



VAV vzw, Dascottelei 78, 2100 Antwerpen (Deurne)

Tel: 0468 30 93 34

E-post: info@vqv.be

Webstek: www.vlaamsartsenverbond.org

Wetenschappelijk Symposium

van het

VLAAMS ARTSENVERBOND vzw

"Vlaamse gezondheidszorg na de 6^{de} staatshervorming"

Herman Teirlinckauditorium

KBC Groep nv

Havenlaan 2, Brussel

zaterdag 23 september 2017

Met steun van



Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Doktersgild Van Helmont

PROGRAMMA

8.45 u. *Onthaal*

9.25 u. *Welkomstwoord*

Paul Van Assche, kantoordirecteur Medische vrije beroepen
KBC MVB Vlaams Brabant

9.30 u. *Inleiding*

Toelichting opzet symposium
dr. Geert Debruyne, voorzitter

9.35 u. Status praesens van de uitvoering van de 6^{de} staatshervorming in de
'zorgsector'

dr. Dirk Dewolf, administrateur-generaal, Vlaams Agentschap Zorg en
Gezondheid

10 u. Hertekening van de Vlaamse eerstelijnszorg

dr. Caroline Verlinde,
adjunct-kabinetschef Zorg, kabinet min. J. Vandeuren

10.25 u. Gevolgen voor de arts-specialist (in opleiding)

prof. dr. Willy Peetermans,
KU Leuven, faculteit Geneeskunde, Competentiecentrum
Interne Geneeskunde

10.50 u. Een duidelijkere bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid door
een volgende staatshervorming?"

lic. jur. Jeroen Van Nieuwenhove, staatsraad Raad van State, afd.
wetgeving / wetenschappelijk medewerker KU Leuven

11.15 u. *Koffiepauze*

11.35 u. Debat met sprekers en deelnemers

12.35 u. Slotwoord

dr. Geert Debruyne, voorzitter

12.45 u. *Receptie*

14 u. *Einde*

Vlaams gezondheidsbeleid na de 6^{de} staatshervorming

Toelichting van het doel van het symposium

Dr. Geert Debruyne
Voorzitter VAV

Het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid is sedert het ingaan van de huidige legislatuur druk doende met de complexe puzzel van bevoegdheidsoverdracht, vastgelegd in de zesde staatshervorming, in de praktijk uit te voeren, maar werkt gelijktijdig ook aan een nieuw Vlaams beleid. Het overgangsprotocol tussen de federale en Vlaamse overheid loopt tot 31 december 2018. Wordt die deadline gehaald?

Ondertussen werkt het kabinet van minister Vandeurzen hard aan de hertekening van de Vlaamse eerstelijnszorg. Na de conferentie van half februari jl., met de voorstelling van de beleidsvoorstellen hierover, komen de reacties uit het werkveld uiterlijk de volgende weken bij het kabinet binnen. Concrete veranderingen worden steevast voor 2019 vooropgesteld.

De peripetieën rond de contigentering bereikten onlangs een wankel eindpunt met de invoering van het toelatingsexamen voor de Franstalige gemeenschap. De stappen naar de Raad van State werden (uiteraard) alweer gezet ... En hoe zwaar weegt dit ingewikkelde akkoord wanneer uiteindelijk een definitief resultaat op structureel vlak pas over 20 jaar kan worden beoordeeld.

Ook de wettelijke, juridische en financiële gevolgen van de uitvoering van deze zesde staatshervorming vergen aandacht, zelfs wanneer een zekere gunstige conjunctuur voor de federale regering leuk meegenomen is. Brussel rijft een groot bedrag binnen maar heeft als gewest geen enkele bevoegdheid over persoonsgebonden aangelegenheden. De Franstalige Gemeenschap is alvast tot vandaag onbestuurd, en wellicht onbestuurbaar. Vlaanderen wordt dan weer geconfronteerd met een belangrijker voortschrijdende vergrijzing, terwijl de overheveling van bevoegdheden niet door de overheveling van evenwaardige middelen wordt ondersteund.

En dan komen de volgende verkiezingen, gevolgd door nieuwe regeringsonderhandelingen er reeds over amper anderhalf jaar. Meer nog, de impact van de lokale verkiezingen in oktober 2018 moeten in ons land nimmer worden genegeerd.

Tijd dus voor een symposium over de Vlaams gezondheidsbeleid na de 6^{de} staatshervorming. Van harte aan elkeen welkom.

Status praesens van de uitvoering van de 6^{de} staatshervorming in de zorgsector

Dr. Dirk Dewolf
Administrateur-generaal
Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

De zesde staatshervorming van 2014 bouwt verder op de tweede staatshervorming van 1980 en draagt belangrijke persoonsgebonden bevoegdheden over naar de deelstaten. Hier beperken we ons tot de bevoegdheden die de gezondheidssector rechtstreeks raken en laten we de overheveling van het justitieel welzijnsbeleid en van de kinderbijslag buiten beschouwing.

Over welke nieuwe Vlaamse bevoegdheden gaat het?

- De residentiële **ouderenzorg** (woonzorgcentra, centra voor kortverblijf) en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;
- De organisatie van de **eerste lijn** en bepaalde ondersteunende structuren ervan: Impulsfondsen voor huisartsen, huisartsenkringen, lokale multidisciplinaire netwerken, geïntegreerde diensten thuiszorg, palliatieve samenwerkingsverbanden en hun multidisciplinaire begeleidingsequipes;
- Het afleveren van een erkenning voor **gezondheidszorgberoepen** en de bepaling van subquota;
- De infrastructuursubsidies en de erkenningsnormen voor **ziekenhuizen** en de categorale ziekenhuizen (revalidatieziekenhuizen);
- De residentiële **geestelijke gezondheidszorg** (psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen) en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg;
- Bepaalde **revalidatieconventies** en de verslavingszorg (fondsen);
- **Mobiliteitshulpmiddelen** (rolstoelen en aanverwante hulpmiddelen);
- Restbevoegdheden inzake **preventie** (deel van vaccinbudget, rookstopbegeleiding, voedingsplan).

De inkanteling van deze nieuwe bevoegdheden binnen de Vlaamse regelgeving gebeurt fasegewijs sedert 2014 en loopt af eind 2018.

Het merendeel van deze nieuwe bevoegdheden wordt juridisch en financieel gekaderd binnen de Vlaamse sociale bescherming: een verplicht verzekeringssysteem voor inwoners van het Vlaams Gewest en facultatief voor inwoners van het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. De originele en reeds eerder bestaande Vlaamse sokkel van de Vlaamse sociale bescherming (de Vlaamse zorgverzekering) groeit dus uit tot een Vlaams equivalent van de Belgische sociale zekerheid en neemt er delen van over, ofschoon het met een budget van om en bij de 4 miljard euro de kleine broer blijft van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Zorgkassen (mutualistische, commerciële en de Vlaamse overheid) kunnen de rol van verzekeraar binnen de Vlaamse sociale bescherming opnemen. Persoonsvolgende financiering wordt het leidend principe bij de uittekening van het beleid.

De zesde staatshervorming laat de homogenisering toe van een aantal bevoegdheidsdomeinen zoals de ouderenzorg (thuiszorg en residentiële ouderenzorg onder één beleid), de ziekenhuisinfrastructuur (100 % VIPA) en het preventiebeleid (exclusieve bevoegdheid). Voor andere domeinen (ziekenhuisnormering en revalidatie bv.) is de bevoegdheidsverdeling niet homogeen en zijn de Belgische en Vlaamse overheden afhankelijker geworden van elkaar om een consistent beleid te voeren. Er is sinds 1980 een evolutie naar het samenbrengen van persoonsgebonden bevoegdheden onder één enkele (Vlaamse) overheid: cultuur, onderwijs, welzijn, gezondheidszorg en sociaal beleid. Dat faciliteert het voeren van een geïntegreerd persoonsgericht zorgbeleid, waarin sociale, welzijns- en gezondheidsactoren elk een opdracht hebben te vervullen. Dit is beleidsmatig gesproken noodzakelijk, aangezien onze bevolking ouder wordt en steeds meer chronische zorgnoden heeft.

België en Vlaanderen volgen daarmee een trend die internationaal waarneembaar is. De zesde staatshervorming is geen eindpunt in deze evolutie naar een decentralisering van het zorgbeleid.

Hertekening van de Vlaamse eerstelijnszorg

Dr. Caroline Verlinde
Adjunct-kabinetschef Zorg

Kabinet minister J. Vandeuren, Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Visie: De persoon met een zorgnood centraal in een concentrisch zorg- en ondersteuningsmodel

Elke persoon heeft recht op zorg en ondersteuning die een zo optimaal mogelijke levenskwaliteit toelaten. Het helpen realiseren van de persoonlijk gewenste en best mogelijke levenskwaliteit vormt het einddoel van onze zorg en ondersteuning waarin lijnen, niveaus en sectoren ondergeschikt zijn aan dit doel en waarbij de zorg geïntegreerd aangeboden wordt.

De Wereldgezondheidsorganisatie reikt ons een inspirerend model aan: de mantelzorger, de vrijwilligers en de buurt staan als eerste beschermende en ondersteunende schil rond de persoon met een zorgnood die centraal staat. Wanneer zorgnoden complexer worden, moet de eerstelijnszorg geactiveerd worden. Gezien de toenemende zorgnoden van een ouder wordende populatie is het van het allergrootste belang te kunnen steunen op een sterke, goed uitgebouwde eerste lijn. Vanuit die visie worden de lijnen omgebogen tot cirkels in een concentrisch model.

We vertrekken vanuit de autonomie van de persoon en de regierol die door de persoon (zelfmanagement) of zijn mantelzorger opgenomen wordt. Hiertoe is het verwerven van voldoende **gezondheidsvaardigheden** noodzakelijk. Er is ook nood aan bereikbare, laagdrempelige, **lokale onthaalfuncties**, zowel fysiek als digitaal. We bundelen hiervoor de expertise van de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen in een samenwerkingsverband ‘geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal’.

Buurtgerichte zorg

Personen met een chronische zorgnood wensen meestal zo lang mogelijk thuis te blijven. Dit wordt vaak mogelijk gemaakt door een waaier van vormen van ondersteuning van professionele maar ook van informele zorgverleners. Buren die zich inzetten en vrijwilligers vormen een kostbare schakel tussen de persoon met een chronische zorg- en ondersteuningsnood en de samenleving waaraan hij zolang mogelijk volwaardig moet kunnen participeren. Lokale dienstencentra, minder mobiel centrales voor vervoer, centra voor dagopvang en dagverzorging, diensten voor gezinszorg maar ook vrijwilligers in de oppashulp kunnen de mantelzorger wat respijt en tijd gunnen voor zichzelf. We zullen ook de gezinszorg een meer buurtgerichte werking laten ontplooiën en ook de residentiële ouderenzorg zal wijzigen: het woonzorgcentrum wordt een fysiek kruispunt binnen de eerste lijn van waaruit ondersteuning en zorg in de buurt kan worden aangereikt.

Zorgteam, zorgcoördinatie en case management functie

Als de zorgsituatie complex is en de inzet van zorgaanbieders van verschillende disciplines vereist, komt een zorgteam tot stand. De persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger maken hier integraal deel van uit.

De complexiteit van het zorgproces en het aantal zorgaanbieders dat in het zorgteam aanwezig is, vragen soms om een coördinerende functie. Het coördineren van de zorg is een rol en die zowel door de persoon met een zorgnood of zijn mantelzorger of een deelnemer aan het zorgteam opgenomen wordt. De zorgdoelen, bijhorende handelingen of acties, de planning en taakafspraken, de zorgcoördinatie, evaluatie en bijsturing krijgen hun neerslag in een zorg- en ondersteuningsplan. Dit vormt het instrument om het zorgproces vorm te geven, uit te voeren, op te volgen en bij te sturen. Enkel een uitzonderlijke situatie rechtvaardigt de inzet van een case management functie.

Deze vormt een tijdelijke ondersteuning voor het zorgteam. Het zorgteam blijft volledig verantwoordelijk voor het zorgproces.

We zetten verder in op een volledige digitalisering van het zorgproces in lijn met het actieplan eGezondheid.

Ondersteuning van de zorgaanbieders: eerstelijnszones, regionale zorgzone, Vlaams Instituut

In de eerstelijnszone komt het zwaartepunt te liggen van de ondersteuning van de praktijk of de dienstverlening en van de intersectorale samenwerking lokale besturen-welzijn-gezondheid. De eerstelijnszone is de geografische omschrijving van een gebied van 75.000 tot 125.000 inwoners. Lokale besturen en de zorgaanbieders die er hun zorg- en dienstverlening ontwikkelen, werken er samen en nemen verantwoordelijkheid op voor de populatie van die eerstelijnszone. De ontwikkeling van de werking van de eerstelijnszones zal gefaseerd verlopen. De oproep naar de eerstelijnsactoren en lokale besturen om in consensus een voorstel van eerstelijnszone in te dienen, werd gelanceerd. De voorstellen worden ingewacht tegen eind 2017.

De eerstelijnszone wordt aangestuurd door een Zorgraad. Deze raad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat uit zorgaanbieders van verschillende disciplines en uit vertegenwoordigers van de woonzorgcentra, gezinszorg, diensten maatschappelijk werk, CAW, en lokale besturen, aangevuld door een vertegenwoordiging van de zorggebruikers en mantelzorgers.

Ondersteuning inzake palliatie, preventie, dementie en geestelijke gezondheidszorg worden gesitueerd op het niveau van een **regionale zorgzone** dat een gebied omschrijft van om en bij de 400.000 inwoners. Het is de bedoeling dat meerdere eerstelijnszones passen in een regionale zorgzone. De regionale zorgzones vallen idealiter samen met de **klinische netwerken** van ziekenhuizen uit een regio, zoals ze worden opgevat door de federale overheid. Op die manier kan de regionale zorgzone het platform worden waar eerstelijnszorg en specialistische zorg elkaar ontmoeten en samenwerken.

Een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zal opgericht worden om de nodige kennis en expertise samen te brengen die de brede eerste lijn in Vlaanderen kan ondersteunen.

Randvoorwaarden voor de hervorming zijn onder meer:

- de juiste basishouding en –competenties rond een integrale zorg via de **basisopleiding en permanente vorming**,
- **voldoende capaciteit en taakdelegatie**,
- **kwaliteit van (eerstelijns)zorg**: het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg zal de denktank en de gegevensbank worden in verband met kwaliteitsindicatoren voor gespecialiseerde zorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ook voor de eerste lijn.
- **Innovatie en ondernemerschap** ondersteunen waarbij we oa denken aan mobile health, assistieve technologie en hulpmiddelen, het chronisch zorgmodel, nieuwe samenwerkings- en organisatie modellen, ... ism Flanders' Care.
- **Digitalisering** als rode lijn door de ganse hervorming: Subsidiërings- en ondersteuningsmechanismen zullen hoe langer hoe meer uitgaan van gedigitaliseerde dossiers bij de zorgaanbieders.

In het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 is een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. De Zesde Staatshervorming vormt het momentum om hier volledig op in te zetten. Een breed participatief traject dat uitmondde in de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 gaf ons voldoende informatie en inzicht om de nodige evoluties helder te zien. De hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen is **een ingrijpend veranderingsproces** dat tijd en energie kost. Het tijdsvenster van deze reorganisatie loopt tot 2025 en zal regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd worden in samspraak met de sector.

De Vlaamse Gezondheidszorg na de 6^{de} staatshervorming

Gevolgen voor de arts-specialist in opleiding

Professor dr. Willy Peetermans
Interne Geneeskunde
UZ Leuven

Door de 6^{de} staatshervorming is de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor de planning van het medisch aanbod voor wat betreft de subquota per specialisme. De vaststelling van het totale artsencontingent is bevoegdheid gebleven van de federale overheid. De federale planningscommissie medisch aanbod heeft in het voorjaar 2017 gebruik gemaakt van een nieuwe berekeningsmethode om dit contingent te berekenen. Hierbij werden elementen zoals het aantal artsen dat niet meer actief is binnen het RIZIV stelsel, de trend naar deeltijdse arbeid, de leeftijdsverdeling binnen het specialisme, de Europese mobiliteit en de zorgvraag meegenomen. De berekening maakte gebruik van reële cijfers tot 2012. De estimaties voor de volgende jaren moeten jaarlijks geverifieerd worden evenals de impact ervan op het geleidelijk wegwerken van het overtal aan Franstalige artsen.

De bevoegdheid over de subquota per specialisme laat toe een beleid te voeren dat rekening houdt met de zorgnood en het gewenste aanbod aan zorgverleners voor de Vlaamse bevolking. De concretisering hiervan moet nog verder uitgewerkt worden.

De Vlaamse Gemeenschap is nu tevens bevoegd voor de erkenning van de gezondheidsberoepen. Dit heeft tot gevolg dat de erkenningscommissies van de FOD Volksgezondheid overgebracht werden naar het Vlaams Agentschap Zorg-en-Gezondheid. Op federaal niveau werken gemengde commissies van de Hoge Raad en de NL/FR erkenningscommissies momenteel aan de actualisatie van de specifieke criteria per specialisme voor de erkenning van specialisten, stagemesters en stagediensten. Ook de transversale criteria werden federaal vastgelegd in de ministeriële besluiten van 23 april 2014 en 13 september 2016. De Vlaamse regering nam op 24 februari 2017 haar besluit over de uitvoering van deze erkenningsbevoegdheid. Concrete gevolgen hiervan zijn o.a. een nieuwe samenstelling van de erkenningscommissies per specialisme, een nieuwe beroepsprocedure en de valorisering van de Master Specialistische Geneeskunde in de erkenningsprocedure. De erkenningscommissies zullen verder gebruik maken van delen uit het elektronisch portofolio Medbook ter vervanging van het verouderde stageboekje. Het wettelijk kader voor een 'license to practice' is momenteel nog niet geregeld. Een 'license to practice' is een beleidsinstrument dat toelaat te waken over de kwaliteit van de zorgverleners die via Europa gelijkwaardigheid van diploma verkrijgen.

De bevoegdheden in de planning van het medisch aanbod en de erkenning van specialisten zijn belangrijke hefboomen voor het gezondheidsbeleid in Vlaanderen. De bevoegdheid over de financiële middelen om de keuzes te ondersteunen en te implementeren in de ziekenhuizen blijft echter nog federaal.

Een duidelijkere bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid door een volgende staatshervorming?

Lic. jur. Jeroen Van Nieuwenhove

Staatsraad Raad van State / Wetenschappelijk medewerker KU Leuven

De bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid dateert van 1980 en werd pas in 2014 een eerste keer bijgesteld. In beide gevallen gold een zekere logica bij het verdelen van bevoegdheden tussen de federale overheid en de gemeenschappen, maar soms wogen politieke overwegingen zwaarder dan praktische overwegingen, met ongelukkige of onduidelijke bevoegdheidsverdelingen tot gevolg. Alleen al omdat de inzichten inzake het zorgbeleid sinds 1980 aanzienlijk zijn geëvolueerd waren de bevoegdheidsaanpassing in 2014 hoogst welkom. Jammer genoeg dragen veel van die aanpassingen in zich weer de kiemen voor nieuwe onduidelijkheden, toepassingsproblemen en zelfs conflicten tussen de federale overheid en de gemeenschappen.

Er werd gepoogd om de gemeenschapsbevoegdheden inzake onder meer eerstelijnszorg, ouderenzorg en ziekenhuizen te verstevigen en dat is in belangrijke mate ook gelukt, maar de concrete grenzen tussen die nieuwe gemeenschapsbevoegdheden en de federale bevoegdheden zijn in nogal wat gevallen erg onduidelijk geformuleerd. Zo zijn de gemeenschappen principieel bevoegd geworden voor de erkenningsnormen van ziekenhuizen en hun verschillende onderdelen, maar de federale overheid is bevoegd gebleven voor de “basissenmerken” van de ziekenhuizen. Wat daarmee concreet wordt bedoeld is niet nader uitgewerkt en zorgt voor heel wat onduidelijkheid.

Meer in het algemeen is de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg nog steeds, ook na de zesde staatshervorming, erdoor gekenmerkt dat het hele gezondheidszorgproces is verknipt in (ten minste) drie aspecten: de instelling waar de zorgen worden verstrekt, de beoefenaar die de zorgen verstrekt en de financiering van die zorgverstrekking. Voor het eerste aspect hebben de gemeenschappen belangrijke bevoegdheden, sinds 2014 zelfs in belangrijke mate in de ziekenhuizen, waar de gemeenschappen vroeger hooguit een voet tussen de deur hadden. Voor het tweede aspect, namelijk de reglementering van de gezondheidszorgberoepen en van het medische handelen als dusdanig is de federale overheid grotendeels bevoegd, met als belangrijke uitzondering de preventieve gezondheidszorg. Voor het derde aspect, de financiering van de zorgverstrekking is de federale overheid ook de hoofdzakelijk bevoegde overheid, doordat de ziekteverzekering en het grootste gedeelte van het ziekenhuisbudget nog steeds federaal is.

Die “verknipping” van bevoegdheden is nogal artificieel, want in de praktijk treedt een arts niet afzonderlijk op als (personeelslid van) een zorginstelling, als beroepsbeoefenaar en als verstrekker van terugbetaalbare prestaties. Die aspecten lopen door elkaar, waardoor bevoegdheidsoverschrijdingen (en -usurpaties) haast onvermijdelijk zijn, want elke overheid wil zich laten gelden. Niet alleen de Vlaamse overheid, maar ook de federale overheid. Een belangrijk onderdeel van de zesde staatshervorming bestond bijvoorbeeld in het terugschroeven (of “communitariseren”) van initiatieven van de federale ziekteverzekering waarbij via allerlei projecten en subsidies van het RIZIV bestaande gemeenschapsbevoegdheden werden betreden.

Kan het anders? Kan het beter? De theoretisch optimale oplossing zou zijn dat één enkele overheid voor het gehele gezondheidszorgbeleid bevoegd zou zijn. Wie denkt dat een integrale overheveling naar de gemeenschappen moet worden nagestreefd, moet zich echter rekening geven van aanzienlijke politieke weerstand én van grote toepassingsproblemen in Brussel, tenzij men – zoals men heeft gedaan voor de gezinsbijslagen – naar een feitelijke regionalisering (gewesten) zou gaan. In afwachting van een volgende staatshervorming lijkt vooral samenwerking het sleutelwoord te zijn, meer dan voorheen.