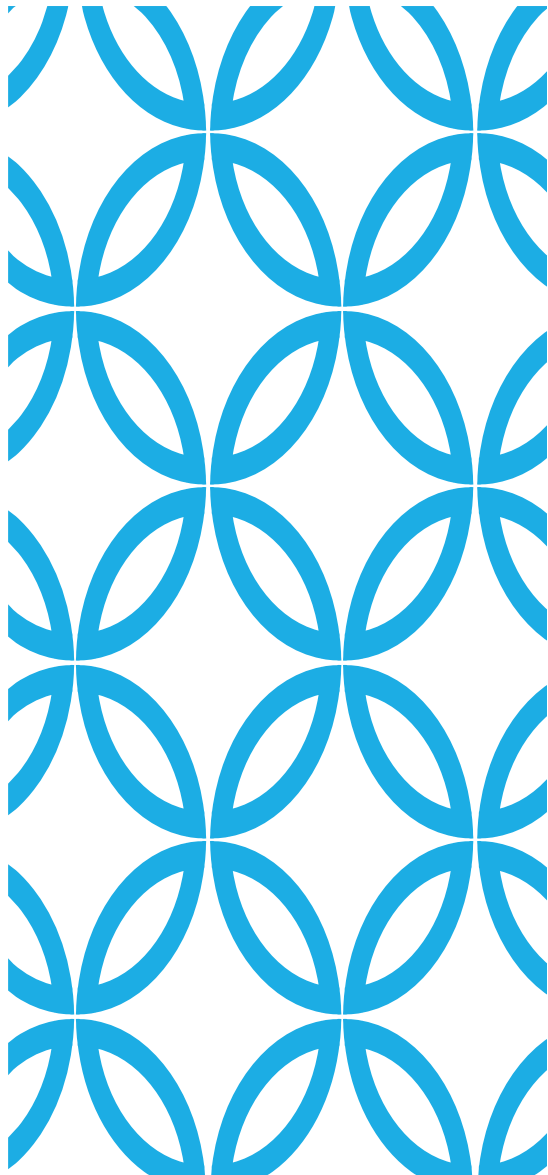


DE DEFEDERALISERING VAN HET GEZONDHEIDSBELID

Jürgen Vanpraet



PRATOR
advocaten - avocats - attorneys



WAAROM IS EEN DEFEDERALISERING VAN HET GEZONDHEIDSBELEID NODIG?

I. BELEIDSTRENDS ALS ANTWOORD OP DE UITDAGINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

- Uitdagingen in de gezondheidszorg
 - integratie van populatiegerichte preventie en curatie
 - chronisch zieken - multimorbiditeit
 - mentale fitheid
 - zorgpersoneel
 - doorgedreven digitalisering en technologisering

I. BELEIDSTRENDS ALS ANTWOORD OP DE UITDAGINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

- Performantie en betaalbaarheid van gezondheidszorg

Cf. John Crombez & Rob De Staelen, “De nood aan hervorming van de Belgische gezondheidszorg”, UGent, 2021.

- De uitgaven in de zorg zullen de komende 15 jaar met 20% toenemen
- Te boeken efficiëntiewinsten zonder kwaliteitsverlies worden geraamd op 2,9 mia euro (structureel)



I. BELEIDSTRENDS ALS ANTWOORD OP DE UITDAGINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

- Kwalitatieve zorg is geïntegreerde zorg vertrekkende vanuit de zorgnoden van de burger
 - Persoonsgecentreerde zorg
 - zorg op maat, met oog voor mede-regie van de gebruiker
 - Geïntegreerde zorg
 - toenemend kiezen voor netwerken en ketens van zorg-multidisciplinariteit
- Gezondheids- en welzijnsbeleid in één hand

II. HUIDIGE BEVOEGDHEIDSVERDELING BEMOEILIJKT NIEUW ZORGMODEL

Versnipperde
bevoegdheden

1) In beginsel volgens het principe van gedeelde exclusieve bevoegdheden

→ Nadeel: “joint decision trap” –
“Politikverflechtungsfalle” (F. SCHARPF)

Versnippering bemoeilijkt de besluitvorming om beleidskeuzes uit te voeren doordat tijd, energie en dus overheidsmiddelen verloren gaan in het zoeken naar afstemming tussen het deelstatelijke en federale niveau

II. HUIDIGE BEVOEGDHEIDSVERDELING BEMOEILIJKT NIEUW ZORGMODEL

Versnipperde
bevoegdheden

2) Veel onduidelijkheden en grijze zones
in de bevoegdheidsverdeling

→ wie is bevoegd en wie neemt
verantwoordelijkheid?

→ vaak “dubbelaspect”-casussen:
federale overheid en deelstaten kunnen elk
vanuit hun eigen bevoegdheid vergelijkbare
zaken regelen

(bv. federale transversale bevoegdheid inzake
de ziekteverzekering - nomenclatuur)

1. ZIEKENHUISBELEID: FEDERALE EN VLAAMSE OVERHEID BEVOEGD

Federale overheid



Minister Frank Vandenbroucke

Federaal Minister van Volksgezondheid en Sociale zaken

- Organieke wetgeving
- Programmatie
- Financiering (excl. bouw)
- Honoraria
- Geneesmiddelen

Vlaamse overheid



Minister Hilde Crevits

Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

- Normering
- Erkenningen
- Toezicht en Handhaving
- Infrastructuursubsidies
- Zorgstrategische planning

2. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG FEDERALE EN VLAAMSE OVERHEID



Federale overheid

Minister Frank Vandenbroucke

Minister van Volksgezondheid en Sociale zaken

- Idem ziekenhuizen (PAAZ en PZ)
- Honoraria
- Geneesmiddelen
- GGZ-netwerken



Vlaamse overheid

Minister Hilde Crevits

Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

- Idem ziekenhuizen (PAAZ en PZ)
- Centra geestelijke gezondheidszorg
- PVT en Beschut wonen
- Overlegplatform(s) GGZ
- GGZ revalidatie
- Toezicht en Handhaving

3. EERSTE LIJN: FEDERALE EN VLAAMSE OVERHEID

Federale overheid

Minister Frank Vandenbroucke



Minister van Volksgezondheid en Sociale zaken

- Normering zorgberoepen
- Visum zorgberoepen
- Honoraria
- Geneesmiddelen
- Accreditatie
- Quota zorgberoepen
- Financiering huisartsenwachtposten

Vlaamse overheid

Minister Hilde Crevits



Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

- Erkenning zorgberoepen
- Ondersteunende structuren* (HAK, palliatieve netwerken..)
- Woonzorg en *welzijn*
- Impulseo (subsidieprogramma)
- Organisatie van eerste lijn
- Subquota zorgberoepen

4. ANDERE

- planning medisch aanbod – gezondheidszorgberoepen
 - Erkenningsnormen – contingentering: federaal
 - Erkenning en subcontingentering: gemeenschappen
 - License tot practice – RIZIV-nummer: federaal
- preventie, thuiszorg, palliatieve zorg, revalidatie (<-> interferentie honoraria en uitoefening gezondheidsberoepen)
- personen met een handicap (<-> integratietegemoetkoming)

II. HUIDIGE BEVOEGDHEIDSVERDELING BEMOEILIJKT NIEUW ZORGMODEL

1) Status quo?

- Ontoereikend

2) Herfederalisering?

- D.w.z.: uiteenlopend beleid in gemeenschapsmateries terug gaan samenvoegen en uniformiseren
- Wat met de Vlaamse sociale bescherming, wat met de eerstelijnszones, etc.?
- Modus vivendi zoeken tussen het noorden en het zuiden van het land
- Wat met verschillende beleidsnoden en –preferenties?

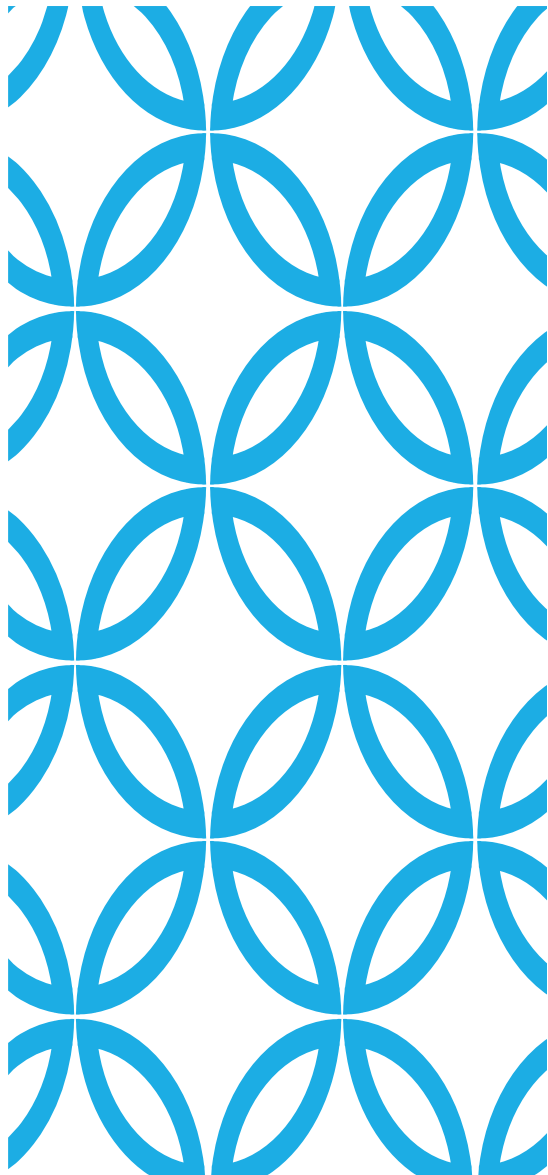
3) Defederalisering op het niveau van de deelstaten?

- Federaal regeerakkoord
- Perspectief
- Uitdagingen

III. UITEENLOPENDE ZORGNODEN, ZORGCULTUREN EN BELEIDSPREFERENTIES IN DE VERSCHILLENDE LANDSDELEN

- Voorbeelden:

- vergrijzing en verschil in levensverwachting
- belang van de eerstelijnsgezondheidszorg - hospitalocentrisme
- globaal medisch dossier
- vaccinatiestrategie en – graad
- persoonsgerichte zorg vs. instellingsgebonden zorg



HOE DEFEDERALISEREN?

**EEN MOGELIJK MODEL
AAN DE HAND VAN EEN
AANTAL KERNVRAGEN**

IV. WELKE BEVOEGDHEDEN OVERDRAGEN NAAR DE DEELSTATEN?

- “Homogenisering”...

- beetje herschikken vs. doorpakken?
- leidt een defederalisering tot betere zorg?

- Uitgangspunt nieuw zorgmodel:

- normering, uitvoering en financiering behoren tot de bevoegdheid van de deelstaten
 - ontwikkeling van het nieuwe zorgmodel behoort tot de autonomie van de deelstaten
- o.a. de financiering
 - planning
 - erkenning
 - kwaliteitszorg
 - organisatie van het beleid

IV. WELKE BEVOEGDHEDEN OVERDRAGEN NAAR DE DEELSTATEN?

- Volledige gezondheids- en welzijnsbeleid, o.a.
 - beleid inzake de ziekenhuizen
 - beleid inzake terugbetalingen in de verzekering voor geneeskundige verstrekkingen (prestaties, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen)
 - beleid inzake dringende geneeskundige hulpverlening
 - beleid inzake de gezondheidszorgberoepen
 - loonbeleid in de gezondheids- en welzijnssector
 - beleid inzake eerstelijnsgezondheidszorg (bv. huisartsenwachtposten, permanentie, etc.)
 - beleid inzake revalidatie
 - beleid inzake geestelijke gezondheidszorg
 - beleid inzake laboratoria en klinische biologie
 - beleid inzake personen met een handicap (integratietegemoetkoming, inkomensvervangende tegemoetkoming, etc.)
 - nationale maatregelen inzake profylaxis
 - levensbeëindigend handelen

IV. WELKE BEVOEGDHEDEN OVERDRAGEN NAAR DE DEELSTATEN?

- Welke bevoegdheden centraal organiseren?
 - Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen
 - productnormering/vergunning (onverminderd bevoegdheid om zelf vergunningen toe te kennen)
 - maximumprijs van de farmaceutische onderneming (affabrieksprijs)
 - maximumverkoopprijs aan het publiek
 - Verdelingsmarge voor de groothandelaar en apotheker
 - Terugbetaling (en remgeld) geneesmiddelen en medische hulpmiddelen wordt bepaald door de deelstaten (op basis van het woonplaatscriterium) (cf. EU)

V. WELKE DEELSTATEN?

- Uitgangspunten:





- voldoende schaalgrootte (kennis, financiering, etc.)
- populatiegericht beleid moet mogelijk zijn
- zorg in de eigen landstaal
- eenvoudigere structuren
 - ✓ Cf. Brussel: BHG, GGC, Cocof, Fr. Gem., Vl. Gem.
 - ✓ Cf. Wallonië: Fr. Gem. en Waals Gewest

- Gemeenschappen of gewesten?

- Het debat valt aan Nederlandse zijde ingevolge de “fusie” tussen de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest te herleiden tot een debat over Brussel
- In zuiden van het land: complexer

V. WELKE DEELSTATEN?

Vier bevoegde overheden voor het gezondheids- en welzijnsbeleid

Deelstaat Vlaanderen: Nederlandse taalgebied + Brussel	Brusselse overheid of federale overheid bevoegd voor Brussel	Deelstaat Oost-België	Deelstaat Wallonië: Franse taalgebied (excl. Brussel)
			

= sterke vereenvoudiging t.a.v. de huidige situatie

VI. QUID BRUSSEL?

- Twee bevoegde overheden (in plaats van de huidige vijf)

- Brusselse overheid of federale overheid bevoegd voor het Brussels grondgebied
 - ✓ Populatiegericht beleid
 - ✓ Bevoegde overheid te bepalen in functie van schaalgrootte en financiële draagkracht
- Deelstaat Vlaanderen
 - ✓ Redenen voor het behoud van de bevoegdheid:
 - beste garantie voor een Nederlandstalig zorgaanbod in Brussel
 - het belang van de unicommunautaire N-instellingen voor de gespecialiseerde zorg voor het hinterland (cf. UZ Jette)
 - geïntegreerd Vlaams – Brussel (N) systeem heeft voldoende schaalgrootte (<-> COCOF)

VI. QUID BRUSSEL?

- Uitgangspunten:

- **Zorginstellingen:**
 - In principe bevoegdheid overheid X
 - M.u.v. het unicommunautair N-zorgaanbod in Brussel
- **Ziektekostenverzekering**
 - Verplicht aansluiting bij het systeem van overheid X tenzij inwoners van Brussel vrijwillig aansluiten bij het systeem van de deelstaat Vlaanderen (een “opt in”)
 - Aansluiting bij het systeem van de deelstaat Vlaanderen beïnvloedt de dotatiefinanciering

VII. INTERDEELSTATELIJKE ASPECTEN

- Zorggebonden financiering is gekoppeld aan de woonplaats van de zorgbehoevende

Woonplaats	Bevoegde overheid
Nederlands taalgebied	Deelstaat Vlaanderen
Franse taalgebied	Deelstaat Wallonië
Duitse taalgebied	Deelstaat Oost-België
Brussel	Brusselse of federale overheid tenzij voor de inwoners die opteren om onder het stelsel van de deelstaat Vlaanderen te vallen

VII. INTERDEELSTATELIJKE ASPECTEN

- Recht op interdeelstatelijke patiëntenmobiliteit

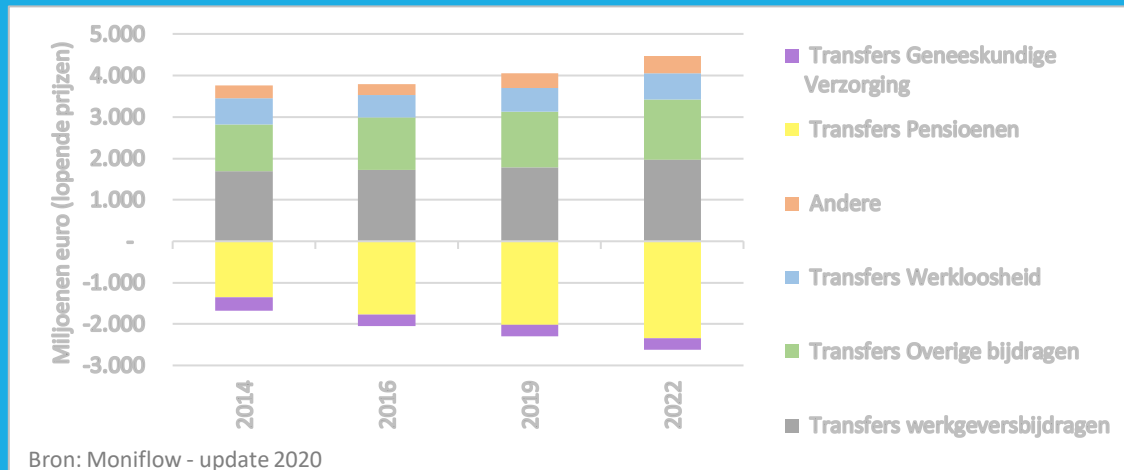
→ belang van de zorgverzekeraars als uniek aanspreekpunt voor hun cliënteel

- Interdeelstatelijke Administratieve Backoffice)

- coördineren van de grensoverschrijdende zorg tussen de deelstaten
- gegevensuitwisseling tussen de deelstaten
- jaarlijkse afrekening tussen de deelstaten
- fungeren als nationaal contactpunt voor andere landen

VIII. FINANCIERING

- Financiële stromen van de sociale zekerheid vanuit het Vlaamse Gewest – Bevolkingsijking

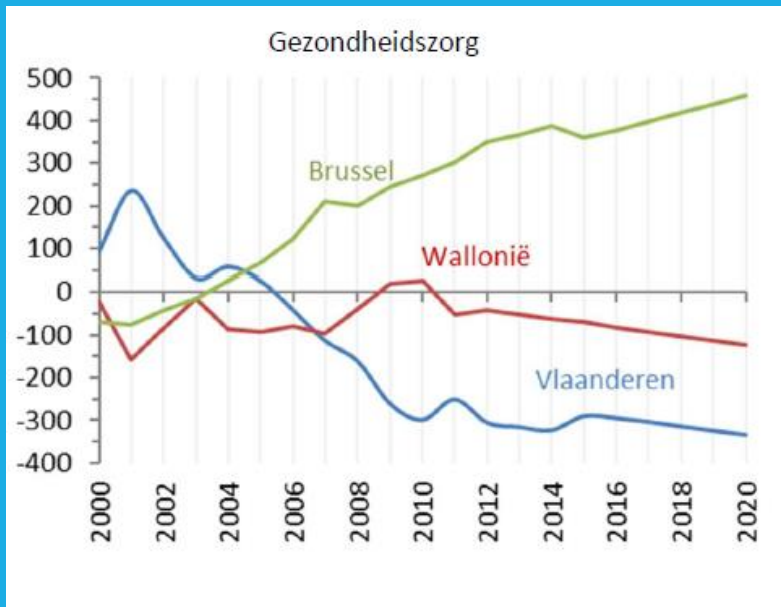


Bron: “Interegionale financiële stromen in België – monitor – 22.09.2022”

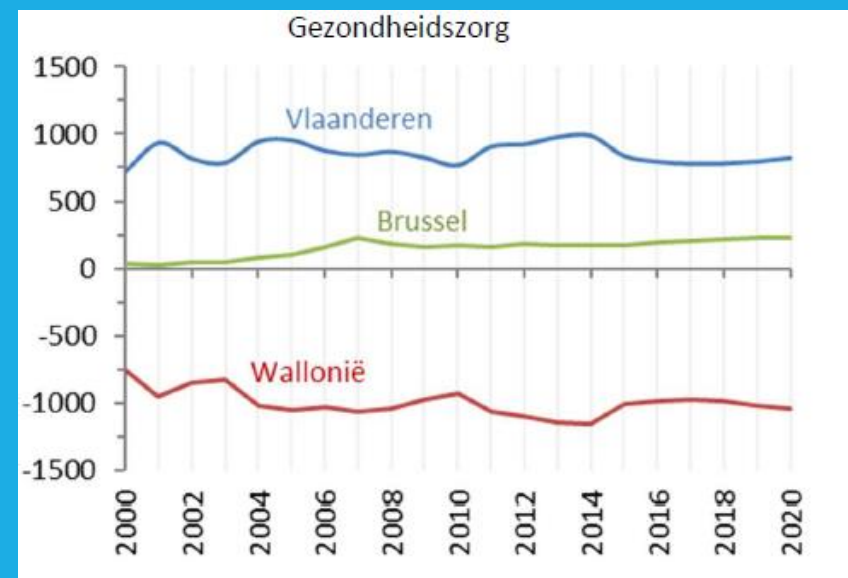
VIII. FINANCIERING

Transfers RSZ op basis van:

bevolkingsijking



inkomensijking



Bron: Decoster en Sas, "Interegionale financiële stromen in België 2020-2021", 7 juli 2017.

VIII. FINANCIERING - VOORSTEL

- Over te dragen budget: ong. 38 mia euro (2021)
- Niet-inkomensvervangende tegemoetkomingen niet langer via sociale bijdragen financieren
- Federale sociale zekerheid:
 - vermindering van alternatieve financiering
 - sociale bijdragen blijven gelijk
- Financiering deelstaten via:
 - fiscale autonomie (personenbelasting)
 - aangevuld met een dotatiefinanciering

CONCLUSIE

- DEFEDERALISERING VAN HET GEZONDHEIDSBELEID IS NODIG OM EEN PERFORMANT EN TOEKOMSTGERICHT BELEID MOGELIJK TE MAKEN

- MAAR “DOORPAKKEN”, ONVOLLEDIGE OVERDRACHTEN ZULLEN TOT VERSNIPPERING EN BIJKOMENDE COMPLEXITEITEN LEIDEN

DE DEFEDERALISERING VAN HET GEZONDHEIDSBELID

Jürgen Vanpraet



PRATOR
advocaten - avocats - attorneys