerder thuis onder de "interne organisatie"-aangelegenheid die met bepaalde beperkingen werd toegewezen aan de Gemeenschappen <sup>8</sup>.

De Vlaamse regering is om de hierboven uiteengezette redenen van oordeel dat de bepalingen van het ontwerp wel degelijk behoren tot de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap inzake het gezondheidsbeleid vervat in artikel 5, §1, I, 1° B.W.H.I.

8. Terloops weze opgemerkt dat de Raad van State over het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsvoorzieningen op 30 juni 1994 een gelijkaardig advies heeft uitgebracht op dezelfde gronden.

<sup>6</sup> Vgl. ook het protocol van 15 juni 1989 afgesloten tussen de federale regering en de overheden bevoegd voor het gezondheidsbeleid krachtens artikel 59bis en artikel 59ter van de Grondwet met betrekking tot het te voeren gezondheidsbeleid, B.S., 24 januari 1989.

<sup>7</sup> Zie K. Rimanque, e.a., Nota over de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap inzake persoonsgebonden aangelegenheden. Gedr. St., VI. R., 1984-85, nr. 312/1. 16.

<sup>8</sup> Id. Gedr. St., Senaat, 1979-1980, nr. 434/2. 121.

De Vlaamse regering heeft niettemin geoordeeld de zienswijze van de Raad van State niet te kunnen volgen. Op dat ogenblik heeft de federale regering het overlegcomité niet gevat.



## BIJLAGE 7:

Notulen van het Overlegcomité dd. 16.07.1996

\_code: OC/1996/doc/750/002

\_notnr: 1996/3

\_vorigdoc:

\_vergdatum: 16-07-1996

\_agendapunt: 3

\_aard: decreet

\_trefwoorden:

\_procedure:

\_indiener: Federale Regering

\_notificatie aan: Leden van het Comité, Minister van Volksgezondheid

\_intminisconf:

\_titel: Toepassing van artikel 3, §§3 en 4, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State. Ontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. Negatief advies van de Raad van State van 31 mei 1996.

\_beslissing: 1. Het Overlegcomité stelt vast dat er geen consensus is over de vraag of het Vlaams ontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen al dan niet de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap overschrijdt. 2. Het Overlegcomité gelast de Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid ermee de mogelijkheid na te gaan inzake de evaluatie van de medische praktijkvoering.

\_bijvoegsels: