



Vlaams
Parlement

stuk **2430** (2013-2014) – Nr. 3
ingediend op 2 april 2014 (2013-2014)

Ontwerp van decreet

betreffende de organisatie
van het netwerk voor de gegevensdeling
tussen de actoren in de zorg

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn,
Volksgezondheid, Gezin en Armoedebelid
uitgebracht door mevrouw Cindy Franssen en de heer Peter Gysbrechts

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers.

Vaste leden:

de dames Sonja Claes, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack;
de heer Peter Gysbrechts, mevrouw Vera Van der Borght;
de dames Mia De Vits, Else De Wachter;
de dames Lies Jans, Helga Stevens;
mevrouw Ulla Werbrouck;
mevrouw Mieke Vogels.

Plaatsvervangers:

de dames Caroline Bastiaens, Griet Coppé, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
de heren Frank Creyelman, Wim Van Dijck, Wim Wienen;
de dames Gwenny De Vroe, Lydia Peeters;
mevrouw Güler Turan, de heer Bart Van Malderen;
de dames Danielle Godderis-T'Jonck, Goedele Vermeiren;
de heer Jurgen Verstrepen;
de heer Bart Caron.

Stukken in het dossier:

2430 (2013-2014) – Nr. 1: Ontwerp van decreet
– Nr. 2: Amendement

INHOUD

I. Toelichting door de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	4
1. Doelstellingen van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg.....	6
2. Privacy en beveiliging	7
3. Organisatorische en technische werking van het netwerk.....	8
4. Beheer en toezicht.....	9
II. Algemene bespreking	10
III. Artikelsgewijze bespreking en stemming	15
IV. Stemming.....	17
Gebruikte afkortingen	18

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeloid besprak het ontwerp van decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg op dinsdagen 11 en 25 maart 2014.

Op dit ontwerp van decreet werd één amendement ingediend. Het is verspreid als *Parl. St. Vl. Parl. 2013-14, nr. 2430/2*.

I. TOELICHTING DOOR DE HEER JO VANDEURZEN, VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Beweren dat iedere Vlaming nood heeft aan kwalitatieve, effectieve en efficiënte ondersteuning of zorg op het vlak van welzijn, gezondheid en gezin is een evidentie. Eveneens is het een feit dat iedereen het erover eens is dat deze ondersteuning of zorg laagdrempelig dient te zijn, met respect voor de fysieke en psychische integriteit van de persoon.

Hierbij is er nood aan een faciliterend kader, een gemeenschappelijk model dat gegevensdeling toelaat. Belangrijke doelstellingen hierbij zijn administratieve lastenverlaging voor de zorggebruikers en de actoren in de zorg en het verlenen van rechten aan de zorggebruiker. Bij beide doelstellingen dienen de privacy en de rechten van de gebruikers te worden gerespecteerd, en kan er geen onderscheid gemaakt worden op basis van leeftijd, filosofische overtuiging of seksuele geaardheid.

Om deze universele doelstellingen te realiseren, moet de zorggebruiker, met name de cliënt of patiënt centraal worden gesteld. Dit ontwerp van decreet legt niet alleen de contouren vast voor die veilige gegevensdeling, maar positioneert daarbinnen ook de zorggebruiker als een centrale actor. Zo is het de zorggebruiker die bepaalt of zijn gegevens al dan niet gedeeld mogen worden. De zorggebruiker geeft met andere woorden zijn uitdrukkelijke toestemming tot gegevensdeling, behalve als er wettelijke gronden zijn om dat niet te doen. Bijvoorbeeld op de spoedafdeling wanneer het leven van de zorggebruiker wordt bedreigd. De rechten van de zorggebruiker worden niet beperkt tot een inzage-recht in zijn elektronisch deelbaar dossier. Hij heeft bovendien het recht om te weten wie gegevens over hem bewaart en door wie die geraadpleegd worden. Hij zal ook eigen gegevens kunnen toevoegen in een apart onderdeel van zijn elektronisch deelbaar dossier.

Als zorg- en hulpverleners van alle disciplines samenwerken, komt dat de kwaliteit van hun dienstverlening ten goede. Dat slaat ook op gegevensdeling, zowel binnen de eerste lijn als in het verlengde daarvan, de tweede lijn en de residentiële zorg. Daarenboven dienen samenwerking en gegevensdeling tussen de voorzieningen onderling verder verbeterd te worden. Samenwerken betekent elkaar vertrouwen, elkaar informeren door elkaar gegevens te verstrekken, en elkaar aansporen en de mogelijkheid geven tot een zo goed mogelijke dienst-, hulp- en zorgverlening en ondersteuning waarin de zorggebruiker een volwaardige en decisieve partner is.

Dit ontwerp van decreet wil het bestaande, federale juridische kader en met name onder andere de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, regelgeving met betrekking tot de uitoefening van de geneeskunde, en het Vlaamse regelgevende kader zoals het decreet van 18 juli 2008 betreffende het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer, en het decreet van 13 juli 2012 houdende de oprichting en organisatie van een Vlaamse dienstenintegrator decretaal aanvullen om gegevensdeling in welzijn en zorg mogelijk te maken. Daarbij wordt uitgegaan van de principes van maximaal hergebruik van gegevens, van een minimum aan administratieve last en van samenwerking tussen de onafhankelijke instanties die de gegevensdeling reeds op een veilige manier ondersteunen. Hierbij kan worden verwezen naar dienstenintegratoren zoals het eHealth-platform en de Vlaamse Dienstenintegrator.

Het ontwerp van decreet laat toe om op een juridisch correcte manier gegevens te delen tussen zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen onderling met respect voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken individuen, om zo de continuïteit en de kwaliteit van de zorg te maximaliseren.

Dit ontwerp van decreet is mede gebaseerd op een aantal beslissingen uit het verleden. Zo is er het decreet van 16 juni 2006 betreffende het gezondheidsinformatiesysteem. Hiermee werd de juridische basis gelegd voor het delen van persoonsgegevens binnen de gezondheidszorg. Een verschil met dat decreet is dat dit ontwerp van decreet focust op een goede werking van het operationeel netwerk. Het beleidsondersteunend netwerk behoort (momenteel nog) niet tot de scope van het ontwerp van decreet.

Ook de welzijnssector heeft nood aan een soortgelijke juridische basis voor gegevensdeling. De komende vijf tot tien jaar staan de welzijnssector enkele belangrijke uitdagingen te wachten. De Vlaamse Regering heeft het zorgaanbod al substantieel verhoogd om tegemoet te komen aan de groeiende zorgvragen ten gevolge van de maatschappelijke en demografische ontwikkelingen.

De Vlaamse Regering wil echter evenzeer de zorgkwaliteit en de zorg efficiëntie verhogen. In het kader van de nota aan de Vlaamse Regering van 10 juli 2006 ‘Vlaanderen in Actie’ werd in de loop van 2007 gewerkt aan een voorontwerp van decreet, dat de basis legt voor een netwerk voor de uitwisseling van welzijnsinformatie.

Heel wat voorzieningen waar bijvoorbeeld artsen, psychiaters, kinesitherapeuten of verpleegkundigen betrokken zijn bij zorg, zijn actief op de grens van de gezondheids- en de welzijnszorg. Voor een aantal voorzieningen behoort een multidisciplinaire samenwerking tot de essentie van hun zorgaanbod. Dat is bijvoorbeeld zo voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg, voor de woonzorgcentra en de vertrouwenscentra kindermishandeling. Er zijn nog tal van andere organisaties die op dit grensgebied actief zijn, bijvoorbeeld de centra voor leerlingenbegeleiding, de onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra, de centra voor ontwikkelingsstoornissen of de consultatiebureaus van Kind en Gezin.

Om de gegevensdeling in de gezondheidszorg en de welzijnszorg werkbaar te maken, werd ervoor geopteerd om één netwerk voor gegevensdeling te creëren. Uiteraard wordt in dit eengemaakte netwerk bijzondere aandacht besteed aan de specifieke noden van elke sector.

Op 5 december 2008 werd een eerste voorontwerp principieel goedgekeurd door de Vlaamse Regering. Ondertussen werd op 21 augustus 2008 echter de wet houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen goedgekeurd. Het eHealth-platform installeert de mogelijkheid van onderlinge gegevensdeling tussen alle actoren in de gezondheidszorg. Het doet dat met de nodige waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Bovendien voorziet het eHealth-platform in een aantal basisdiensten die gratis ter beschikking kunnen worden gesteld. Naar aanleiding van de huidige realiteit van het eHealth-platform werd beslist om het voorontwerp grondig te heroriënteren.

Dit ontwerp van decreet werd daaraan aangepast en houdt rekening met recente ontwikkelingen op internationaal vlak om gezondheidsgegevens te delen. Daarbij wordt de centrale rol van de zorggebruiker in de verf gezet.

Dit ontwerp van decreet houdt ook rekening met het decreet van 13 juli 2012 houdende de Vlaamse sociale bescherming, waar rechten voor de zorggebruiker gecreëerd worden en het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering.

Deze evolutie geeft aan dat de veilige gegevensdeling het jongste decennium veel ontwikkelingen heeft gekend. Het ontwerp van decreet wil een kader geven om de ontwikkelingen voor veilige gegevensdeling te faciliteren. De overheid gaat hierin slechts bepalend optreden wanneer de verschillende stakeholders, waaronder de zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen, maar ook de zorggebruikers voldoende vertrouwen hebben in de voorgestelde systemen. Een belangrijk instrument daartoe is het agentschap waarbinnen deze gedragenheid tot stand moet komen. Door afspraken te maken over standaarden en normen voor gegevensdeling maar ook veiligheid zal de ICT-sector beter kunnen inspelen op de noden van alle betrokkenen.

Tegelijk is er ook gekozen om vertrekkend vanuit bepaalde registraties het automatisch toekennen van rechten uit de Vlaamse sociale bescherming en de zorgverzekering te garanderen. Dat moet een administratieve vereenvoudiging en correctere toepassing van rechten met respect voor de privacy ook mogelijk maken.

In het gezondheidsbeleid en het welzijnsbeleid trachten zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen tegemoet te komen aan de zorgnood van individuele zorggebruikers. De informatie die de basis vormt voor de zorg blijft momenteel vaak geïsoleerd in een individueel dossier. Als een zorggebruiker vanuit verschillende sectoren begeleid wordt, leidt dat automatisch tot een versnipperd dossier, waarbij niemand nog een overzicht heeft over de totaliteit van de zorgnood en van de verleende zorg. Een gebrek aan standaardisering, het ontbreken van een gemeenschappelijk begrippenkader, het gebruik van verschillende software en juridische bezwaren met betrekking tot de gegevensdeling, staan vaak in de weg van efficiënte zorg.

De manier waarop informatie thans wordt gedeeld, varieert bovendien heel sterk en is afhankelijk van de (individuele) zorgverlener. Thans worden – zonder selectie van gegevens – dossiers automatisch bezorgd aan een volgende schakel in de zorgketen, dan weer worden fiches of brieven overgedragen die de relevante gegevens samenvatten, en in nog andere gevallen worden het beroepsgeheim en de privacy ingeroepen om geen informatie aan anderen te bezorgen. Met het oog op een betere doorstroming en afstemming tussen de verschillende zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen, is het echter belangrijk dat deze met elkaar kunnen communiceren. Dat is immers een belangrijke randvoorwaarde om een zorgcontinuüm te realiseren. Het is in het belang van de zorggebruiker dat beslissingen worden genomen op basis van alle relevante, beschikbare gegevens. De efficiëntie en de effectiviteit van de verleende zorg nemen toe als actoren in de zorg onder bepaalde voorwaarden relevante gegevens kunnen delen.

1. Doelstellingen van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg

Een efficiënte communicatie over gestandaardiseerde en beveiligde toegangskanalen biedt verscheidene voordelen voor elk van de betrokken actoren.

Voor de zorggebruiker liggen de voordelen voornamelijk in de beschikbaarheid van essentiële gegevens op cruciale momenten, de snellere doorstroming van informatie tussen actoren in de zorg waar hij een zorgrelatie mee heeft, de reductie van het risico op fouten in de opgeslagen gegevens, de beveiliging van deze gegevens, de verzekering van de privacy, de mogelijkheid om volledige inzage te krijgen in de eigen gegevens, met uitzondering van persoonlijke notities, een grote mate van transparantie over welke gegevens geregistreerd werden, de betere garantie op een tijdig en correct toekennen van rechten en tegemoetkomingen en de noodzaak om bepaalde gegevens slechts één keer te moeten verstrekken.

Voor de zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen zal het netwerk helpen om het risico op fouten bij het samenstellen en opvolgen van dossiers te reduceren, aangezien zij permanent en op transparante wijze kunnen beschikken over voor de eigen opdracht relevante en noodzakelijke gegevens die al werden verzameld. Vaak zal het niet meer nodig

zijn om bepaalde gegevens over hun zorggebruikers (opnieuw) te verzamelen. Het duidelijke juridische kader dat gerealiseerd wordt door dit ontwerp van decreet, zal bovendien de gerustheid geven dat werken volgens de aangegeven procedures inhoudt dat de zorgverlener of hulpverlener de privacy van zijn zorggebruiker niet schaadt.

Om hier een sluitende regelgeving voor te ontwikkelen werd het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Vlaamse Toezichtcommissie voor het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer ingewonnen. Beide instanties richtten hierover een werkgroep op die het ontwerp van decreet adviseerde. Deze adviezen werden verwerkt in de uiteindelijke tekst. Beide instanties zullen ook betrokken worden bij de verdere uitvoering van dit ontwerp van decreet.

Hergebruik van informatie is essentieel voor gegevensdeling tussen zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen: met behulp van ICT-toepassingen en ICT-netwerken wordt de vlotte samenwerking tussen de verschillende zorgactoren ondersteund en gefaciliteerd door op een efficiënte manier gegevens over de patiënt onderling te delen, de kwaliteit en de beschikbaarheid van de gegevens te verhogen en zo de administratieve lasten te verminderen, waar de patiënt ook verblijft.

Deze evolutie leidt niet alleen tot een verhoging van het comfort van de hulpvrager, maar ook tot een verhoging van het comfort van de zorgverleners, hulpverleners en de voorziening.

2. Privacy en beveiliging

Uiteraard kunnen vertrouwelijke gegevens niet zomaar gedeeld worden. Gegevens over de gezondheid, het welzijn en het welbevinden behoren tot de meest intieme levenssfeer. Een juridisch kader met aandacht voor privacy, deontologie en beveiliging moet de gebruikers de noodzakelijk garanties bieden. Ook daarom is er nood aan een decreet.

Er bestaat inderdaad een belangrijk spanningsveld tussen enerzijds de terechte bekommernis van de burger omtrent de vertrouwelijkheid van de gegevens over zijn persoon en anderzijds de noodzaak om voor een optimale zorg te kunnen beschikken over alle relevante informatie.

Om dit spanningsveld te ontladen, wijst dit ontwerp van decreet dienstenintegratoren zoals het eHealth-platform, de Vlaamse Dienstenintegrator en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid aan die instaan voor de meest optimale beveiliging. Op verschillende niveaus worden maatregelen getroffen die de vertrouwelijkheid van de gegevens en de beveiliging van de gegevensstromen beogen. Zo wordt bij elke aanvraag van persoonsgegevens via het netwerk gecontroleerd of de aanvrager die (persoons)gegevens in de gegeven omstandigheden inderdaad mag opvragen.

De verschillende toegangsregels en -voorwaarden worden technisch opgeslagen in het zogenaamde gebruikers- en toegangsbeheer, dat een essentieel onderdeel uitmaakt van de veiligheid van het netwerk.

In het kader van de privacy is het ook belangrijk om te onderstrepen dat zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen alleen gegevens over zorggebruikers kunnen delen nadat een machtiging hiertoe verleend werd door de afdeling Gezondheid van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid. Daarenboven kan de zorggebruiker beslissen om niet mee te stappen in de toepassing van dit ontwerp van decreet voor zijn dossier. Alleen wanneer de zorggebruiker expliciet zijn toestemming heeft verleend om mee te werken aan het netwerk worden de aan deze zorggebruiker gerelateerde gegevens gedeeld.

3. Organisatorische en technische werking van het netwerk

Dit ontwerp van decreet schept een kader, bevordert internationale standaarden en faciliteert de vereiste ontwikkelingen die moeten leiden tot het realiseren van een beveiligde gegevensdeling. In deze context en in afspraak met de federale overheid verplicht de Vlaamse Regering de zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen om per zorggebruiker een individueel dossier bij te houden dat als basis zal dienen voor de gegevensdeling in het netwerk.

Dit ontwerp van decreet richt geen centrale databank op waarin alle informatie centraal bewaard en geraadpleegd kan worden. De meeste gegevens met betrekking tot de zorg worden decentraal bewaard. Identificatiebestanden over de zorgactoren en het verwijzingsrepertorium kunnen echter wel centraal worden bewaard. Centralisering is niet wenselijk om twee redenen.

Vooreerst staat een centralisering van informatie haaks op de bescherming van de privacy van de zorggebruikers. Een centralisering van informatie roept associaties op met een alom controlerende overheid, wat uiteraard niet de bedoeling is.

Daarnaast is een centralisering van informatie ook vanuit veiligheidsstandpunt onaanvaardbaar: als een onbevoegde persoon, om welke reden ook (softwarefout, menselijke fout of toeval), toegang zou krijgen tot het centrale systeem, zou een massale hoeveelheid informatie ingekeken, vernield, gekopieerd of gewijzigd kunnen worden.

In plaats van centralisering, huldigt dit ontwerp van decreet het principe van de gedecentraliseerde opslag en toegang tot gegevens. De informatie wordt opgeslagen door elk van de betrokken zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen, die elk afzonderlijk een gecontroleerde en uniforme toegang tot een gedeelte van de persoonsgegevens hebben. Dit belet echter niet dat gelet op de continuïteit van de zorg, bepaalde onderdelen van een elektronisch deelbaar dossier wel centraal kunnen worden opgeslagen. Dit wordt expliciet opgenomen in artikel 14. Hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan Vitalink.

Het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg heeft verder niet de bedoeling de concrete taakverdeling tussen de verschillende actoren in de zorg te herschikken.

Het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg moet beschouwd worden als een kruispuntbank (via een zogenaamd verwijzingsrepertorium), dat is een dispatching van waaruit data van een bepaalde zorggebruiker uit verschillende sectoren gedeeld worden, zonder dat het netwerk zelf persoonsgegevens opslaat. Het netwerk vormt aldus een instrument om de samenwerking en de communicatie tussen voorzieningen, en tussen zorg- en hulpverleners (onderling en tussen beide) over een bepaalde zorggebruiker mogelijk te maken en te optimaliseren.

Essentieel is dat de zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen hun gegevens zelf beheeren, zelf informatie actualiseren, vervolledigen, verbeteren of verwijderen. Hoewel elke zorgverlener, hulpverlener of voorziening omwille van uitwisselbaarheid bepaalde technische standaarden zal moeten respecteren wanneer hij in zijn toepassingen de persoonsgegevens opneemt door te verwijzen naar centrale registers zoals het Rijksregister, blijft de zorgverlener, hulpverlener of voorziening vrij in de wijze waarop hij de achterliggende informaticaprocessen organiseert.

Het is allerm minst een noodzakelijkheid, noch een wenselijkheid om de zorgverleners, hulpverleners of voorzieningen te verplichten tot uniformiteit in de manier waarop zij intern-technisch met persoonsgegevens omgaan. Gezien de grote diversiteit in de gezondheids- en welzijnssector, zou dat trouwens ook niet mogelijk zijn. De overheid wordt geen softwareleverancier.

4. Beheer en toezicht

Het beheer van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg wordt waargenomen door een nieuw extern verzelfstandigd agentschap, met een raad van bestuur die bestaat uit tweeëntwintig leden. Het agentschap krijgt ruime bevoegdheden met betrekking tot inhoud en de technische standaarden voor de samenwerking voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, rekening houdend met de afspraken hierover in een protocol of samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid, de gemeenschappen en gewesten. Met het protocolakkoord van 29 april 2013 werd hiertoe een eerste aanzet gegeven. Op basis van het advies van de Raad van State werd de rechtstreekse bevoegdheid van het agentschap beperkt. De Raad van State stelt namelijk dat in dit ontwerp van decreet geen regelgevende bevoegdheid aan een openbare instelling kan worden verleend. Een aantal betrokken bepalingen werd aldus herwerkt zodat duidelijk wordt dat de Vlaamse Regering de beslissingen neemt, hoewel altijd een positief advies (en dus tweede meerderheid) van het agentschap noodzakelijk is. Bij een aantal essentiële bepalingen is zelfs consensus in het agentschap nodig.

Daarnaast staan overlegcomités de raad van bestuur bij in de vervulling van zijn opdrachten en kan een overlegcomité in zijn schoot werkgroepen oprichten die gericht deelthema's uitwerken. De raad van bestuur kan alleen gemotiveerd afwijken van een advies van een overlegcomité.

De externe verzelfstandiging van het op te richten agentschap kan in de context van dit ontwerp van decreet worden verantwoord vanuit de nood aan autonomie en onafhankelijkheid van de zorgverleners, hulpverleners, voorzieningen en zorggebruikers bij de uitvoering. Gezien de impact van de werking van het netwerk op alle spelers die binnen het gezondheids- of welzijnsbeleid werken, maar ook de belangen van de zorggebruiker zelf, is het essentieel dat de betrokkenen (onder meer deskundigen uit het werkveld en de patiëntenorganisatie) zelf instaan voor het beheer van dit netwerk en dat de overheid hierin een bemiddelende rol opneemt. Zo wordt het netwerk gelegitimeerd en wordt het eigenaarschap en de gedragenheid van de betrokken sectoren gecreëerd, zonder dewelke dit ontwerp van decreet niet kan worden uitgevoerd. In het buitenland zijn pogingen tot gegevensdeling van gezondheidsgegevens onder andere spaak gelopen door het gebrek aan inbreng van en overleg met zorggebruikers, zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen. Dit ontwerp van decreet wenst vertegenwoordigers van deze personen en instanties in alle onafhankelijkheid samen te brengen. Door bovendien al deze vertegenwoordigers samen te brengen, stijgen de kwaliteit en klantgerichtheid van de prestaties van het agentschap. In het kader van de privacyregelgeving is het bovendien aangewezen dat er duidelijkheid bestaat over wie de verantwoordelijke voor de verwerking is van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg. Er is een veelvoud aan verantwoordelijken voor de verwerking, met name door het feit dat verschillende zorg- en hulpverleners (al dan niet gekoppeld aan een voorziening) verantwoordelijk zijn voor de inhoud en het gebruik van de gegevens die ze via het netwerk delen over een bepaalde zorggebruiker. Gelet op dit veelvoud aan verantwoordelijken voor de verwerking, is het essentieel dat er daarnaast één afzonderlijke en duidelijke instantie met rechtspersoonlijkheid aanspreekbaar is voor vragen en klachten van de zorggebruiker. Dat doet echter geen afbreuk aan het feit dat de zorgverleners en hulpverleners ook deels verantwoordelijk zijn en blijven. Vandaar de optie voor een specifiek extern verzelfstandigd agentschap. Aangezien het essentiële overheidsfuncties betreft, kan er niet gekozen worden voor een privaatrechtelijke rechtspersoon. Tot slot biedt de privaatrechtelijke rechtspersoonlijkheid niet meer voordelen dan de publiekrechtelijke.

II. ALGEMENE BESPREKING

Mevrouw *Helga Stevens* stipt aan dat het voor N-VA steeds moet gaan om een beleid waarin de te bereiken doelgroep centraal staat en niet de instellingen. Dit ontwerp van decreet beantwoordt aan dit uitgangspunt. N-VA streeft ook naar een integraal toegankelijke samenleving voor iedereen. Kwalitatieve, efficiënte en effectieve ondersteuning of zorg komen met dit ontwerp van decreet een stap dichterbij. Dat dit ontwerp van decreet de inhoudelijke samenwerking over alle grenzen heen faciliteert, stemt tot tevredenheid.

Juridisch correcte gegevensdeling onder zorgverstrekkers, hulpverleners en voorzieningen wordt mogelijk met respect voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen. Dat moet kwaliteit en continuïteit van de zorg maximaliseren. De gegevensdeling kan alleen met expliciete toestemming van de zorggebruiker. Zijn rechten worden niet beperkt tot inzagerecht in het elektronisch deelbaar dossier. Ook wie de gegevens bewaart en wie ze raadpleegt, is bekend. De zorggebruiker kan bovendien eigen gegevens toevoegen. De privacy wordt maximaal gegarandeerd. De vertegenwoordigers van de gebruikers in de raad van bestuur van het nieuwe agentschap zullen altijd de centrale positie van de gebruiker en zijn privacy beschermen.

Het ontwerp van decreet maakt vooral een einde aan de absurde praktijk van verschillende dossiers die telkens anders opgebouwd worden, al gaat het om dezelfde persoon. Als niemand zicht heeft op de totaliteit van de zorgnood en de verleende zorg, speelt dat vooral in het nadeel van de zorggebruiker. Met het ontwerp van decreet wordt het comfort van de hulpvrager, maar net zo goed dat van de zorgverstrekker, de hulpverlener en de voorzieningen verhoogd. Ook de kwaliteit neemt toe, omdat er beter inzicht is in de vragen, nood en wensen van de zorggebruikers. Ook hun ondersteuningsplan en reeds doorlopen zorgtrajecten zijn duidelijk, met het respectievelijk slagen of falen ervan. N-VA zal om al die redenen het ontwerp van decreet goedkeuren.

Ook voor mevrouw *Vera Van der Borgh* is het vanzelfsprekend de doelstellingen van het ontwerp van decreet te ondersteunen. Gegevens delen en dat langs beveiligde kanalen is essentieel, zowel voor gezondheidszorg als voor welzijnszorg. Er zijn evenwel nog vragen. Voor Open Vld is het van belang dat mensen niet telkens weer zelf een document moeten voorleggen of onderzoeken moeten ondergaan om een welzijns- of gezondheidsprobleem aan te tonen. Dat vreet energie van de zorggebruiker en kost de Vlaamse en federale overheid heel wat middelen.

Aan een aantal bezorgdheden van de Privacycommissie is tegemoetgekomen. Zo is geen toestemming vereist in het geval van levensbedreigende situaties. Open Vld vindt het evident en cruciaal dat de overheid de spelregels bepaalt om ervoor te zorgen dat gegevensdeling langs een beveiligde weg kan verlopen, dat wordt uitgemaakt aan welke voorwaarden een aantal te delen informatieformules moet voldoen en dat de privacy beschermd wordt. Dat de overheid ook de uitvoering op zich neemt, bijvoorbeeld de ontwikkeling van een eHealthBox, is minder evident omdat het te zeer neigt naar monopolievorming. Waarom beperkt de overheid zich niet tot het vastleggen van de randvoorwaarden en de normen waaraan dienstverleners moeten voldoen? Uitvoering kan aan de markt worden overgelaten. Die markt is er en functioneert naar behoren, zelfs beter dan de overheid, oppert mevrouw *Vera Van der Borgh*.

Zorgverleners worden verplicht om deel te nemen aan het netwerk, terwijl federaal is bepaald dat het gebruik van eHealth op vrijwillige basis gebeurt. Federaal worden labo-gegevens nog altijd verstuurd met MediBridge. Daarnaast worden initiatieven ontwikkeld door Familyware. Het elektronische voorschrift is er nog steeds niet hoewel de privésector er al zes jaar klaar mee is. Het vertrouwen tussen de federale overheid en artsen lijkt zoek.

Dat doet vermoeden dat hetzelfde probleem zich ook voordoet op Vlaams niveau. De SAR WGG vraagt zich af wat er gebeurt met de hubs of de eHealthBox waarlangs berichten beveiligd worden verstuurd als de deelname aan het netwerk verplicht wordt gesteld. De Raad van State stipuleert dat volgens artikel 1 van het KB van 20 september 2012 het delen van gegevens enkel toegelaten wordt als er sprake is van een finaliteit in de gezondheidszorg, en bijgevolg niet in de welzijnszorg. Het eHealth-platform kan volgens de Raad van State derhalve niet functioneren als dienstenintegrator voor welzijnsspecifieke gegevens. Het ontwerp van decreet omvat ook geen bepalingen over de dienstenintegrator die in dat geval wordt aangewezen ten behoeve van de zorgverstrekkers, hulpverleners en voorzieningen die niet behoren tot de administratie.

Geneesmiddelen selecteren, voorschriften opmaken en printen verloopt efficiënter met Prescribe. Meer dan 3000 geabonneerde artsen gebruiken de software dagelijks. MediMail laat professionals in de zorgsector toe patiënten en geneesmiddelen op te zoeken, instructies en posologie toe te voegen, interactie met andere geneesmiddelen op te zoeken, voorschriften te hernieuwen, en snel en probleemloos patiënteninformatie uit te wisselen. MediBridge ontwikkelde in samenwerking met medische professionals moderne en beveiligde software waarmee onderzoeksresultaten, informatie of rapporten gestructureerd kunnen worden doorgestuurd en geraadpleegd. Een comité waakt erover dat MediMail steeds voldoet aan de ethische normen zoals aanbevolen door de Orde van geneesheren. In navolging van MedSurf en MeXi vormt MediMail de nieuwe ruggensteun als het gaat om efficiëntie, effectiviteit en veiligheid bij elektronische uitwisseling van patiënteninformatie.

Artikel 8 bepaalt dat wie al werkte met een andere dienstenintegrator op privacy-conforme manier, dat kan blijven doen als de omschakeling naar eHealth aanzienlijke meerkosten zou betekenen. Mevrouw Vera Van der Borgh t wil vernemen wie het beleid voor ogen heeft.

De SAR WGG wijst er terecht op dat rekening moet worden gehouden met de informatiseringsgraad bij zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen. De informaticainfrastructuur, -kennis en -vaardigheden zijn ook niet overal in gelijke mate aanwezig. Mevrouw Vera Van der Borgh t wil weten of de stand van zaken bij artsen en voorzieningen is geanalyseerd. Ze herinnert aan recente problemen bij het VAPH en Kind en Gezin.

Voorts ontbreken financiële incentives om zorgverleners te overtuigen gebruik te maken van het systeem. De Vlaamse Toezichtcommissie voor het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer stelt dat in Brussel zorg- en hulpverleners die niet verbonden zijn aan een zorgvoorziening, ook niet verplicht zijn een veiligheidsconsulent aan te stellen of een veiligheidsbeleid uit te werken. Het agentschap zal bepalen hoe zij de werkwijze voor toegankelijkheid tot individuele dossiers moeten documenteren. De Vlaamse Toezichtcommissie wijst erop dat die betrokkenen een beroep zullen moeten doen op een externe dienstverlener om de maatregelen in de praktijk uit te voeren, wat hen geld zal kosten. De SAR WGG acht daarom behalve een afdoende en structurele financiering van het agentschap ook de financiering van overheidswege voor softwaresystemen van voorzieningen, zorg- en hulpverleners noodzakelijk. Dat moet vooral voorkomen dat de meerkosten op het werkveld afgewenteld worden. Hetzelfde geldt voor de veiligheidsconsulent.

Waar staan de mantelzorger en de patiënt in het dossier? De patiënt moet toestemming geven voor de gegevensdeling en kan het dossier zelf inkijken. Nergens is terug te vinden dat hij ook zelf gegevens kan invoeren. Mevrouw Vera Van der Borgh t wijst in die zin op het feit dat er steeds meer chronische ziektepatronen zijn en met het oog daarop, op het

toenemende belang van zelfzorg en in het verlengde daarvan telezorg. Een onderdeel daarvan kan ook zelfcontrole zijn. De patiënt kan gegevens zoals bloeddruk en bloedwaarden zelf opvolgen en doorspelen aan de huisarts. Is dat aspect ook ingecalculeerd en wat is dan de timing?

De taken van de veiligheidsconsulent en de inhoud van het veiligheidsbeleid zijn onvoldoende omschreven. Artikel 11, paragraaf 4, stipuleert dat het agentschap bijkomende regels kan vastleggen voor het veiligheidsbeleid en de opdrachten van de veiligheidsconsulenten, hun bevoegdheden, hun onafhankelijkheid, verantwoordelijkheid en deskundigheid. Wat dat laatste betreft, waarschuwt het commissielid voor problemen. De federale ervaring leert dat niet noodzakelijk wordt gekozen voor competentie binnen een organisatie. Die blijkt vaak zelfs volkomen afwezig. De SAR WGG vraagt terecht naar de financiering van de veiligheidsconsulent, vooral vanwege de in het besluit van de Vlaamse Regering van 15 mei 2009 vooropgestelde onafhankelijkheid van de veiligheidsconsulenten ten aanzien van de voorziening waar ze in dienst zijn. De SAR WGG vraagt ook naar de verhouding met de federale veiligheidsconsulenten in de ziekenhuizen.

Het systeem vertrekt vanuit het ‘opt in’-principe, waar Open Vld groot voorstander van is mits de betrokkenen geïnformeerd hun keuze maken. Artikel 22 bepaalt dat de zorggebruiker actief geïnformeerd wordt over zijn rechten. De vraag rijst wie dat doet en wanneer.

Mevrouw Vera Van der Borght kondigt een amendement aan op artikel 32 over de samenstelling van de raad van bestuur van het agentschap. De SAR WGG formuleert heel wat bedenkingen. Zo is een nieuwe weging nodig om een de facto vetorecht te voorkomen. Entiteiten die gegevens aanbrengen moeten worden opgenomen en de vertegenwoordiging van gebruikers moet divers zijn. Ook dubbele vertegenwoordiging dient vermeden te worden. Wetenschappers moeten er een plaats krijgen omdat ze moeten bijdragen tot kwaliteitsoptimalisatie en dataverkeer. De gedelegeerd bestuurder kan als raadslid met effectieve stem zitting hebben, en een vertegenwoordiging van de Privacycommissie en het eHealth-platform met raadgevende stem is aangewezen. De spreekster volgt de redenering van de SAR WGG.

Mevrouw Vera Van der Borght vraagt de minister vervolgens wie de gebruikers vertegenwoordigt. Mutualiteiten en zorgkassen werpen zich op als verdedigers van patiëntenrechten maar hebben maar liefst drie petjes op: uitvoerder van de wettelijke ziekte- en zorgverzekering, patiëntvertegenwoordiger, en aanbieder van zorg en aanvullend verzekeraar. Zo zitten ze drie keer in de raad van bestuur als ze ook worden beschouwd als vertegenwoordigers van de gebruiker. In het ontwerp van decreet is voorzien in vier vertegenwoordigers van de gebruikers, naast twee die instaan voor de mutualiteiten en de vertegenwoordigers van de zorgkassen. Er is voorzien in twee keer vier vertegenwoordigers van zorg- en hulpverleners die binnen en buiten voorzieningen werken. Daaronder ressorteren drie artsen. Is dat niet te weinig, vraagt het lid zich af. Zij staan immers in voor een heel divers palet aan zorgverleners en moeten uiteindelijk het netwerk gebruiken.

Tot slot is mevrouw Vera Van der Borght bezorgd over de sancties. Een voorziening die de opdrachten of verplichtingen niet naleeft, riskeert een boete van 100 tot 100.000 euro. De erkenning en de subsidies van de voorziening kunnen worden ingetrokken. Een zorg- of hulpverlener riskeert een boete van 100 tot 40.000 euro en hem kan de toegang tot het netwerk ontzegd worden. Open Vld heeft vragen bij de verhouding tussen boete en overtreding, vooral omdat het ontwerp van decreet vaag blijft en veel opmerkingen kreeg in diverse adviezen. Er zijn bovendien geen middelen ingeschreven voor de informatisering. Welke sanctie krijgt de Vlaamse overheid als het netwerk niet of tijdelijk niet functioneert, werpt het commissielid nog op.

Mevrouw *Cindy Franssen* stelt dat het ontwerp van decreet uitvoering geeft aan een van de doelstellingen van het regeerakkoord. Voor CD&V moet de patiënt steeds centraal staan. Het ontwerp van decreet realiseert een administratieve lastenverlaging voor de zorggebruikers en introduceert het ‘only once’-principe in gemeenschapsmateries, wat tegelijk de kans creëert om rechten automatisch toe te kennen. Het commissielid is daar groot voorstander van maar waarschuwt dat de veiligheid gegarandeerd moet zijn.

Een groot voordeel ziet mevrouw *Cindy Franssen* in het vermijden van dubbele onderzoeken voor de patiënt. Ook conflicterende medicatie, overmedicatie en overconsumptie kunnen beter voorkomen worden. Ze suggereert om ook het gedeeld farmaceutisch dossier, dat veeleer in eHealth verweven zit en zich op federaal niveau bevindt, aan te kaarten op een interministeriële conferentie. Het kan een inkijk bieden in medicatiegebruik.

Ten slotte is het essentieel om de vooropgestelde strikte timing voor het informeren van de zorggebruiker aan te houden.

Mevrouw *Else De Wachter* beaamt het belang van de centrale positie van gebruikers. Toch wil ze vooral de nood aan evenwicht tussen het gemak van de gegevensverstrekking en het bewaren van de privacy benadrukken. Wat betreft het automatisch toekennen van rechten is sp.a medestander in het dossier. Tijd en energie besparen voor de gebruiker, is cruciaal, meent het commissielid.

Minister *Jo Vandeurzen* merkt in eerste instantie op dat het om complexe ICT-materie gaat. Voortschrijdend inzicht heeft geleerd dat de afstemming met eHealth moet gebeuren ten behoeve van de zorgverstrekkers. Het ontwerp van decreet is het resultaat van een lange weg van overleg, met vele instanties, waaronder de Privacycommissie.

De eHealthBox is federale materie. De Vlaamse overheid moet zorgen voor een door de actoren gedragen platform voor gegevensdeling en communicatie in een beveiligde omgeving. Het is niet aan de overheid maar aan de bedrijfswereld en de partners om software te ontwikkelen of toepassingen uit te werken. De minister beaamt dat de privésector schitterend werk levert, maar de overheid moet erop toezien dat alles afgestemd wordt op de vooropgestelde standaard. Dat moet ook het signaal zijn dat aan potentiële softwareleveranciers wordt gecommuniceerd. Er worden internationale standaarden gehanteerd om het systeem maximaal te kunnen vermarkten. Dat maakt het mogelijk voor commerciële bedrijven om er toepassingen voor te ontwikkelen.

De overheid zal veilige gegevensdeling faciliteren. Het is niet aan de overheid om de technische infrastructuur te onderhouden. Daarvoor wordt een beroep gedaan op eHealth en de Vlaamse Dienstenintegrator.

De vraag hoe de sectoren erop zullen inspelen is terecht. In de financiering van zorgverstrekkers zullen geleidelijk prioriteiten gelegd worden. Implementatie en het verplichte karakter zijn alleen mogelijk op basis van beslissingen die de instemming van de raad van bestuur behoeven.

Om verrassingen te vermijden zijn de sectoren al geruime tijd verwittigd over de investeringen die de evolutie vergt. De overheid neemt een initiatief maar kan en zal niet meteen verplichten. Er zijn wel al jaren visies ontwikkeld over de gewenste ICT in Vlaanderen. De teksten zijn met alle sectoren onder de loep genomen en algemeen verspreid. Daarmee is ruim op voorhand duidelijk gemaakt dat investeringen in hard- en software bij voorkeur worden voorafgegaan door een grondige analyse van de omgeving. Alle sectoren in de welzijnssector weten wat ze in acht moeten nemen. Er is ook aangeraden om maximaal schaafeffecten na te streven om de prijs te drukken en de continuïteit van de leverancier te garanderen. Diverse ziekenhuizen zijn op zoek naar een nieuw elektronisch patiëntendossier en ook zij worden in die zin aangespoord. Met een gezamenlijk lastenboek houden ze

maximum twee tot drie potentiële leveranciers over. Dat maakt het ook leefbaar voor de leverancier, die bereid gevonden zal worden om te investeren. De overheid reguleert dat niet maar spoort aan de markt te laten spelen, wat stabiliteit garandeert naast de beste prijs en kwaliteit.

Het netwerk is niet verplicht zolang vanuit de raad van bestuur niet het signaal komt dat er evolutie is. De afstemming met eHealth wordt strikt bewaakt, wat de minister als vanzelfsprekend beschouwt.

Artikel 17, paragraaf 3, biedt patiënten de mogelijkheid zelf gegevens in te voeren en op te slaan. De combinatie met zelfmonitoring is een doel op zich, verklaart de minister. Er zal werk gemaakt worden van een module waarmee de patiënt zelf gegevens invoert en deelt.

Mevrouw *Vera Van der Borgh* merkt op dat vooraf twee instanties positief advies moeten verlenen over de ontwikkeling van deze module.

Het positieve advies van het agentschap, waarin de gebruikers vertegenwoordigd zijn, is noodzakelijk om draagvlak te creëren, luidt het antwoord van minister *Jo Vandeuren*. Ook het advies van de Privacycommissie is evident omdat het persoonsgegevens betreft.

Ook voor de mantelzorger is er een decretale regeling. Artikel 23 vermeldt expliciet wie de zorggebruiker kan bijstaan in het gebruik.

Voor wat de zorggebruikers in de raad van bestuur betreft, wordt gedacht aan het Vlaams Patiëntenplatform. De mutualiteiten worden apart vermeld. Het is duidelijk niet de bedoeling ze in verscheidene hoedanigheden te betrekken. De minister verzekert dat het ontwerp van decreet ook grondig is besproken met het Vlaams Patiëntenplatform.

Een aantal bepalingen geeft aan dat iedereen zelf ervoor moet zorgen dat de gebruikers voldoende geïnformeerd zijn over wat mogelijk is en wat het behelst. Er is het ‘opt in’-principe. Minister Jo Vandeuren beaamt dat de overheid op termijn, naarmate het systeem ingeburgerd raakt, ook informatiecampagnes zal moeten organiseren. Onder meer patiëntenverenigingen hebben die vraag al gesteld.

Een patiënt/cliënt kan registreren maar wordt niet verplicht. Met het oog op standaardisatie is een applicatie nodig waarbinnen alle zorgverstrekkers afspreken hoe bepaalde informatie wordt bijgehouden. Pas als daarover consensus is, krijgt de cliënt de mogelijkheid om zelf monitoringgegevens in te voeren. Dat zal heel wat protocollen vergen om het vertrouwen te verstevigen, net zoals banken afspraken hebben moeten maken die het mogelijk maken dat iedereen elektronisch geld kan afhalen bij om het even welke bank. In de zorgsector gaat het om zeer veel actoren en bijzonder gevoelige informatie.

Het vertrouwen is rechtstreeks afhankelijk van het veiligheidsbeleid. Het ontwerp van decreet stelt een complementair veiligheidsbeleid voor. Er is al heel wat geregeld maar dat wordt niet altijd goed toegepast. Het is de bedoeling waar nodig complementaire regels op te leggen die de veiligheid van het netwerk garanderen, toezicht houden en indien nodig handhavend optreden mogelijk maken. Handhaving is een noodzaak om de veiligheid van de patiënt/cliënt te garanderen. Over de grootte van de bedragen kan altijd discussie ontstaan, maar dat hangt voornamelijk af van de beoordeling van de ongeoorloofde feiten. De oorspronkelijke tekst bevatte zowel voor zorginstellingen als voor individuele zorgverstrekkers een boete van 100 tot 100.000 euro. Het zijn voornamelijk de artsen die zich daartegen hebben verzet. Er is uiteindelijk overeenstemming bereikt over de bedragen die in het ontwerp van decreet opgenomen zijn. De boete kan niet anders dan in verhouding staan tot de feiten aangezien er met een vork gewerkt wordt die beoordeling van de ernst van de overtreding toelaat met respect voor het proportionaliteitsbeginsel.

Mevrouw *Vera Van der Borgh* oppert dat er toch heel wat inspanningen worden gevraagd van zorgverleners zonder dat ze daarvoor vergoed worden. Toch wordt in drastische boetes voorzien als men zich niet voegt.

Minister *Jo Vandeurzen* geeft het voorbeeld van iemand die privacygevoelige gegevens van cliënten doorverkoopt voor commerciële doeleinden. Als dat herhaaldelijk wordt vastgesteld, moet een drastische sanctie mogelijk zijn.

Mevrouw *Vera Van der Borgh* antwoordt dat privacygevoelige gegevens commercialiseren een misbruik is en bestraft moet worden. Het niet invoeren van gegevens is echter van een andere orde. Het systeem is niet afhankelijk van één of twee actoren die weigeren informatie in te voeren.

Minister *Jo Vandeurzen* legt uit dat beide onder de sanctieregeling vallen, zij het in een andere ordegrootte. Als het systeem niet correct wordt ingevuld en een aantal betrokkenen niet meedoet, dan is het systeem niet betrouwbaar. Wat met actoren die bewust verkeerde gegevens registreren? Hij benadrukt dat na de aanpassing van de oorspronkelijke bedragen hierover geen opmerkingen meer zijn gemaakt.

De klemtoon moet in eerste instantie liggen op het operationele in functie van het zorggebruik en dan pas op het beleidsmatige gebruik. Om vertrouwen te schenken wordt uitgegaan van een decentraal operationeel systeem. Ervaringen in het buitenland hebben geleerd dat vertrouwen een onmisbare factor is. Daarom ligt de nadruk op veiligheidsbeleid, een decentraal systeem, kaders en standaarden zodat er effectief gegevens kunnen worden uitgewisseld.

Artikel 8, paragraaf 3, bepaalt dat actoren bij hun dienstenintegrator kunnen blijven als de meerkosten te groot zou blijken. In de memorie van toelichting wordt verwezen naar het Digitaal Platform Zorgverzekering.

III. ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMING

Artikelen 1 tot en met 31

De artikelen 1 tot en met 31 worden met 8 stemmen bij 2 onthoudingen aangenomen.

Artikel 32

Mevrouw *Helga Stevens* wijst op een verschil tussen de memorie van toelichting en het artikel. In het artikel is sprake van een raad van bestuur met 22 leden en in de memorie van toelichting van 19.

Amendement nr. 1 van mevrouw *Vera Van der Borgh* en de heer *Peter Gysbrechts* strekt ertoe in het eerste lid 4° te vervangen door: “4° negen vertegenwoordigers van zorgverleners en hulpverleners die buiten voorzieningen werken, waaronder minstens twee vertegenwoordigers van de artsen, een vertegenwoordiger van de apothekers, een vertegenwoordiger van de kinesisten, een vertegenwoordiger van de verpleegkundigen, een vertegenwoordiger van de tandartsen en een vertegenwoordiger van de psychologen;”.

Mevrouw *Vera Van der Borgh* wijst op een terechte bezorgdheid van de Federatie Vrije Beroepen over de samenstelling van de raad van bestuur. Omdat het ontwerp van decreet streeft naar gegevensdeling van alle vormen van zorgverlening, dienen alle zorgverleners vertegenwoordigd te zijn.

Naar aanleiding van de zesde staatshervorming zullen medische zorgverleners meer dan ooit behoren tot de actieradius van Vlaanderen en zullen zij belangrijke invoerders van gegevens zijn. Het is daarom essentieel hen te betrekken bij de besluitvorming. Het amendement stelt voor vijf bijkomende vertegenwoordigers op te nemen in de raad van bestuur, namelijk één voor elk medisch beroep dat erkend is bij koninklijk besluit nr. 78 en dit naast de artsen, namelijk de apothekers, de kinesisten, de verpleegkundigen, de tandartsen en de psychologen. Voor die laatste groep is de erkenning van de beroepstitel nakende op federaal niveau. Indien de meerderheid de raad van bestuur niet wil uitbreiden, suggereert ze het aantal vertegenwoordigers van andere actoren te verminderen.

Minister *Jo Vandeurzen* antwoordt dat het aantal leden is aangepast na overleg met de verschillende stakeholders. Het aantal leden is verhoogd omdat een aantal actoren erop aandrong alle beroepen een plaats te geven. De tekst van de memorie van toelichting is abusievelijk niet aangepast.

De zesde staatshervorming zal inderdaad grote veranderingen teweegbrengen voor de medische zorgverleners. De manier waarop artikel 32 geformuleerd is zorgt voor een aantal evenwichten, zoals bijvoorbeeld tussen zorggebruikers en -verstrekkers en tussen de welzijns- en de zorgsector. De verhoudingen zijn niet lukraak gekozen. De vertegenwoordiging van een actor uitbreiden zal onvermijdelijk botsen om een soortgelijke vraag van andere actoren. Voorts is het amendement onvoldoende specifiek. Zo is het onduidelijk welke organisatie representatief is voor bijvoorbeeld de apothekers.

Het is cruciaal dat de raad van bestuur voldoende representatief is voor alle actoren. Representativiteit moet betrokkenheid en geloofwaardigheid waarborgen. Veel van de bevoegdheden die aan de Vlaamse Regering worden toegekend, kunnen pas uitgeoefend worden na gunstig advies van het agentschap. Wie rekening wil houden met toekomstige evoluties in de sector, moet een formule zoeken die de Vlaamse Regering machtigt de samenstelling aan te passen. Maar ook in dat geval rijst de vraag of alle stakeholders daar zomaar mee zullen instemmen.

Minister *Jo Vandeurzen* kan begrip opbrengen voor de bezorgdheid van de zelfstandige zorgverstrekkers, maar wijst erop dat ze sowieso vertegenwoordigd zijn. Bovendien garanderen acht vertegenwoordigers de aanwezigheid van verschillende invalshoeken en uiteenlopende expertise.

Ten slotte bepaalt het ontwerp van decreet dat sectorale comités opgericht kunnen worden met een veel bredere samenstelling.

Mevrouw *Vera Van der Borgh*t herhaalt haar vraag wie de gebruikers vertegenwoordigt. Daarnaast zijn de artsen tweemaal vertegenwoordigd. Het verschil tussen de vertegenwoordigers van de zorggebruikers en van de mutualiteiten is onduidelijk.

Een apotheker kent zijn patiënten/cliënten even goed als een huisarts. Zelfstandige verpleegkundigen en kinesisten hebben heel regelmatig contact met patiënten. Deze belangrijke bronnen van informatie wordt vertegenwoordiging in de raad van bestuur ontzegd. Zij verdienen een plaats in het orgaan dat beslist en niet in een comité. De Federatie Vrije Beroepen kan namens deze actoren een vertegenwoordiger voorstellen.

Minister *Jo Vandeurzen* antwoordt dat de apothekers vertegenwoordigd zijn omdat zorgverstrekkers en hulpverleners sowieso acht vertegenwoordigers krijgen. Het gaat niet op die groep preciezer te omschrijven omdat het uiteindelijke doel bestaat in een representatieve vertegenwoordiging van de volledige zorg- en welzijnssector in de raad van bestuur.

De zorggebruikers zijn niet de mutualiteiten, maar het Vlaams Patiëntenplatform en vertegenwoordigers van bijvoorbeeld personen met een handicap of ouderen. De mutualiteiten worden expliciet vermeld waardoor ze niet onder een andere categorie kunnen vallen.

Dat de mutualiteiten twee vertegenwoordigers krijgen, doet mevrouw *Vera Van der Borgh* besluiten dat het om de Christelijke Mutualiteiten en Bond Moyson zal gaan.

Amendement nr. 1 wordt met 2 stemmen tegen 8 niet aangenomen.

Artikel 32 wordt met 8 stemmen tegen 2 aangenomen.

Artikelen 33 tot en met 47

De artikelen 33 tot en met 47 worden zonder opmerkingen met 8 stemmen bij 2 onthoudingen aangenomen.

IV. STEMMING

Het ontwerp van decreet wordt met 8 stemmen bij 2 onthoudingen aangenomen.

Katrien SCHRYVERS,
voorzitter

Cindy FRANSSEN
Peter GYSBRECHTS,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

ICT	informatie- en communicatietechnologie
KB	koninklijk besluit
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap