

PERIODIEK 1/2024 78ste JAARGANG

COMMUNAUTARISERING VAN DE **GEZONDHEIDSZORG** IN 2024!



Wetenschappelijk
Symposium
van het
VLAAMS
ARTSENVERBOND

VZW

14 oktober 2023



PROGRAMMA

Communautarisering van de gezondheidszorg in 2024 !

ZATERDAG 14 oktober 2023

Welkomstwoord / voorwoord	4
Defederalisering van de gezondheidszorg Jürgen Van Praet, advocaat Prator, grondwetspecialist staatshervorming	12
Naar een de-centrale gezondheidszorg in een solidaire samenleving Jan De Maeseneer, em. prof. fac. Geneeskunde, departement Huisartsgeneeskunde, UGent	46
Hoe de staatsstructuur de opleiding van artsen remt Jonas Brouwers, voorzitter VASO (Vlaamse vereniging voor arts-specialisten in opleiding)	56
Performantie van de gezondheidszorg: een vergelijking Noord-Zuid Karel Vermeyen, voormalig waarnemend diensthoofd anesthesie UZ Antwerpen, bestuurslid VAV	62
Naar een toekomstbestendige organisatie van gezondheidszorg Karine Moykens, administrateur-generaal Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid	76
Slotwoord Jan Van Meirhaeghe, VAV-voorzitter	84



p 14 oktober 2023 organiseerde het Vlaams Artsenverbond een symposium met als titel: “Naar een communautarisering van de gezondheidszorg in 2024!”.

We konden vijf uitstekende sprekers programmeren die elk van uit hun eigen invalshoek de materie behandelden.

Met deze terugkerende symposia actualiseert het VAV zijn visie en standpunten: zo dragen we bij tot de communautarisering van de gezondheidszorg.

Grondwetspecialist **Jürgen Vanpraet** werkt de stelling uit dat een performant toekomstgericht gezondheidsbeleid niet mogelijk is zonder de deelstaten eerst bevoegd te maken voor het gehele gezondheidsbeleid. Dat betekent een volledige homogenisering van de bevoegdheden op deelstatelijk niveau. Fragmentaire overdrachten leiden tot nieuwe versnippering en nieuwe knelpunten en beletten aansturen van het beleid vanuit één hand. Als grondwetspecialist geeft hij een antwoord op de vraag hoe de homogenisering van de gezondheidszorg op het niveau van de deelstaten vorm gegeven kan worden.

Bovendien bedacht hij een originele variante van de communautarisering van de gezondheidszorg.

Voor **Jan De Maeseneer** is zoals bekend een solidaire, sociaal rechtvaardige en transparante federale inning van de belastingen het uitgangspunt voor een performante organisatie van de gezondheidszorg met een belangrijke rol voor clusters van gemeenten en lokale besturen, en met als spil de eerstelijnszones, ondersteund door de ziekenhuisnetwerken in samenwerking met de sociale sector.

Hij opteerde voor een regionalisering van de gezondheidszorg met doorknippen van de band Vlaanderen – Vlamingen in Brussel. Tijdens het debat kreeg hij daarvoor evenwel een duidelijke afkeuring vanwege het publiek.

Jonas Brouwers, jarenlang voorzitter VASO (Vlaamse vereniging voor arts-specialisten in opleiding), kent het dossier van de contingentering en de planning van het medisch aanbod van binnen en van buiten. Hij noemt het een schoolvoorbeeld van een “compromis à la Belge”. En we weten al lang hoe nefast die zijn. De huidige staatsstructuur zorgt ook in de opleiding van artsen voor een onontwarbaar kluwen. Het stroomlijnen en samenbrengen van bevoegdheden is ook op dit domein een onontbeerlijke stap om tot een duurzaam toekomstmodel te komen.

Karel Vermeyen, bestuurslid VAV, bracht een indrukwekkende reeks cijfers uit gerespecteerde bronnen (KCE Kenniscentrum performantierapport 2019) inzake verschillen tussen noord en zuid op overtuigende

wijze. Zo is bijvoorbeeld in Wallonië en Brussel zowel de sterfte die vermijdbaar is door primaire preventie, als de sterfte vermijdbaar door secundaire preventie en behandeling, beduidend hoger dan in Vlaanderen. Die gegevens duiden op een enorme kloof tussen de kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem boven en beneden de taalgrens. Tijdens het debat stelde de laatste interventionist uit het publiek voor dit kwaliteitsargument van de Vlaamse gezondheidszorg systematisch te gebruiken voor de promotie van een Vlaams gezondheidsbeleid bij de bevolking in Vlaanderen en in Brussel.

Vermeyen komt op basis van de vergelijking Noord-Zuid tot de conclusie dat een gesplitste financiering van de gezondheidszorg mogelijkheden biedt en geen verlies van solidariteit hoeft te betekenen. Het is wel belangrijk dat solidariteit op een transparante manier georganiseerd wordt en een tijdsdefinitie heeft.

Karine Moykens, secretaris-generaal van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid, opvolgster van Dirk Dewolf, pleitte eveneens voor een defederalisering van het gezondheidsbeleid naar de deelstaten.

Voor een performant zorgbeleid horen gezondheidszorg en welzijn samen in één beleidsvoering te zitten als we de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON) centraal stellen.

Maar ook een homogene bevoegdheidsverdeling vormt een belangrijke factor om een globaal en consistent beleid rond geïntegreerde zorg en ondersteuning op Vlaams niveau uit te kunnen tekenen. De eerste lijn en tweede lijn horen samen in één beleidsvoering om een continu aanbod van passende en doelmatige zorg vanuit eenzelfde visie te faciliteren. Ook preventie en curatie horen samen in één beleidsvoering om een betere verhouding tussen preventief en curatief beleid en een gezonde populatie als doel centraal te stellen. Momenteel zijn deze bevoegdheden verdeeld over de verschillende beleidsniveaus waardoor het niet evident is om tot een gestroomlijnd beleid m.b.t. geïntegreerde zorg te komen, over alle sectoren en niveaus heen.

Ook zij haalde aan dat de verdere overdracht van de resterende bevoegdheden over gezondheidszorg naar de deelstaten niet noodzakelijk een afbouw van de solidariteit tussen de regio's hoeft in te houden.

En zie de links hieronder. Het symposium en de referaten kregen ruim aandacht en commentaar in de algemene pers, in de medische pers, ook de Franstalige (!) medische pers.

Jan Van Meirhaeghe
Voorzitter VAV

De Specialist 27 oktober 2023

(Pascal Selleslagh)

<https://flipflashpages.uniflip.com/3//61981/1129921/pub/html5.html#page/12>



Artsenkrant 3 november 2023

(Geert Verrijken)

<https://magazine.knack.be/makr/voor-abonnees/artsenkrant/printarticle/6941411/article>



De Tijd 21 oktober 2023

(Rik Van Cauwelaert)

<https://www.tijd.be/ opinie/paleis/paleis-der-natie-achter-de-geld-pomp/10500673.html>



Le Journal du Medecin 17 november 2023

(Geert Verrijken)

<https://magazine.levif.be/makr/pour-abonnees/journaldumedecin/JM/2023/46/PWrh-ParxRuOTYWlckZlKfUeZ70hVbR0Psq/6m/DuH8dKc=/3DI/html5/index.html>













NAAR EEN HOMOGEEN VLAAMS GEZONDHEIDSBELEID

**Het asymmetrisch
vierdeelstatenmodel
voor de defederalisering
van het gezondheidsbeleid**

Jürgen Vanpraet
advocaat Prator
grondwetspecialist
staats hervorming
UGent

DEFEDERALISEREN, HERFEDERALISEREN OF STATUS QUO?

De vraag naar de herfederalisering of defederalisering van het gezondheidsbeleid, kan niet los gezien worden van de uitdagingen waar we voor staan om een zo hoog mogelijk gezondheids- en welzijnsniveau aan te bieden aan onze burgers. Zowel in België als in andere landen wordt de organisatie van de gezondheidszorg geconfronteerd met een aantal uitdagingen waarvan studies aantonen dat ze in de toekomst nog zullen toenemen: stijgende kosten, personeelstekorten, de ontwikkeling van nieuwe technologieën voor diagnose en behandeling, een verouderende bevolking, het belang van gezondheidspreventie, een toename van chronische ziekten met multimorbiditeit en veranderingen in de houding van de mens met toenemende verwachtingen. Studies geven aan dat het bovendien cruciaal is om de performantie van het gezondheidszorgsysteem te verhogen.¹ Deze uitdagingen vereisen een nieuw zorgmodel. Een zorgmodel waar niet zozeer de ziekte, maar de patiënt in zijn leefcontext het centrale uitgangspunt is en dat vertrekt van ketenzorg waarbij zorgverstrekkers vanuit verschillende disciplines en mantelzorgers met elkaar verbonden zijn door een uitgetekend zorgpad. Een modern gezondheidsbeleid vertrekt vanuit de noden van de burger. Het is de burger die actief en geïnformeerd meebeslist over zijn gezondheid waarbij de gezondheidszorg rekening houdt met de persoonlijke doelstellingen en wensen van de patiënt.

De afgelopen jaren is echter gebleken dat de huidige bevoegdheidsverdeling te versnipperd is tussen de federale overheid en de gemeenschappen om deze beleidsuitdaging ten volle te kunnen aanpakken. Deze versnippering leidt tot onduidelijkheden welk niveau voor wat beleidsmatig én financieel verantwoordelijk is. Het bemoeilijkt de besluitvorming om beleidskeuzes uit te voeren doordat tijd, energie en dus overheidsmiddelen verloren gaan in het zoeken naar afstemming tussen het federale niveau en de deelstaten (de zogenaamde “*joint decision trap*” of “*Politikverflechtungsfalle*”²). Een nieuwe bevoegdheidsverdeling dringt zich dus op om aan dit probleem tegemoet te komen.

1-Volgens R. DE STAELEN en J. CROMBEZ (UGENT) zou het verbeteren van de performantie van het gezondheidszorgsysteem de komende jaren een budgettair voordeel van ongeveer 3 miljard euro kunnen opleveren en dit zonder kwaliteitsverlies (R. DE STAELEN en J. CROMBEZ, “De nood aan hervorming van de Belgische gezondheidszorg” (working paper), UGent, 2021).

(file:///C:/Users/J%C3%BCrgen/Downloads/De%20nood%20aan%20hervorming%20van%20de%20Belgische%20gezondheidszorg.pdf).

2 - Naar F. SCHARPF, “The joint decision trap: lessons from German federalism and European Integration”, *Public Administration* 1988, 66, 236-278.

Het uitgangspunt van de bijdrage is dat het uitbouwen van een performant en toekomstgericht gezondheidsbeleid niet mogelijk is zonder de deelstaten eerst bevoegd te maken voor het gehele gezondheidsbeleid. Een dergelijke volledige homogenisering van de bevoegdheden op het deelstatelijk niveau geniet de voorkeur boven het behouden van de *status quo*, het opnieuw gefragmenteerd overdragen van een aantal bijkomende bevoegdheden of een herfederalisering van het gezondheidsbeleid. Nieuwe fragmentaire overdrachten³ zouden tot nieuwe versnipperingen en knelpunten aanleiding geven en zouden het aansturen van het beleid vanuit één hand opnieuw bemoeilijken. De uiteenlopende visies in het noorden en het zuiden van het land⁴ omtrent het gezondheidsbeleid lagen in het verleden aan de basis van de bevoegdheidsoverdrachten naar de deelstaten en maken dat een herfederalisering niet wenselijk en haalbaar is. Een herfederalisering zou bovendien veronderstellen dat op federaal niveau opnieuw een *modus vivendi* gevonden zou moeten worden tussen Nederlandstaligen en Franstaligen (en Brusselaars en Duitstaligen) over het te voeren gezondheidsbeleid. Een dergelijk uniform beleid zou niet alleen gevoerd moeten worden in de federaal gebleven materies zoals actueel het geval is, maar ook in de materies die thans reeds tot de bevoegdheden van de gemeenschappen behoren en waarin de diverse gemeenschappen in ons land dus reeds een uiteenlopend beleid voeren. De reeds gerealiseerde verworvenheden in de Vlaamse Gemeenschap (zoals bijvoorbeeld de Vlaamse sociale bescherming of de eerstelijnszones) zouden hierdoor opnieuw in vraag worden gesteld. Een herfederalisering zou aldus tot eindeloze blokkeringen en stilstand in het gezondheidsbeleid leiden.

De bijdrage gaat vanuit een grondwettelijke invalshoek in op de vraag hoe de homogenisering van de gezondheidszorg op het niveau van de deelstaten vorm gegeven kan worden. Daarbij wordt achtereenvolgens ingegaan op de vraag welke deelstaten (gemeenschappen of gewesten) bevoegd worden voor het gezondheidsbeleid (III), welke materiële bevoegdheden overgedragen worden (IV), op de principes van de interdeelstatelijke patiëntenmobiliteit (V), op Brussel (VI) en (kort) op de financiering (VII).

3 - Zoals bijvoorbeeld een overdracht van het gezondheidsbeleid naar de deelstaten waar bij de ziektekostenverzekering (nomenclatuur) federaal zou blijven.

4 - Bv. de verschillende rol die de eerstelijnsgezondheidszorg en de ziekenhuizen opnemen in het noorden en het zuiden van het land, het verschil in medische consumptie, het verschil in vaccinatiestrategie- en graad, het verschil tussen persoonsgerichte zorg en instellingsgebonden zorg, het verschil in levensverwachting, het verschillende tempo waarin de vergrijzing zich voltrekt,...

UITGANGSPUNT: EEN BEVOEGDHEIDSVERDELING DIE HET MOGELIJK MAAKT ZORG AAN TE STUREN VANUIT ÉÉN BELEIDSVISIE

Het gezondheidsbeleid kan worden opgedeeld in een aantal grote pijlers, met name de gezondheidsopvoeding en -preventie, de curatieve zorg, de langetermijnzorg en de palliatieve zorg. De gezondheidspromotie en ziektepreventie behoren reeds geruime tijd grotendeels tot de bevoegdheid van de gemeenschappen en werden met de zesde staats hervorming verder gehomogeniseerd.⁵ Met de zesde staats hervorming werden de gemeenschappen onder meer bevoegd voor de residentiële ouderenzorg, de residentiële geestelijke gezondheidszorg buiten de ziekenhuizen, een deel van de revalidatiesector en de "organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg"⁶.

De curatieve zorg is echter grotendeels een federale bevoegdheid gebleven. Het gaat voornamelijk om de zorg verstrekt door zorgverstrekkers (artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, zorgkundigen, logopedisten, etc.) en door ziekenhuizen. Zo is de federale overheid bevoegd gebleven voor de organieke wetgeving, de basisregels van de programmatie en de financiering van de exploitatie (excl. de bouw) van ziekenhuizen. Ook de terugbetaling van prestaties in het kader van de ziektekostenverzekering is een federale bevoegdheid gebleven, evenals bepaalde aspecten van de gezondheidszorgberoepen (zoals de erkenningsvoorwaarden en de basiscontingentering). Vermits curatieve zorg deel uitmaakt van een globale gezondheidszorgketen, waarbij er nauwe interactie is met preventie en langetermijnzorg, kan deze pijler in een performant en geïntegreerd gezondheidssysteem dat de zorgnoden van de patiënt centraal stelt, niet geïsoleerd bestaan. Bij ketenzorg zijn zorgverstrekkers vanuit verschillende disciplines en mantelzorgers met elkaar verbonden door een uitgetekend zorgpad. Elk levert zijn expertise daartoe, data worden digitaal geconnecteerd en, wanneer genezing niet meer mogelijk is, heeft zorg als doel de patiënt een zo kwalitatief mogelijk leven te laten leiden in functie wat voor hem belangrijk is.

Om een passende en doelmatige zorg te kunnen bieden die vertrekt vanuit de zorgnoden van de burger, horen de verschillende pijlers van ons

5 - Art. 5, §1, l, eerste lid, 8° BWHI voorziet erin dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor "de gezondheidsopvoeding, alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, evenals alle initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg".

6 - Het begrip "organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg" omvat bijvoorbeeld niet de financiering van de huisartsenwachtposten. het beleid inzake medische permanentie, oproepsysteem, etc.

gezondheidssysteem gestuurd te worden door een globale visie op gezondheidszorg en dienen ze vanuit één bevoegdheidsniveau aangestuurd te worden. De normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid (uitgavenzijde) over het volledige gezondheidsbeleid worden naar de gefedereerde entiteiten overgeheveld, dus onder meer met inbegrip van de ziektekostenverzekering.

Vanuit een patiëntgerichte benadering kunnen ook het gezondheidsbeleid en het welzijnsbeleid niet van elkaar gescheiden worden, zo dus ook de bevoegdheden niet. Zo heeft een oudere zorgbehoevende met verschillende aandoeningen zowel medisch-verpleegkundige noden als welzijnsnoden.

EEN DEFEDERALISERING VOLGENS HET ASYMMETRISCH VIER DEELSTATENMODEL

Het onderscheid tussen gemeenschappen en gewesten wordt in vraag gesteld

In 1980 werd het gezondheidsbeleid in het algemeen toevertrouwd aan de gemeenschappen als een persoonsgebonden aangelegenheid⁷, zij het met veel beperkingen en uitzonderingen.⁸ De gewesten kunnen zonder de wijziging van de Grondwet niet bevoegd gemaakt worden voor de persoonsgebonden aangelegenheden, zo ook niet voor het gezondheidsbeleid.⁹ Het feit dat het gezondheidsbeleid beschouwd wordt als een persoonsgebonden aangelegenheid, brengt heden ten dage met zich mee dat de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap hun bevoegdheden territoriaal ook kunnen uitoefenen “*ten aanzien van de instellingen gevestigd in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die, wegens hun organisatie, moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap*”¹⁰ (het zogenaamd

7 - Uit art. 128, §1 Grondwet volgt dat de Vlaamse en de Franse Gemeenschap bevoegd zijn voor de persoonsgebonden aangelegenheden en dat het aan de bijzondere wetgever toekomt om deze persoonsgebonden aangelegenheden vast te stellen.

Uit artikel 130, 1, 2° Grondwet volgt dat de Duitstalige Gemeenschap bevoegd is voor de persoonsgebonden aangelegenheden.

8 - Art. 5, §1, I BWHI.

9 - Art. 39, eerste zin Grondwet bepaalt: “De wet draagt aan de gewestelijke organen welke zij opricht en welke samengesteld zijn uit verkozen mandatarissen de bevoegdheid op om de aangelegenheden te regelen welke zij aanduidt met uitsluiting van die bedoeld in de artikelen 30 en 127 tot 129 en dit binnen het gebied en op de wijze die zij bepaalt. Deze wet moet worden aangenomen met de meerderheid bepaald in artikel 4, laatste lid.”

10 - Art. 128, §2 Grondwet.

uni communautair zorgaanbod in Brussel). Naast de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap en Franse Gemeenschap (die belangrijke bevoegdheden heeft overgedragen aan de Franse Gemeenschapscommissie in Brussel) is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in Brussel bevoegd voor de instellingen die wegens hun organisatie niet behoren tot de ene of de andere gemeenschap en de maatregelen die zich rechtstreeks tot personen richten in Brussel. Die laatste bevoegdheden werden in 1989 overgedragen naar de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), die een bijzondere verschijningsvorm is van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest met bijzondere besluitvormingsregels, inzonderheid een dubbele meerderheid ter bescherming van de kleinste taalgroep.¹¹

Sommigen pleiten er voor om de gemeenschapsbenadering bij toekomstige staatshervormingen -en bij overdracht van bevoegdheden op het vlak van de gezondheidszorg in het bijzonder- niet langer te volgen. Zo pleit J. DE MAESENEER voor een gedecentraliseerd gezondheidszorgmodel dat op gewestelijke basis georganiseerd wordt.¹² In dat model zou Vlaanderen dus geen bevoegdheden meer uitoefenen in Brussel op het vlak van het gezondheidsbeleid en zou een Nederlandstalig zorgaanbod dat aangestuurd wordt vanuit de Vlaamse Gemeenschap dus verdwijnen. Ook J. VANDE LANOTTE pleitte eerder voor een model gebaseerd op vier deelstaten, weze het dat hij de bevoegdheid van Vlaanderen in Brussel in de Nederlandstalige welzijnsinstellingen niet ter discussie stelt.¹³ Hij is daarentegen wel van oordeel dat het niet wenselijk is om de gemeenschapsbenadering toe te passen ten aanzien van sociale rechten. Hij stelt dat de gemeenschapsbenadering voor de nieuwe bevoegdheden die de gemeenschappen opeisen inzake sociale rechten niet wenselijk is. Volgens deze auteur dringt de keuze zich op om de sociale rechten ofwel te behouden op het federale niveau, ofwel over te hevelen naar de regio's die werken binnen een structuur van vier deelstaten met eigen territoriale bevoegdheden. Dit brengt bijvoorbeeld met zich mee dat wanneer de ziektekostenverzekering overgedragen wordt, de gemeenschappen deze bevoegdheid niet uitoefenen in Brussel.

11 - Art. 72, vierde lid, bijzondere wet van 12 januari 1989 met betrekking tot de Brusselse Instellingen.

12 - J. DE MAESENEER, "Beleidsnota gezondheidszorg: perspectief. De gezondheidszorg in België in 2030. Anders, of meer van hetzelfde? Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving", Gent, 1 december 2019, (https://vwgc.be/wp-content/uploads/2019/09/BELEIDSNOTA-GEZONDHEIDSZORG_JDM_17092019.pdf).

13 - J. VANDE LANOTTE, De Belgische Unie bestaat uit vier deelstaten, 2011.

Dergelijke pleidooien doen de vraag rijzen welke deelstaten in het hierboven beschreven scenario waarbij het gezondheids- en welzijnsbeleid gehomogeniseerd worden op deelstatelijk niveau, bevoegd worden en ten aanzien van welk grondgebied zij bevoegd zijn.

Uitgangspunten van het model

Om te bepalen welke deelstaten (gemeenschappen/gewesten) bevoegd worden voor het homogeen over te dragen gezondheids- en welzijnsbeleid moet rekening gehouden worden met een aantal factoren.

Vooreerst moeten de nieuw bevoegde overheden over een voldoende schaalgrootte (bv. kennis, financierbaarheid, bestuurscapaciteit...) beschikken om het volledige gezondheidsbeleid vorm te geven.

Daarnaast moet de bevoegdheidsverdeling een populatiegericht beleid mogelijk maken (bv. inzake gezondheidsopvoeding en preventie) waarbij alle inwoners, zo ook sociaal kwetsbare groepen, bereikt kunnen worden.

De bevoegdheidsverdeling moet verder ook eenvoudiger en transparanter zijn. Zo dringt een drastische vereenvoudiging zich op van de huidige bevoegdheidsverdeling in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad waarbij het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschap naast elkaar bestaan allen met de bevoegdheid om normen uit te vaardigen die kracht van wet hebben. Aan Franstalige zijde is het behoud van het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschap als afzonderlijke entiteiten evenmin wenselijk.

De bevoegdheidsverdeling moet er tot slot ook op gericht zijn dat de burgers zorg ontvangen in de landstaal van het taalgebied waarin zij wonen, te weten het Nederlands in het Nederlandse taalgebied, het Frans in het Franse taalgebied, het Nederlands en het Frans op voet van gelijkheid en naar keuze van de inwoner in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad en het Duits in het Duitse taalgebied.

Welke deelstaten bevoegd voor het gezondheidsbeleid?

DEELSTAAT WALLONIË: BEVOEGD IN HET FRANSE TAALGEBIED

In het licht van die principes dringt in Franstalig België de creatie van een “deelstaat Wallonië” zich op die in het Franse taalgebied bevoegd is voor het gezondheids- en welzijnsbeleid.

In het voorgestelde model wordt ervoor geopteerd om de deelstaat Wallonië geen bevoegdheden te geven in Brussel. Dit sluit aan bij de bestaande tendensen binnen Franstalig België waarbij (1) de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap overgedragen worden aan het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie in Brussel¹⁴ (zogenaamde “cocofisering” van gemeenschapsbevoegdheden) en (2) uni communautaire Franstalige instellingen ingekanteld worden in de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie¹⁵ (de zogenaamde “cocomisering” van

14 - Art. 3, 6° en 7° van het bijzonder decreet (Franse Gemeenschap) van 3 april 2014 betreffende de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap waarvan de uitoefening naar het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie wordt overgedragen.

Het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie is reeds bevoegd voor: “6° het gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet, met uitzondering van :

- de universitaire ziekenhuizen;
- de revalidatieovereenkomsten die met de in punt a) bedoelde ziekenhuizen worden gesloten;
- de «Académie royale de médecine de Belgique»;
- de erkenning en de contingertering van de gezondheidszorgberoepen;
- de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, bestemd voor zuigelingen, kinderen, leerlingen en studenten;
- wat behoort tot de opdrachten die aan de “Office de la Naissance et de l’Enfance (ONE)” worden toegekend;
- de sportmedische keuring;
- de «Société scientifique de médecine générale»;
- 7° de bijstand aan personen, bedoeld in artikel 5, § 1, II, van de bijzondere wet, met uitzondering van :
- wat behoort tot de opdrachten die aan de “Office de la Naissance et de l’Enfance” worden toegekend;
- de diensten “Espaces-Rencontres”;
- de sociale hulpverlening aan rechtzoekenden;
- de jeugdbescherming;
- de sociale hulpverlening aan gedetineerden;
- de juridische eerstelijnsbijstand.”

15 - In navolging van de zesde staatshervorming werden in de periode 2015-2016 bijvoorbeeld 49 Franstalige rusthuizen en bijhorende middelen overgeheveld van de Franse Gemeenschapscommissie in Brussel naar de GGC (cijfers afkomstig uit het Antwoord

gemeenschapsbevoegdheden). Bovendien is de schaalgrootte van de Franse Gemeenschapscommissie om op te treden als autonome entiteit te beperkt. Deze benadering zorgt ook voor meer duidelijkheid in de bevoegdheidsverdeling en beperkt de institutionele kakafonie aan instellingen in Brussel. Anders dan het geval is voor de Nederlanders, stelt zich ook geen taalprobleem vermits het Frans in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad in de feiten de dominerende taal is en dit ondanks dat het Nederlands en het Frans juridisch op voet van gelijkheid staat in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad.

De “deelstaat Wallonië” oefent in beginsel evenmin bevoegdheden uit inzake het gezondheids- en welzijnsbeleid in het Duitse taalgebied. Die bevoegdheid behoort in beginsel tot de bevoegdheid van de deelstaat “Oost-belgië”, tenzij er andersluidende afspraken gemaakt worden met de deelstaat Wallonië of de deelstaat Vlaanderen (bv. omwille van de schaalgrootte, financiering etc.).

DEELSTAAT VLAANDEREN: BEVOEGD IN HET NEDERLANDSE TAALGEBIED EN BRUSSEL

In Vlaanderen is de situatie eenvoudiger dan in Wallonië en Brussel. Het Vlaams Parlement en de Vlaamse Gemeenschap oefenen reeds de gemeenschaps- en gewestbevoegdheden uit.¹⁶ Deze “fusie” in Vlaanderen brengt met zich mee dat de vraag of het gezondheidsbeleid een gemeenschaps- dan wel een gewestbevoegdheid wordt in het Nederlandse taalgebied (dat samenvalt met het grondgebied van de vijf Vlaamse provincies) zonder belang is vermits de bevoegdheden uitgeoefend worden door dezelfde instellingen. Het is dan ook weinig zinvol om een principiële -en politiek uiterst gevoelige- stellingenoorlog te voeren of

van Vlaams minister Dalle op een vraag om uitleg *Vl. Parl.* 2019-2020, 633). Met de zesde staats hervorming werd een artikel opgenomen in de BWFI dat tot gevolg had dat wanneer een Franstalige of Nederlandse zorginstelling (bedoeld in artikel 5, §1, I, eerste lid, 2° tot 5° BWFI, zoals rusthuizen) een bicommunautair karakter krijgt (en *vice versa*), de financiering van de betrokken entiteiten werd aangepast (via het Overgangsmechanisme) (artikel 48/1, §1, tweede, derde en vierde lid BWFI). Die bepaling bood de mogelijkheid aan eentalige instellingen om in te kantelen in de GGC (zgn. “basculement”). Hoewel de bepaling “symmetrisch” geschreven was en betrekking had op elke wijziging van een unicommunautair naar bicommunautair karakter van de instelling (of omgekeerd), werd de bepaling in de praktijk alleen toegepast om unicommunautaire Franstalige instellingen om te vormen tot bicommunautaire instellingen teneinde hen te onttrekken aan de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap ten voordele van de GGC.

16 - Art. 137 Grondwet en art. 1, §1 BWFI.

de bevoegdheid inzake het homogeen gezondheids- en welzijnsbeleid toegewezen wordt aan “de gemeenschap” of “het gewest”. Om die reden opteren we er in het model voor om de bevoegdheden inzake gezondheids- en welzijnsbeleid toe te wijzen aan de “deelstaat Vlaanderen”.

Des te relevanter is daarentegen de vraag of die “deelstaat Vlaanderen” nog bevoegdheden uitoefent in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. De decreten van de Vlaamse Gemeenschap hebben overeenkomstig het huidige artikel 128, §2 van de Grondwet immers niet alleen een territoriale geldingskracht in het Nederlandse taalgebied, maar ook *“ten aanzien van de instellingen gevestigd in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die, wegens hun organisatie moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap”*.

In het voorgestelde model wordt dit principe behouden en oefent de deelstaat Vlaanderen de bevoegdheden uit in Brussel ten aanzien van de instellingen gevestigd in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die, wegens hun organisatie moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de Vlaamse Gemeenschap. Dit geldt zowel voor de bestaande gemeenschapsbevoegdheden als voor de huidige federale bevoegdheden inzake het gezondheids- en welzijnsbeleid die overgedragen worden naar de deelstaten.

Er zijn meerdere redenen die verklaren waarom de deelstaat Vlaanderen wél en de deelstaat Wallonië in het voorgestelde model geen bevoegdheden uitoefent in Brussel op het vlak van het gezondheids- en welzijnsbeleid:

- Vooreerst bestaat de hierboven beschreven tendens om de bevoegdheden inzake het gezondheids- en welzijnsbeleid toe te wijzen aan andere entiteiten naargelang het gaat om het Franse taalgebied dan wel het tweetalig taalgebied Brussel-Hoofdstad (de hierboven beschreven “cocofisering” en “cocomisering”) ten nadele van de Franse Gemeenschap enkel aan Franstalige zijde. Er bestaat geen dergelijke opdeling aan Nederlandstalige zijde.
- Het probleem inzake de schaalgrootte van de Franse Gemeenschapscommissie in Brussel dat zich aan Franstalige zijde stelt, stelt zich niet aan Nederlandstalige zijde. De deelstaat Vlaanderen oefent de bevoegdheden immers uit in zowel het Nederlandse taalgebied als het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad zodat de Vlaamse regelgeving in beide taalgebieden uitwerking kan hebben (inclusief normering, uitvoering en financiering).
- De taalproblematiek in Brussel stelt zich anders ten aanzien van het

Frans dan van het Nederlands. In de feiten is het Frans er de dominerende taal in vergelijking met het Nederlands. De beste garantie voor het verzekeren van een Nederlandstalig zorgaanbod in Brussel zodat de inwoners uit Vlaanderen en Brussel zorg kunnen genieten in de eigen taal, bestaat erin dat die bevoegdheid door de deelstaat Vlaanderen uitgeoefend wordt.

- Het bestaande Nederlandstalig zorgaanbod (bv. UZ-Brussel, maar ook alle andere uni communautaire instellingen¹⁷ en de Vlaamse Sociale Bescherming) zou op die manier volledig (dus ook voor de nog over te dragen bevoegdheden) onder de bevoegdheid van de deelstaat Vlaanderen vallen. Door de deelstaat Vlaanderen bijkomende bevoegdheden toe te kennen in Brussel op het vlak van gezondheids- en welzijnsbeleid, wordt vermeden dat de bestaande bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap ten aanzien van het bestaande Nederlandstalig zorgaanbod in Brussel¹⁸ overgedragen zouden moeten worden aan een Brusselse entiteit en wordt verzekerd dat deze instellingen ingebed kunnen worden in het gezondheidssysteem in Vlaanderen. Op die manier wordt ook het Nederlandstalig aanbod verzekerd ten aanzien van de inwoners van Vlaanderen en Brussel.
- Specifiek wat het UZ-Brussel betreft worden de zorg- en onderwijstaken ook in handen van één overheid gehouden en kunnen deze aangestuurd worden vanuit één geïntegreerde beleidsvisie vanuit de deelstaat Vlaanderen. Dit geldt ook voor het bepalen van de subquota inzake de gezondheidszorgberoepen die reeds onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap vallen.

BRUSSEL: VAN VIJF NAAR TWEE BEVOEGDE OVERHEDEN

En dan kom ik bij de bevoegde overheid in Brussel. De bestaande bevoegdheidscomplexiteit op het vlak van gezondheidszorg in Brussel maakt dat er thans in Brussel vijf overheden bevoegd zijn, met name de

17 - Dit geldt ook voor het ander Nederlandstalig unicommunautair aanbod in Brussel zoals de (ambulante) revalidatiecentra, de centra voor geestelijke gezondheidszorg en initiatieven beschut wonen, de residentiële ouderenvoorzieningen, de diensten voor thuiszorg, de eerstelijnsgezondheidszorg (zoals de Brusselse Huisartsenkring), palliatieve zorg, preventie-initiatieven en de Vlaamse Sociale Bescherming.

18 - Zo valt het UZ-Brussel bijvoorbeeld reeds ten deel onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap (bv. voor de investeringen in infrastructuur en medisch-technische diensten en de kwaliteitsbewaking).

Franse Gemeenschap¹⁹, de COCOF, de GGC²⁰, de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid.

Het is aangewezen dat de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap, de COCOF en de GGC (die een beperkte schaalgrootte hebben) uitgeoefend zouden worden door één bevoegde overheid zodat deze overheid een gezondheids- en welzijnsbeleid kan voeren dat aangestuurd wordt vanuit eenzelfde visie. Dit biedt de mogelijkheid om een populatiegericht gezondheidsbeleid te voeren in Brussel dat gericht is op elke inwoner. Het vermijdt dat de inwoners een verplichte keuze moeten maken om aan te sluiten bij het Vlaams (Nederlandstalig) of Waals (Franstalig) gezondheidsmodel en vermijdt dus de nadelen die een zuiver gemeenschapsmodel heeft. Die bevoegdheden kunnen uitgeoefend worden hetzij door een Brusselse deelstaat²¹, hetzij door de federale overheid wanneer zou blijken dat de Brusselse deelstaat onvoldoende schaalgrootte heeft om het gezondheids- en welzijnsbeleid volledig in handen te nemen ten aanzien van de inwoners van Brussel.

Ten aanzien van de bevoegdheden die de Vlaamse Gemeenschap op het vlak van gezondheidszorg uitoefent in Brussel, stelt het probleem van de schaalgrootte zich niet vermits de deelstaat Vlaanderen een uniform beleid voert voor zowel Vlaanderen als Brussel.²² De uitoefening van de bevoegdheid door de Vlaamse Gemeenschap zelf, biedt bovendien de beste waarborg dat patiënten in de uni communautaire Nederlandstalige instellingen in het Nederlands geholpen kunnen worden.

19 - Bevoegd voor universitaire ziekenhuizen, de revalidatieovereenkomsten die met de universitaire ziekenhuizen worden gesloten, de "Académie royale de médecine de Belgique", de erkenning en de contingentering van de gezondheidszorgberoepen en de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, bestemd voor zuigelingen, kinderen, leerlingen en studenten.

20 - Een voorbeeld: de Franse Gemeenschap is in Brussel bevoegd voor preventieve gezondheidszorg van de zuigelingen, kinderen, leerlingen en studenten in unicommunautaire Franstalige instellingen; de COCOF is bevoegd voor de preventieve gezondheidszorg bestemd voor zuigelingen, kinderen, leerlingen en studenten in unicommunautaire Franstalige instellingen en de GGC is bevoegd voor de preventieve gezondheidszorg via bicommunautaire instellingen en maatregelen die zich rechtstreeks tot de Brusselaar richten.

21 - Volgens de besluitvormingsprocedure in de GGC.

22 - Met dient verstande dat het beleid in Brussel zich enkel uitstrekt over de instellingen die wegens hun organisatie eentalig zijn.

In Brussel zullen dus nog twee overheden bevoegd zijn:

- De in Brussel bevoegde overheid (deelstaat Brussel of federale overheid, zie verder, deel VI) bevoegd voor het gehele gezondheids- en welzijnsbeleid in Brussel (dus met inbegrip van de bevoegdheden die thans uitgeoefend worden door de COCOF, de Franse Gemeenschap en de GGC), met uitzondering van de bevoegdheden van de deelstaat Vlaanderen
- De deelstaat Vlaanderen is bevoegd voor het gezondheids- en welzijnsbeleid in Brussel via de unicommunautaire instellingen (volgens de thans geldende principes).²³

Deze vereenvoudiging (van vijf naar twee bevoegde overheden) biedt de bevoegde Brusselse overheid een sterkere slagkracht op het vlak van gezondheidszorgbeleid en biedt tegelijk de beste garantie voor het behoud en versterken van het Nederlandstalig zorgaanbod in Brussel.

DE DEELSTAAT OOST-BELGIË: BEVOEGD VOOR HET DUITSE TAALGEBIED

Het gezondheids- en welzijnsbeleid in het Duitse taalgebied behoort in beginsel tot de bevoegdheid van de deelstaat “Oost-België”, tenzij er andersluidende afspraken gemaakt worden met de deelstaat Wallonië of de deelstaat Vlaanderen (bv. omwille van de schaalgrootte, financiering etc.).

Met of zonder grondwetsherziening?

De vervanging van de gemeenschappen en gewesten door vier deelstaten vergt in beginsel een grondwetsherziening. Het bestaan van gemeenschappen en gewesten is immers verankerd in de Grondwet.

Toch laat het bestaande grondwettelijk kader al toe dat in verregaande mate geëvolueerd wordt naar het voorgestelde model:

- Het volledige gezondheids- en welzijnsbeleid kan via een aanpassing van artikel 5 van de BWHI via een bijzondere wet als persoonsgebonden aangelegenheid overgedragen worden naar de gemeenschappen.

23 - Cf. art. 128, §2 Grondwet.

- Deze bijzondere wet kan bepalen dat de Franse Gemeenschap deze bevoegdheden niet uitoefent in Brussel.²⁴ De deelstaat Vlaanderen oefent de bevoegdheden in Brussel uit op basis van de bestaande principes volgens dewelke de Vlaamse Gemeenschap de bevoegdheden uitoefent in Brussel (art. 128, §2 Grondwet).
- Via bijzondere decreten kunnen vervolgens bevoegdheden overgedragen worden van de Franse Gemeenschap naar het Waalse Gewest²⁵, zodat de bevoegdheden inzake gezondheidszorg in het Franse taalgebied door het Waalse Gewest uitgeoefend worden.
- Op basis van de vermelde principes krijgt de Duitstalige Gemeenschap in beginsel de volledige bevoegdheid inzake gezondheidszorg. Indien dit niet wenselijk geacht zou worden, bijvoorbeeld omwille van schaalproblemen, kunnen specifieke oplossingen uitgewerkt worden.²⁶

Dit zou dus tot gevolg hebben -dat in afwachting van een aanpassing van de Grondwet- het gezondheids- en welzijnsbeleid reeds in handen komt van vier overheden, met name de Vlaamse Gemeenschap (Nederlandse taalgebied + Brussel), het Waalse Gewest (Franse taalgebied), de GGC (Brussel) en de Duitstalige Gemeenschap (Duitse taalgebied). Deze overheden kunnen een opstap vormen naar het hoger beschreven model.

24 - Artikel 128, §2 van de Grondwet laat toe dat de bijzondere wetgever afwijkt van het principe dat de Vlaamse en Franse Gemeenschap hun bevoegdheden uitoefenen in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. Van die mogelijkheid werd gebruik gemaakt bij de overdracht van de gezinsbijslagen met de zesde staatshervorming, weze het dat de bevoegdheid van zowel de Vlaamse als de Franse Gemeenschap in Brussel uitgesloten werd. Het valt echter niet in te zien waarom niet op asymmetrische manier van die mogelijkheid gebruik zou kunnen worden gemaakt door enkel de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap uit te sluiten.

Een alternatief is dat, net als bij de zesde staatshervorming, bij wijze van een specifieke en tijdelijke overgangmaatregel voorzien wordt dat de unicommunautaire instellingen de mogelijkheid krijgen om hun organisatie te wijzigen zodat ook de ontvangende entiteit wijzigt (zgn. "basculement"). Art. 48/1, §1, tweede – vierde lid BWF1).

25 - Art. 138 van de Grondwet.

26 - Zie bv. art. 140 Grondwet: "Het Parlement en de Regering van de Duitstalige Gemeenschap oefenen, bij wege van besluiten en verordeningen, elke andere bevoegdheid uit die de wet hun toekent.

Artikel 159 is van toepassing op deze besluiten en verordeningen."

Conclusie: het asymmetrisch vierdeelstatenmodel

De conclusie is dat het gezondheids- en welzijnsbeleid in het voorgestelde model na de overheveling uitgeoefend wordt door vier bevoegde overheden volgens een asymmetrisch vierdeelstatenmodel, met name de deelstaat Vlaanderen (bevoegd voor het Nederlandstalige taalgebied en in Brussel volgens de thans bestaande principes), de deelstaat Wallonië (bevoegd voor het Franse taalgebied), een overheid die bevoegd is voor Brussel (naargelang de haalbaarheid de deelstaat Brussel of de federale overheid) en de deelstaat Oost-België (in beginsel bevoegd voor het Duitse taalgebied).

Dit model wordt “asymmetrisch” genoemd omdat de deelstaat Vlaanderen wel bevoegdheden heeft in Brussel en de deelstaat Wallonië niet.

Het asymmetrisch vierdeelstatenmodel leunt in zijn uitkomst nauw aan bij het door J. VANDE LANOTTE voorgesteld model van een Belgische Unie met vier deelstaten, weze het dat de argumenten en beweegredenen wellicht niet volledig gelijklopend zijn. Ik deel in elk geval zijn analyse dat het onderscheid tussen gemeenschappen en gewesten achterhaald is en vereenvoudigde structuren zich opdringen. Deze aanpak vermijdt een stellingenoorlog tussen “communautaristen” en “regionalisten” volgens de historische politieke breuklijnen en kan tegemoet komen aan de verzuchtingen van zowel Nederlandstaligen, Franstaligen, Brusselaars als de inwoners van Oost-België.

We verschillen op één punt echter van mening, met name over de omvang van de bevoegdheid van de deelstaat Vlaanderen in Brussel op het vlak van het gezondheids- en welzijnsbeleid. J. VANDE LANOTTE stelt de bestaande bevoegdheden van Vlaanderen in Brussel inzake de Nederlandstalige welzijnsinstellingen in Brussel op zich niet ter discussie (evenmin als de bevoegdheid inzake cultuur en onderwijs). Ook in zijn model oefent de deelstaat Vlaanderen dus nog bevoegdheden uit op het welzijnsbeleid in Brussel en zijn er dus meerdere overheden bevoegd in Brussel. Hij meent echter dat de bevoegdheid van de deelstaat Vlaanderen in Brussel niet doorgetrokken kan worden naar toekomstige bevoegdheidsoverdrachten en in het bijzonder niet voor de toekenning van sociale rechten (zoals de terugbetaling van geneeskundige prestaties in de ziektekostenverzekering).²⁷ Ik deel die analyse niet en meen -om de hoger geschetste redenen- dat de bestaande territoriale bevoegdheid

27 - J. VANDE LANOTTE, De Belgische Unie bestaat uit vier deelstaten, 2011, pg. 8.

van de Vlaamse Gemeenschap (art. 128, §2 Grondwet) best ook doorgetrokken wordt wanneer de deelstaten bevoegd worden voor het gehele gezondheids- en welzijnsbeleid wegens de onlosmakelijk band tussen de toekenning van sociale rechten en andere aspecten van het gezondheids- en welzijnsbeleid. Concreet betekent dit aldus dat de deelstaat Vlaanderen naast de bevoegdheid voor de Nederlandstalige zorginstellingen (UZ-Brussel, rusthuizen etc.) -naar analogie met de bestaande Vlaamse Sociale Bescherming- ook de bevoegdheid behoudt voor de over te dragen ziektekostenverzekering voor de inwoners van Brussel die zich vrijwillig aansluiten. In de volgende hoofdstukken gaan we nader in op hoe dit vormgegeven kan worden.

Het asymmetrisch vierdeelstatenmodel kan als volgt geschematiseerd worden:



OVER TE DRAGEN BEVOEGDHEDEN

Het voeren van een geïntegreerd gezondheidsbeleid en het vermijden van beleidsinterferenties die tot blokkering aanleiding kunnen geven (de zogenaamde “Politikverflechtungsfalle”), veronderstelt dat de deelstaten over een homogeen bevoegdheidspakket gezondheidszorg en welzijn beschikken. Het uitgangspunt is dan ook dat de deelstaten bevoegd worden voor het volledige gezondheidsbeleid en welzijnsbeleid. Dit stelt de deelstaten in staat om een globaal gezondheids- en welzijnsbeleid te voeren dat vertrekt vanuit een globale beleidsvisie waarbij de bevoegdheden in de handen van dezelfde overheid zitten.

De overdracht van een homogeen bevoegdheidspakket “gezondheids- en welzijnsbeleid” betekent dat de deelstaten volledig bevoegd worden voor:

- Het beleid inzake de ziekenhuizen;
- Het beleid inzake dringende geneeskundige hulpverlening;
- Het beleid inzake de terugbetalingen in de verzekering voor geneeskundige verstrekkingen – nomenclatuur (prestaties, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (inclusief terugbetaling laboratorium onderzoeken)²⁸);
- Het beleid inzake de gezondheidsberoepen en het medisch handelen;
- Het loonbeleid in de gezondheids- en welzijnssector (bv. sociale maribel, IBF²⁹-tegemoetkoming);
- Het beleid inzake de eerstelijnsgezondheidszorg (bv. financiering huisartsenwachtposten, het beleid inzake medische permanentie, oproepsysteem, etc.);
- Het beleid inzake revalidatie³⁰;

28 - Inclusief:

- terugbetaling genexpressieprofielering (GEP) bij vroegstadium borstkanker;
- terugbetaling van de moleculair biologische testen met “next generation sequencing” (NGS)
- terugbetaling van gepersonaliseerde geneesmiddelen en “companion diagnostics”
- terugbetaling van de medische hulpmiddelen voor in vitro diagnostiek (IVD)

29 - Interdepartementaal Begrotingsfonds.

30 - Overdracht van de nog niet overgedragen aspecten van het revalidatiebeleid (bv. Instellingen voor motorische revalidatie die nog niet overgedragen werden (771), Instellingen voor locomotorische revalidatie buiten het ziekenhuis (950-951), Geheugenklinieken (7781), Revalidatie-inrichtingen voor kinderneuropsychiatrie (7845), Inrichtingen voor revalidatie van hersenverlamden (770), Kndn met respiratoire en neurologische aandoeningen (7765), Kndn met chronisch-pediatrie aandoeningen (7766), Ongewenste zwangerschappen (7825)

- Het beleid inzake geestelijke gezondheidszorg;
- Het beleid inzake patiëntenrechten;
- Het beleid inzake personen met een handicap (met inbegrip van de huidige bevoegdheden van de directie-generaal Personen met een Handicap bij de FOD Sociale Zekerheid).³¹
- Het beleid inzake medische ongevallen;
- Het beleid inzake laboratoria en klinische biologie;
- Nationale maatregelen inzake profylaxis (verplichte inentingen);
- De Orde der Artsen;³²
- Vrijwillige zwangerschapsafbreking;
- Levensbeëindigend handelen door anderen dan de betrokkene.

De productnormering, de maximumprijs en de verdelingsmarges voor de geneesmiddelen en de medische hulpmiddelen voor menselijk gebruik³³ worden omwille van de schaalvoordelen en de Europese dimensie beter uniform geregeld voor het Belgische grondgebied. Dit kan door de deelstaten samen geregeld worden of door de federale overheid.³⁴

Het gaat om volgend aspecten:

- de productnormering/vergunning voor het in de handel brengen (VHB),³⁵ (onverminderd de mogelijkheid voor elke gefedereerde entiteit om naast de vergunning die afgeleverd wordt door de Europese Commissie en de uniform Belgische VHB, zelf een vergunning af te leveren).
- de maximumverkoopprijs van de farmaceutische onderneming (affabriekprijs)
- de maximumverkoopprijs aan het publiek³⁶;
- de verdelingsmarges voor de groothandelaar en de apotheker.

31 - Bv. Integratietegemoetkoming, parkeerkaart voor personen met een handicap, European Disability Card, verminderingskaart blinden en slechtzienden openbaar vervoer

32 - KB nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der artsen.

33 - Bv. medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek (zie Verordening 2017/746 van 5 april 2017 betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek).

34 - Het antwoord op die vraag hangt mede af van de vraag hoe de federale besluitvorming na de overdracht geregeld zal zijn, zoals bijvoorbeeld de vraag of de federale regering in zijn huidige vorm blijft bestaan, dan wel vervangen wordt door een meer op confederale leest geschoeide regering.

35 - Cf. Wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen.

36 - Cf. MB 17 juni 2014 tot aanwijzing van de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties als bedoeld in boek V van het Wetboek van economisch recht en tot vaststelling van de maximumprijzen en maximummarges van de geneesmiddelen en de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties.

Inzake geneesmiddelen en medische hulpmiddelen brengt de toepassing van bovenstaande principes het volgende met zich mee:

- de verkoopprijs aan het publiek is uniform voor het Belgische grondgebied³⁷;
- de terugbetaling van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (inclusief terugbetaling laboratorium onderzoeken)³⁸ wordt bepaald door de deelstaten op basis van het woonplaatscriterium (zie ook verder);³⁹
- door de omvang van de terugbetaling (en dus de remgelden) te bepalen, kan de deelstaat het gebruik van een geneesmiddel aan- of ontmoedigen in functie van het gevoerde beleid (bv. de terugbetaling verhogen van geneesmiddelen die een gunstig effect hebben op de preventie van aandoeningen; ontmoedigen antibiotica) of maatregelen nemen om het groeiend aandeel van de geneesmiddelen in de gezondheidszorg te sturen.
- de deelstaten beslissen om al dan niet een derdebetalerssysteem toe te passen ten aanzien van de personen met woonplaats in de betrokken deelstaat (=verzekerde) en die geneesmiddelen aankopen in die deelstaat.
 - Bv. een patiënt met woonplaats in Vlaanderen koopt geneesmiddel X aan in een Vlaamse apotheek: derdebetalerssysteem van Vlaanderen wordt toegepast
 - Bv. een patiënt met woonplaats in Vlaanderen koopt geneesmiddel X aan in een Waalse apotheek (volgens de in Wallonië geldende regels): patiënt krijgt terugbetaling vanuit Vlaanderen via bemiddeling zorgverzekeraars (zodat nettoprijs gelijk is aan de vorige hypothese).

37 - Zoals hoger aangegeven wordt “de maximumverkoopprijs aan het publiek” van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen uniform geregeld voor het Belgische grondgebied.

38 - Inclusief

- terugbetaling genexpressieprofielering (GEP) bij vroeg stadium borstkanker;
- terugbetaling van de moleculair biologische testen met “next generation sequencing” (NGS)
- terugbetaling van gepersonaliseerde geneesmiddelen en “companion diagnostics”
- terugbetaling van de medische hulpmiddelen voor in vitrodiagnostiek (IVD)

39 - Intrabelgische toepassing van het arrest HvJ 28 april 1998, *Decker*, C-120/905.

PATIËNTENMOBILITEIT EN TERRITORIALE AANKNOPINGSPUNTEN

Verzekeringsprincipe op basis van woonplaats

In vele gevallen kan de vraag welke deelstaat vanuit territoriaal oogpunt bevoegd is snel en intuïtief beantwoord worden: elke deelstaat is bevoegd voor het eigen grondgebied.⁴⁰ Zo zal de deelstaat waar het ziekenhuis gelegen is (of de deelstaat waartoe een uni communautaire instelling in Brussel behoort) bijvoorbeeld bevoegd zijn voor de organieke regels, de kwaliteits- en erkenningsnormen, de programmatie en de organisatie gebonden financiering van het ziekenhuis. Het begrip “organisatie gebonden financiering” definiëren we als de financiering van de uitgaven die specifiek en noodzakelijk zijn voor de duurzame uitbating van zorgvoorzieningen, onafhankelijk van de individuele zorgbehoefte van de gebruikers (bv. ziekenhuisinfrastructuur). Deze organisatie gebonden vergoeding kan al dan niet tijdelijke incentives bevatten inzake efficiënt beheer, kwaliteit, samenwerking, preventie, stimuli voor subsidiariteit van zorgvormen enzovoort.

Minder eenvoudig is de vraag welke principes er gelden voor de financiering en/of terugbetaling wanneer een patiënt die in een bepaalde deelstaat woont zorg gebonden prestaties of verstrekkingen geniet in een andere deelstaat. Welke deelstaat staat in een dergelijk geval in voor de betaling en financiering en volgens welke regels? Om die vraag te beantwoorden wordt in ons grondwettelijk bestel gewerkt met exclusieve territoriale aanknopingspunten die de deelstaat aanwijzen die territoriaal exclusief bevoegd is. Aan de hand hiervan wordt bijvoorbeeld de vraag beantwoord of een inwoner van het Vlaamse Gewest die verstrekkingen of prestaties geniet in Wallonië, terugbetaling krijgt in Vlaanderen (woonplaats) of in Wallonië (plaats van verstrekking of prestatie). Het territoriale aanknopingspunt is dus geen louter theoretisch-juridische discussie, maar is een essentieel element in het concept van het (verzekeringen)systeem na de overdracht.

De woonplaats van de betrokkene is het meest logische territoriale aanknopingspunt voor de financiering⁴¹ van de zorg gebonden prestaties en verstrekkingen. De verzekering is persoonsvolgend en omvat zowel de (al dan niet vrij besteedbare) tegemoetkomingen die rechtstreeks aan de patiënt

40 - Met die nuance dat de Vlaamse en Franse Gemeenschap ook bevoegdheden hebben in Brussel ten aanzien van de unicommunautaire instellingen.

41 - Incl. de regels van de terugbetaling.

betaald worden als de tussenkomst in de kost van de (al dan niet residentiële) zorg onder de vorm van een trekkingsrecht of een derdebetalerssysteem.

Het criterium van de woonplaats sluit aan bij het criterium dat nu reeds gebruikt wordt in de deelstatelijke bevoegdheden inzake gezondheidszorg. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de bestaande Vlaamse Sociale Bescherming. De Vlaamse Sociale Bescherming is een volksverzekering, waarbij de rechten gekoppeld zijn aan de betaling van een jaarlijkse premie en waarbij de “woonplaats” – en dus niet de plaats van verstrekking of prestatie – als territoriaal aanknopingspunt wordt gebruikt.⁴² Ook bij de kinderbijslag is de woonplaats van het kind bijvoorbeeld bepalend om te bepalen welke gemeenschap bevoegd is⁴³, weze het dat daar -anders dan het geval is voor de Vlaamse Sociale Bescherming- de mogelijkheid uitgesloten werd voor de Vlaamse en Franse Gemeenschap om bevoegdheden uit te oefenen in Brussel.⁴⁴ De “woonplaats” wordt tevens als uitgangspunt genomen in de samenwerkingsakkoorden die tussen de deelstaten werden afgesloten in verband met de bevoegdheden die met de zesde staats hervorming werden overgedragen inzake mobiliteitshulpmiddelen⁴⁵ en inzake de residentiële ouderenzorg, de revalidatieziekenhuizen en revalidatiecentra, de psychiatrische verzorgingshuizen en de initiatieven voor beschut wonen⁴⁶.

42 - Dit geldt voor personen met woonplaats in het Nederlandse taalgebied en personen met woonplaats in Brussel die zich vrijwillig aansluiten bij een zorgkas. Zie artikelen 3 en 42, §1, eerste en tweede lid van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming:

“§ 1. Elke persoon als vermeld in artikel 3, § 1, eerste lid, die in het Nederlandse taalgebied woont, moet zich vanaf een door de Vlaamse Regering te bepalen leeftijd aansluiten bij een zorgkas. Wie binnen de door de Vlaamse Regering te bepalen termijn niet aangesloten is bij een zorgkas, wordt automatisch aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas. De betrokkene wordt daarvan onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte gebracht. Die aansluiting eindigt als de betrokkene zich aansluit bij een zorgkas van zijn keuze.

*Elke persoon als vermeld in artikel 3, § 1, tweede lid, die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont, kan zich vanaf de leeftijd, vermeld in het eerste lid, vrijwillig aansluiten bij een zorgkas.
(...)”*

43 - Zie in dat verband uiteenzetting in de toelichting bij de Bijzondere Wet Zesde Staats hervorming, *Parl.St. Kamer 2012-13, 2232/1, 66-71.*

44 - Art. 63, tweede Bijzondere wet van 12 januari 1989 met betrekking tot de Brusselse Instellingen.

45 - Artikel 5 van het Samenwerkingsakkoord van 31 december 2018 tussen de Vlaamse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Franse Gemeenschapscommissie, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Duitstalige Gemeenschap betreffende de mobiliteitshulpmiddelen.

46 - Artikel 5 van het Samenwerkingsakkoord van 31 december 2018 tussen de Vlaamse

Volgens het woonplaatscriterium zijn personen voor de zorg gebonden prestaties en verstrekkingen dus verzekerd in het deelgebied waar ze wonen:

- De personen met woonplaats in het Nederlandse taalgebied vallen onder het verzekeringsstelsel van de deelstaat Vlaanderen;
- De personen met woonplaats in het Franse taalgebied vallen onder het verzekeringsstelsel van de deelstaat Wallonië;
- De personen met woonplaats in het Duitse taalgebied vallen onder het verzekeringsstelsel van de deelstaat Oost-België (tenzij dit systeem omwille van de beperkte schaalgrootte van de deelstaat niet leefbaar zou zijn);
- De personen met woonplaats in Brussel vallen onder het verzekeringsstelsel van de in Brussel bevoegde overheid, tenzij ze er op vrijwillige basis voor opteren om onder het stelsel van de deelstaat Vlaanderen te vallen.

Dit verzekeringsprincipe gebaseerd op de woonplaats brengt met zich mee dat een patiënt die verstrekkingen of prestaties ontvangt in een andere deelstaat dan de deelstaat van zijn woonplaats, terugbetalingen ontvangt van het stelsel waarbij hij verzekerd is (en dus van de deelstaat van zijn woonplaats) volgens de daar geldende regels.

Volgende basisprincipes worden hierbij gehanteerd:

- burgers hebben het recht om prestaties en verstrekkingen te genieten in andere deelstaten (patiënten mobiliteit en -vrijheid) en worden voor de zorgverlening op dezelfde wijze behandeld als de personen met woonplaats in die deelstaat;
- de terugbetaling van prestaties en verstrekkingen valt financieel ten laste van en gebeurt volgens de voorwaarden van de deelstaat waarbij de betrokkene aangesloten is (volgens het principe van de volksverzekering) ongeacht de plaats van de prestatie en verstrekking;
- de (terug)betaling aan de zorgverstreker of zorgvoorziening gebeurt via bemiddeling van de verzekeringsinstelling bij wie de betrokken persoon aangesloten is. De zorgverzekeraar ontvangt de financiering van de deelstaat bij wie de persoon aangesloten is en zorgt voor de betaling (al dan niet via derdebetalerssysteem);
- tussen de deelstaten wordt periodiek een afrekening gemaakt voor de

Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Franse Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Duitstalige Gemeenschap betreffende de financiering van zorg bij gebruik van zorgvoorzieningen over de grenzen van de deelstaat.

deelstaatgrensoverschrijdende zorg waarbij een vergelijking gemaakt wordt tussen de vergoedingen die een deelstaat verschuldigd is aan een andere deelstaat (voor de inwoners uit die deelstaat die zorg genoten hebben in de andere deelstaat) en vergoedingen waarop een deelstaat gerechtigd is (omdat inwoners van een andere deelstaat prestaties of verstrekkingen hebben genoten in die deelstaat).⁴⁷

Voorbeeld ter illustratie

Vanuit het oogpunt van de burger

Paul woont in Vlaanderen, is lid van de CM en aangesloten bij de wettelijk verplichte ziektekostenverzekering van Vlaanderen. Hij is overmoedig en breekt zijn been bij een avonturentocht in de Ardennen. Hij wordt gehospitaliseerd in de Ardennen.

Paul wordt in de Ardennen behandeld alsof hij verzekerd is in Wallonië. Dat betekent dat als de behandeling gratis is voor mensen die daar verzekerd zijn, deze ook voor Paul gratis is. Als mensen in Wallonië moeten betalen voor de behandeling en dan een vergoeding vragen aan hun verzekeringsfonds, moet Paul hetzelfde bedrag betalen als de inwoners van Wallonië en daarna om een vergoeding vragen.

In dit laatste geval vraagt hij de vergoeding aan zijn verzekeringsinstelling (de CM) die instaat voor betaling van de vergoeding aan Paul volgens de regels en de tarieven van de Vlaamse ziektekostenverzekering. Voor Paul is de kous hiermee af.

47 - Opm. wat de met de zesde staatshervorming overgedragen sectoren residentiële ouderenzorg, revalidatie, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen betreft, voorziet artikel 8 van het Samenwerkingsakkoord van 31 december 2018 tussen de Vlaamse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Franse Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Duitstalige Gemeenschap betreffende de financiering van zorg bij gebruik van zorgvoorzieningen over de grenzen van de deelstaat, reeds in een monitoring.

“Art. 8. Gedurende de overgangsfase monitort iedere deelentiteit personen met een zorgbehoefte met woonplaats in andere deelentiteiten die gebruik maken van de door de eigen deelentiteit erkende voorzieningen, evenals de vergoedingen die hiervoor worden uitbetaald. Deze monitoring gebeurt, volgens verder te bepalen afspraken in een uitvoeringsakkoord, vermeld in artikel 92bis, § 1, derde lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en met het oog op de opmaak van een coördinerend samenwerkingsakkoord na de overgangsfase waarin de financiële afrekeningen tussen de verschillende deelentiteiten worden geregeld.”

Dit betekent dat:

- *alleen de geneeskundige zorg wordt terugbetaald die ook in Vlaanderen wordt vergoed (tenzij Vlaanderen beslist om ook andere zorg terug te betalen, bv. voor behandelingen voor zeldzame ziekten of aandoeningen die gespecialiseerde zorg vergen die in Vlaanderen niet behandeld kunnen worden);*
- *het bedrag van de terugbetaling is gelijk aan het bedrag van de terugbetaling voor de geneeskundige zorg in Vlaanderen (tenzij Vlaanderen in welbepaalde gevallen beslist om meer terug te betalen⁴⁸);*
- *het bedrag van de terugbetaling door Vlaanderen niet hoger kan zijn dan het bedrag dat Paul voor de geneeskundige zorg heeft betaald in Wallonië.*

Vanuit het oogpunt van de zorginstelling/verstrekker

- *Het ziekenhuis in de Ardennen krijgt voor de hospitalisatie van Paul van Wallonië dezelfde financiering zoals ze die krijgt voor een inwoner van de Ardennen (Wallonië). Indien mensen in Wallonië moeten betalen voor de behandeling, moet Paul dit ook betalen.*
- *Voor de zorginstelling maakt het dus niet uit of een Waal of een Vlaming verzorgd wordt. De kous is hiermee af voor de zorginstelling.*

Achterliggende financieringsmechanisme tussen de deelstaten

- *Via tussenkomst van de CM en de interfederale backoffice moet Vlaanderen de geneeskundige zorg aan Wallonië vergoeden die ook in Vlaanderen wordt vergoed (tenzij Vlaanderen beslist om ook andere zorg terug te betalen, bv. voor behandelingen voor zeldzame ziekten of aandoeningen die gespecialiseerde zorg vergen die in Vlaanderen niet behandeld worden).*
- *Deze afrekening gebeurt globaal (voor alle gevallen van grensoverschrijdende zorg) en periodiek.*

48 - Indien de terugbetalingen in de verschillende deelstaten verschillen, zou Vlaanderen bijvoorbeeld de beleidskeuze kunnen maken dat het persoonlijk aandeel voor een bepaalde verstrekking of prestatie in een andere deelstaat voor de patiënt niet meer mag bedragen dan het persoonlijk aandeel in de eigen deelstaat. In een dergelijk geval zal Vlaanderen dus een hogere terugbetaling kunnen voorzien voor een verstrekking of prestatie in een andere deelstaat.

Om redenen van Europees en internationaal recht worden een aantal nuancerings aangebracht, wat overigens niet anders is in de bestaande stelsels zoals in de Vlaamse Sociale Bescherming.⁴⁹ Dit geldt in het bijzonder voor grensarbeiders en pensioengerechtigden in België met een woonplaats buiten België.

Grensarbeiders: Voor personen die hun woonplaats hebben in een andere lidstaat van de Europese Unie of van een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland, bepaalt de exploitatiezetel van de werkplaats welke deelentiteit bevoegd is indien zij op basis van de Europese regelgeving of internationale verdragen rechten openen op de zorg gebonden persoonsvolgende financiering.

Gerechtigden op een Belgisch pensioen met woonplaats in het buitenland: Voor personen die hun woonplaats hebben in een andere lidstaat van de Europese Unie of in van een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland, die recht hebben op een Belgisch pensioen op basis van de Europese regelgeving of internationale verdragen, bepaalt de exploitatiezetel van de laatste werkgever van de desbetreffende persoon, alvorens deze op pensioen gegaan is, welke deelstaat bevoegd is voor de zorg gebonden persoonsvolgende financiering.

Interdeelstatelijke administratieve commissie voor de coördinatie van de gezondheidssystemen (Administratieve Backoffice)

Met het oog op de administratieve coördinatie en monitoring van de interdeelstatelijke zorg tussen de deelstaten (volgens de hierboven geschetste principes) en de grensoverschrijdende zorg van en naar België (naar andere EU-lidstaten, EER-landen of derde landen) wordt op ambtelijk niveau een “Interdeelstatelijke administratieve commissie voor de coördinatie van de gezondheidssystemen” (hierna: Administratieve Backoffice) opgericht.

De Administratieve Backoffice is een interdeelstatelijk orgaan dat samengesteld wordt door de deelstaten uit personeelsleden van de administraties van de deelstaten.

49 - Zie bv. artikelen 3 en 42 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

De Administratieve Backoffice heeft volgende opdrachten:

- 1° het behandelen van vraagstukken van administratieve of interpretatieve aard die voortvloeien uit de interdeelstatelijke zorg en landgrensoverschrijdende zorg;
- 2° het coördineren van de grensoverschrijdende zorg tussen de deelstaten teneinde in te spelen op de bijzondere vraagstukken in verband met bepaalde categorieën personen;
- 3° het uitwerken van de procedures voor de gegevensuitwisseling en de informatiestroom tussen de deelstaten;
- 4° het doen van voorstellen aan de deelstaten op het gebied van de coördinatie van de interdeelstatelijke en landgrensoverschrijdende zorg;
- 5° het vaststellen van de jaarlijkse afrekening tussen de deelstaten op basis van de in de Bijzondere Financieringswet vastgestelde principes;
- 6° het fungeren als nationaal contactpunt voor andere landen en supranationale en internationale instellingen op het vlak van de coördinatie in geval van landsgrensoverschrijdende zorg.

Wat de toepasselijke principes voor de zorg tussen deelstaten betreft, wordt verwezen naar hetgeen hierboven uiteengezet werd. De Administratieve Backoffice staat in voor de coördinatie.

Wat de grensoverschrijdende zorg van en naar België betreft, worden de geldende internationale verplichtingen en principes tussen de landen verder toegepast.⁵⁰ De Administratieve Backoffice staat in voor de praktische toepassing van deze principes:

- elektronische uitwisseling van gegevens door de deelstaten via EES-SI⁵¹ (wat EU-betreft);
- de deelstaten vorderen het bedrag van de uitgaven die zij hebben ten

50 - Zie o.a.

Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Verordening nr. 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels Protocolakkoord van 25 maart 2019 tussen de Federale Regering en bepaalde in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden inzake de toepassing van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels op het gebied van verstrekking bij ziekte. Bilaterale overeenkomsten met derde landen.

51 - Electronic Exchange of Social Security Information.

- laste genomen voor aan buitenlandse verzekerden verleende verstrekkingen, terug van het buitenlandse bevoegde orgaan via de Administratieve Backoffice die optreedt als centraal verbindingsorgaan;
- buitenlandse verbindingsorganen vorderen het bedrag dat ten laste komt van de Belgische sociale zekerheid terug via de Administratieve Backoffice ten laste van de deelstaat waarbij de betrokkene verzekerd is; van deze principes wordt afgeweken indien dit nodig is om navolging te geven aan regels van Europees recht (of andere internationale verplichtingen).
-

BRUSSEL

Pro memorie

Het hoger beschreven model gaat ervan uit dat er nog slechts twee overheden bevoegd zijn in Brussel voor het gezondheids- en welzijnsbeleid (in plaats van de huidige vijf⁵²):

- de overheid die bevoegd is voor Brussel (de deelstaat Brussel of de federale overheid indien het eerste niet haalbaar blijkt);
- de deelstaat Vlaanderen ten aanzien van wie de bestaande principes van artikel 128, §2 Grondwet volledig uitwerking krijgen.

Ziektekostenverzekering

Wat de overdracht van de ziektekostenverzekering naar de deelstaten betreft, kan de toepassing van de principes van artikel 128, §2 van de Grondwet vormgegeven worden via een *opt out*-systeem:

- De personen met woonplaats in Brussel zijn in beginsel verplicht aangesloten bij het systeem van de Brusselse overheid (volgens de door die overheid bepaalde regels), behoudens wanneer zij aangesloten zijn bij het systeem van de Vlaamse Gemeenschap (zogenaamde *opt out*). Die overheid is immers de bevoegde overheid om maatregelen te nemen die rechtstreeks gericht zijn tot personen, zo ook om personen met woonplaats in Brussel die zich niet op vrijwillige basis

52 - Franse Gemeenschap, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Franse Gemeenschapscommissie, Vlaamse Gemeenschap en federale overheid.

aangesloten hebben bij het stelsel van de deelstaat Vlaanderen, te verplichten om een ziekteverzekering te hebben.

- De deelstaat Vlaanderen is bevoegd voor de ziektekostenverzekering voor de personen met woonplaats in het Nederlandse taalgebied en is in Brussel bevoegd voor de personen met woonplaats in Brussel die zich vrijwillig aansluiten bij de Vlaamse verzekering (zoals thans het geval is met de Vlaamse Sociale Bescherming / zorgverzekering in Brussel).

Bij de verdeling van de middelen wordt rekening gehouden met het aantal personen dat onderworpen is aan de beide stelsels. De financiering evolueert dus mee met de evolutie van het aantal personen die gebruik maken van de *opt out*.

Dit *opt out*-model geldt voor alle zorg gebonden prestaties en verstrekkingen.

De principes van de interdeelstatelijke zorg die hoger uiteengezet werden, worden naar analogie toegepast:

- Ten aanzien van de personen met woonplaats in Brussel die verzekerd zijn in het Brussels systeem (en dus geen gebruik maken van de *opt out* om aan te sluiten bij de Vlaamse verzekering), gelden dezelfde regels als tussen de andere deelgebieden.
- Voor de personen met woonplaats in Brussel die ingevolge het gebruik van de *opt out* verzekerd zijn in het Vlaamse systeem, gelden dezelfde regels voor de interdeelstatelijke zorg als voor de personen die aangesloten zijn bij de Vlaamse verzekering omdat ze hun woonplaats hebben in Vlaanderen.
- De principes die gelden wanneer een personen met woonplaats in Brussel die verzekerd is bij het Brussels systeem (en dus geen gebruik maakt van de *opt out* om aan te sluiten bij het Vlaamse systeem) en die zorg geniet in een ziekenhuis in Vlaanderen, zullen bijvoorbeeld eveneens op dezelfde wijze gelden wanneer deze persoon zorg geniet in een Brusselse uni communautaire instelling (bv. UZ-Brussel).

Gezondheidszorgberoepen

Op basis van de huidige principes van artikel 128, §2 van de Grondwet volgen de aspecten van de regels inzake de gezondheidszorgberoepen die reeds tot de bevoegdheid van de deelstaten behoren, de instellingsgebonden logica (en niet de individuele rechtenlogica). In de toelichting

bij de Bijzondere Wet Zesde Staatshervorming werd in dat verband reeds verduidelijkt dat onder meer de volgende bevoegdheden de instellingsgebonden logica volgen⁵³:

- Erkenning van zorgberoepen en de subquota gezondheidszorgberoepen;
- Lokaal multidisciplinaire netwerken;
- Huisartsenkringen;

Het achterliggende idee is dat de gezondheidszorgbeoefenaars een instelling vormen wanneer ze een bepaalde “organisatie” van bestendige aard vertonen die het mogelijk maakt hen op grond van objectieve aanwijsbare kenmerken tot hetzij de Vlaamse, hetzij de Franse Gemeenschap te rekenen. Het gaat niet om maatregelen rechtstreeks ten aanzien van personen.⁵⁴

In de lijn hiervan is het op basis van de principes van artikel 128, §2 van de Grondwet ook logisch dat wanneer de federaal gebleven aspecten van de gezondheidszorgberoepen overgedragen worden naar de deelstaten, deze dezelfde instellingsgebonden logica volgen.

De regels inzake de erkenning van de gezondheidszorgberoepen zullen in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad om die reden ook uitgeoefend worden door de deelstaat Vlaanderen naast de bevoegde Brusselse overheid.

De Brusselse overheid is bevoegd:

- voor de uitoefenaars van gezondheidszorgberoepen die niet tot de deelstaat Vlaanderen behoren.
- om maatregelen te nemen rechtstreeks ten aanzien van personen (zoals bijvoorbeeld regels inzake het verbod tot uitoefening van de geneeskunst voor niet erkende uitoefenaars van gezondheidszorgberoepen).

53 - *Parl.St.* Senaat 2012-13, 2232/1, 7-8.

54 - Adv. RvS 34.339/AV van 29 april 2003, *Parl.St.* VI.Parl. 2002-03, 1709/1 157-159 en Adv. RvS, *Parl.St.* Senaat 2012-13, 2232/3, 15.

TWEELEDIG FINANCIERINGSMODEL OP BASIS VAN FISCALE AUTONOMIE EN DOTATIEFINANCIERING

De meeste voorstellen voor de defederalisering van gezondheidszorg houden een dubbele redenering aan inzake de financiering: solidariteit aan de inkomstzijde en verantwoordelijkheid aan de uitgavenzijde. Bij de overdracht van bevoegdheden en middelen blijft de federale overheid dan de belastingen en sociale bijdragen innen en worden de deelstaten gefinancierd via dotaties die opgenomen worden in een bijzondere financieringswet. De verdeling van de dotaties zou dan op objectieve parameters gebaseerd zijn, zoals bevolkingsaantallen en leeftijd. Op die manier zou het (fiscaal sterkere Vlaanderen) solidair blijven bijdragen.

Deze formule is vanuit democratisch oogpunt echter niet te verkiezen. Vanuit democratisch oogpunt is het dezelfde overheid die de inkomsten (zoals belastingen en sociale bijdragen) int, die best ook verantwoording verschuldigd is aan de kiezer over de besteding en de keuzes die zij hierbij maakt. De regel moet zijn: wie bevoegd is voor de uitgaven, is ook bevoegd voor de inkomsten.

Daarom wordt voorgesteld om de homogenisering van gezondheidszorg te financieren door fiscale autonomie toe te kennen op het resterende nog niet aan de gewesten overgedragen deel van de federale personenbelasting⁵⁵ en dit voor het overige aan te vullen met een dotatiefinanciering die verdeeld wordt op basis van objectieve parameters. Op die manier wordt een evenwicht gevonden tussen verschillende belangen:

- Via de bijkomende fiscale autonomie in de personenbelasting wordt (ten dele) gewaarborgd dat dezelfde overheid die de inkomsten bepaalt en die ook verantwoording verschuldigd is aan de kiezer over de besteding en de keuzes die zij hierbij maakt.
- Via het aandeel van de dotatiefinanciering wordt de interpersoonlijke solidariteit tussen de inwoners van de diverse deelstaten behouden door de inkomsten federaal vast te leggen zonder dat daarbij afbreuk gedaan wordt aan de autonomie van de deelstaten om een eigen gezondheids- en welzijnsbeleid te voeren.

De deelstaten kunnen in bijkomende middelen voorzien, alsook verzekeringsmechanismen ontwikkelen om de bevoegdheden te financieren

55 - Het nog resterende aandeel van de federale overheid in de personenbelasting volstaat niet om de volledige overdracht van het gezondheids- en welzijnsbeleid te financieren.

(zoals bijvoorbeeld thans reeds het geval is met de bijdragen voor de Vlaamse Sociale Bescherming).

De financiële middelen die op het ogenblik van de bevoegdheidsoverdracht ingezet werden binnen de federale sociale zekerheid voor de gezondheidszorg⁵⁶, worden in mindering gebracht van de dotatie van de federale overheid aan de sociale zekerheid⁵⁷ en de alternatieve financiering van de sociale zekerheid⁵⁸. De uitgaven voor de gezondheidszorg worden dan immers niet langer gedragen door de sociale zekerheid, maar door de deelstaten via de overdracht van het resterende deel van de personenbelasting en een dotatie aan de deelstaten. Deze operatie zou tot gevolg hebben dat de financiering vanuit de federale overheid naar de sociale zekerheid grotendeels verdwijnt. De financiering van de sociale zekerheid door de federale overheid wordt voor het begrotingsjaar 2024 geraamd op 50,9 miljard euro, terwijl de uitgaven geneeskundige verzorging geraamd worden op 37,8 miljard euro.⁵⁹

Het gevolg is dus dat de uitgaven voor de gezondheidszorg (niet-inkomens vervangende tegemoetkomingen) niet langer via sociale bijdragen gefinancierd worden (net zoals dat reeds het geval is voor de gezinsbijlagen). Dit zou ertoe leiden dat de financiering van de inkomens vervangende takken van de sociale zekerheid quasi volledig via sociale bijdragen kan verlopen.

56 - Naast de financiële middelen voor het gezondheidsbeleid uit de sociale zekerheid worden ook binnen de FOD Sociale Zekerheid en de FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu middelen besteed aan het gezondheids- en welzijnsbeleid. Deze bevoegdheden en middelen worden ook mee overgedragen.

57 - De dotatie van de federale overheid is afkomstig uit algemene middelen die door de Staat worden geïnd (belastingen, taksen, accijnzen, enz.).

58 - Sinds de jaren 1990 zijn de socialezekerheidsbijdragen van werkgevers verlaagd en gedeeltelijk vervangen door alternatieve financieringsbronnen. Deze alternatieve financiering maakt het mogelijk om de lasten op arbeid te beperken. Ze bestaat uit twee bronnen: een percentage van de btw-ontvangsten en een percentage van de ontvangsten van de roerende voorheffing.

59 - Bron: Begroting 2024 (ingediend 11/2023): <https://bosa.belgium.be/nl/themas/begroting-en-boek-houding/begrijpbare-begroting>. De financiering van de sociale zekerheid door de federale overheid bedraagt ongeveer 50,9 miljard euro (waarvan 28 miljard via de federale dotatie en 22,9 miljard via de alternatieve financiering verloopt).

SLOTBESCHOUWING: DEFEDERALISERING VAN HET GEZONDHEIDSBELEID EEN NOODZAKELIJKE MAAR NIET VOLDOENDE VOORWAARDE OM HET GEZONDHEIDSSYSTEEM PERFORMANTER TE MAKEN

De homogenisering van het gezondheidsbeleid op het niveau deelstaten is voor mij een logische en noodzakelijke stap in de verdere institutionele hervormingen van dit land. De finaliteit is erin gelegen om een bevoegdheidsverdeling tot stand te brengen die de versplintering in de huidige bevoegdheidsverdeling wegwerkt en die de deelstatelijke politieke actoren in staat stelt om het gezondheidsbeleid aan te sturen vanuit een globale beleidsvisie zonder daarbij afhankelijk te zijn van de medewerking van een ander bevoegdheidsniveau of de besluitvorming binnen het federale bevoegdheidsniveau. Om die reden wordt voorgesteld om het gehele gezondheids- en welzijnsbeleid over te dragen naar de deelstaten. Enkel de productnormering, de maximumprijs en de verdelingsmarges voor de geneesmiddelen en de medische hulpmiddelen voor menselijk gebruik worden omwille van de schaalvoordelen en de Europese dimensie beter uniform geregeld voor het Belgische grondgebied. Dit kan door de deelstaten samen geregeld worden of door de federale overheid.

De bevoegdheidsoverdracht gebeurt m.i. het best volgens een asymmetrisch vierdeelstatenmodel met als bevoegde overheden: de deelstaat Vlaanderen (bevoegd voor het Nederlandstalige taalgebied en in Brussel volgens de thans bestaande principes), de deelstaat Wallonië (bevoegd voor het Franse taalgebied), een overheid die bevoegd is voor Brussel (naargelang de haalbaarheid de deelstaat Brussel of de federale overheid) en de deelstaat Oost-België (in beginsel bevoegd voor het Duitse taalgebied). Dit model wordt “asymmetrisch” genoemd omdat de deelstaat Vlaanderen wel bevoegdheden heeft in Brussel en de deelstaat Wallonië niet.

Daarbij moet voor ogen gehouden worden dat de voorafgaande vervanging van het huidige gemeenschaps- en gewestmodel in een vierdeelstatenmodel geen noodzakelijke voorwaarde is om de bevoegdheidsoverdracht te realiseren. Het huidige grondwettelijk kader laat immers reeds toe dat binnen de huidige grondwettelijk contouren geëvolueerd wordt naar het voorgestelde model.

Een defederalisering van het gezondheidsbeleid is een *noodzakelijke voorwaarde*, maar daarom nog *geen voldoende voorwaarde* om tot een betere gezondheidszorg te komen.

Een defederalisering is een *noodzakelijke voorwaarde* om het gezondheidssysteem performanter te maken en de beleidsmakers in staat te stellen om de uitdagingen in de gezondheidszorg (bv. financierbaarheid, vergrijzing, multidisciplinaire zorg, multimorbiditeit, technologische evoluties) daadwerkelijk aan te pakken. De huidige besluitvorming op het federaal niveau (met veel-partijenregeringen met uiteenlopende opvattingen en diverse andere stakeholders) blijkt daar niet (meer) toe in staat. De kans dat een fundamentele hervorming lukt zonder voorafgaande defederalisering van de gezondheidszorg, lijkt me (bijzonder) klein.

De defederalisering is echter *geen voldoende voorwaarde*. De mate waarin de gezondheidszorg effectief performanter en toekomst gericht wordt, zal uiteraard afhangen van de beleidskeuzes die gemaakt worden na de bevoegdheidsoverdracht. Dit vormt een (minstens) even grote uitdaging als de defederalisering van de gezondheidszorg zelf.

Met de huidige bijdrage heb ik een aantal elementen willen aanreiken hoe de defederalisering van het gezondheidsbeleid vorm kan worden.

De vraag of dit realiteit wordt, hangt af van politieke wil en, vooral, moed.



NAAR EEN
GEDECENTRALISEERDE
GEZONDHEIDSZORG
IN EEN SOLIDAIRE
SAMENLEVING

Jan De Maeseneer

INLEIDING: DE UITDAGINGEN

In de gezondheidszorg staan we voor diverse **uitdagingen** die onze aanpak en benadering van zorg veranderen. Enerzijds zien we een vergrijzende bevolking en een toename van mensen met meerdere gezondheidsproblemen, wat een nieuwe dynamiek vereist in de zorgverlening. Anderzijds beïnvloeden wetenschappelijke en technologische vooruitgang de betaalbaarheid van zorg, waarbij we moeten nadenken over toegankelijkheid en een correcte besteding van de middelen.

Daarnaast evolueren ook de culturele percepties binnen de gezondheidszorg. Mensen beschouwen zichzelf niet langer als passieve ‘patiënten’, maar steeds meer als kritische consumenten die actief betrokken willen worden bij de aanpak van hun zorg- en ondersteuningsbehoeften. Dit gaat hand in hand met een groeiende behoefte aan zingeving en het exploreren van existentiële aspecten in de zorg.

Sociale gezondheidsverschillen spelen ook een belangrijke rol, met een duidelijke kloof tussen verschillende sociale groepen in termen van levensverwachting en gezondheid. Deze ongelijkheden vragen om gerichte interventies om een gelijkwaardige toegang tot gezondheidszorg voor iedereen te realiseren.

Bovendien brengt de globalisering nieuwe uitdagingen met zich mee, zoals we hebben gezien met de Covid-19-pandemie. Dit heeft niet alleen de gezondheidszorg, maar ook de maatschappij als geheel geconfronteerd met complexe problemen. Sommigen noemden dit geen ‘pandemie’, maar een ‘syndemie’, waarbij gezondheids- en maatschappelijke factoren nauw verweven zijn.

Iedereen is het er momenteel over eens dat het **knelpunt in de zesde staatsvorming** was dat het politieke opbod rond het “gewicht” (in miljarden euro’s) van de getransfereerde bevoegdheden belangrijker was dan de uitbouw van een meer toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg die vertrekt van werenschappelijk onderbouwde inzichten.

UITGANGSPUNTEN VOOR EEN TOEKOMSTGERICHT GEZONDHEIDSBELEID

Om het gezondheidssysteem te sturen, zijn bepaalde **uitgangspunten** van essentieel belang.

Ten eerste is het cruciaal om duidelijke (gezamenlijke) gezondheidsdoelstellingen vast te leggen met een langetermijnperspectief van 5 tot 10 jaar. Deze doelstellingen dienen als richtlijnen voor de het gezondheidszorgbeleid, waardoor een gecoördineerde en gerichte aanpak mogelijk wordt. Zowel in federale documenten als in Vlaamse beleidsteksten, wordt hierbij verwezen naar de 'Quintuple Aim': het verbeteren van de zorg voor het individu, het verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau, het realiseren met de ingezette middelen van meer 'waarde' voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, ervoor zorgen dat de professionals in zorg en welzijn, hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen en het inzetten op sociale rechtvaardigheid en inclusie.

Ten tweede is het verwerven van middelen voor de gezondheidszorg een kernpunt. We stellen hierbij voor dat de middelen worden verworven via een rechtvaardig, solidair en transparant mechanisme op federaal niveau, gefinancierd door fiscaliteit. Dat leidt tot een meer duurzame financiering, dan het huidige systeem van sociale bijdragen, aangevuld met fiscale middelen.

Echter, hoewel de middelen op federaal niveau worden verkregen, wordt de uitvoering, organisatie en besteding ervan beschouwd als een 'plaatsgebonden' bevoegdheid van de drie (eventueel +1: Oostbelgië?) gewesten. Deze aanpak heeft tot doel dat op het vlak van de implementatie van het gezondheidsbeleid, elk gewest zijn eigen regelingen en mechanismen kan beheren om de ontvangen middelen in te zetten in de gezondheidszorg, met een transparante focus op regionale behoeften en prioriteiten.

Binnen de overdracht van bevoegdheden blijven echter bepaalde aspecten onder de federale controle. De argumenten om deze bevoegdheden federaal te houden, hebben te maken met volgende elementen: de schaal waarop gezondheidszorgvoorzieningen actief zijn (b.v. voor sommige weinig frequente aandoeningen, voor topreferentie- en topklinische zorg is concentratie van expertise noodzakelijk, soms zelfs via internationale samenwerking, b.v. European Reference Network); de noodzaak aan een geconcentreerde aanpak (pandemieën, rampen, ...); het waarborgen van efficiëntie in de uitvoering van zorgdiensten

(b.v. wanneer zeer dure apparatuur noodzakelijk is); het versterken van onderhandelingsmacht (b.v. het onderhandelen van prijzen voor geneesmiddelen gebeurt wellicht best supranationaal, b.v. in EU-verband); het waarborgen van noodzakelijke algemene beleidslijnen (b.v. water- en luchtkwaliteit, geluidsoverlast, voedselveiligheid, aanpak klimaatproblemen,...) en het vermijden van druk op zowel patiënten als zorgverleners (push- en pull-factoren in verband met respectievelijk prijzen zorgverlening en inkomens van zorgverstrekkers).

Deze verdeling van verantwoordelijkheden tussen federale en gewestelijke niveaus illustreert de complexiteit van het gezondheidssysteem, waarbij zowel nationale als regionale belangen en noden in overweging worden genomen.

De financieringsmechanismen voor de gezondheidszorg behouden een zekere mate van federale controle, met deels federale mechanismen en daarnaast de mogelijkheid tot asymmetrische regelingen tussen de federale overheid en de gewesten.

Op nationaal niveau zal op het vlak van kennisverwerving en data-verzameling en -analyse, het nieuw op te richten Nationaal Instituut voor de Volksgezondheid fungeren als een geïntegreerd centrum dat verschillende gezondheid gerelateerde entiteiten omvat, zoals het KCE (Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), RIZIV-data, IMA (Intermu-tualistisch Agentschap), FOD-data (o.a. analyses van de Planningscommissie), Sciensano, FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten), Ebpracticenet, Al deze data zijn ook, voor verdere analyse ter beschikking van de deelstaten.

Daarnaast wordt het 'Belgian Integrated Health Record' (BIHR) voorgesteld als één interprofessioneel GDPR-conform dossier per persoon die in België verblijft, wat een holistisch beeld van de gezondheidstoestand van een individu mogelijk maakt, en de basis legt voor populatie-management. Belangrijk is dat dit niet alleen gaat over reactieve acute zorg voor patiënten, maar juist over longitudinale gezondheid voor alle burgers, waarbij het accent ligt op het versterken van de gezondheid gedurende een langere periode (aandacht voor preventie en gezondheidspromotie).

ORGANISATIE VAN GEZONDHEIDS- EN WELZIJNSZORG

Coördinatie van zorgorganisatie op MESO-niveau

In Vlaanderen zijn sinds 1 juli 2020 de Eerstelijnszones actief: “Eerstelijnszones zijn afgebakende regio’s met een populatie van 70.000 tot 125.000 inwoners, met zorgraden als bestuurlijke eenheden”.

De kracht van eerstelijnszones ligt in verschillende aspecten:

- Integratie van gezondheid en welzijn, waardoor een holistische benadering van gezondheidszorg en bredere welzijnsaspecten mogelijk is.
- Integratie van individuele zorg met een populatiegerichte aanpak, waardoor niet alleen individuen maar ook groepen in de samenleving worden bereikt.
- Combinatie van zorg, preventie en het bevorderen van ‘empowerment’ van individuen, waardoor de nadruk ligt op zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid.
- Betrekken van patiëntenorganisaties en mantelzorgers in het gezondheidszorgsysteem.
- Betrokkenheid van lokale besturen om de lokale gemeenschappen te ondersteunen in gezondheid gerelateerde aangelegenheden.
- Stimuleren van interprofessionele en intersectorale samenwerking tussen verschillende zorgverstrekkers en sectoren voor een geïntegreerde aanpak van gezondheidszorg

Een toekomstperspectief voor de organisatie van de zorg op MI-CRO-niveau: de eerstelijnsnetwerken.

Om de samenwerking van zorgverstrekkers op de eerste lijn te verbeteren, wordt gedacht aan de organisatie van eerstelijnsnetwerken. Deze netwerken vertrekken vanuit de samenwerking van een aantal huisartspraktijken met de hulpverleners die de patiënten met een GMD bij één van deze huisartspraktijken verzorgen. Voor landelijke gebieden wordt een eerstelijnsnetwerk gevormd door minstens 5000 inwoners, in een stedelijk gebied door minstens 10000. Deze netwerken brengen huisartspraktijken, apothekers, maatschappelijk werk, kinesitherapeuten, eerstelijnspsychologen, tandartsen en mondhygiënist, ergotherapeuten, gezondheidspromotoren, samen en werken met een geïntegreerd interprofessioneel dossier.

Deze benadering legt de nadruk op een bredere focus op gezondheid en

welzijn voor de bevolking, niet alleen gericht op ziektebestrijding maar ook op preventie, rehabilitatie en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden en de levensomstandigheden van mensen.

HET POLITIEKE DEBAT: TUSSEN ‘OPINIE’ EN ‘EVIDENCE’

”Wat we zelf doen, doen we beter ?” Een oproep tot bescheidenheid... Vlaanderen vertrekt vaak van de idee: ‘Wat we zelf doen, doen we beter’, maar hierover worden regelmatig kritische stemmen geuit:

‘Rechtse partijen zeggen dat we geen geld meer moeten geven aan Walen, Europa en migranten en dat dan plots alles mogelijk zal zijn. Dat slaat economisch nergens op...Iemand zal de bevolking duidelijk moeten maken dat belangrijke inspanningen nodig zijn, en dat we die samen moeten dragen’(Bart Van Craeynest, hoofdeconoom Voka, De Morgen 30.09.2023, p.32-33)

‘Er wordt altijd gezegd dat wat Vlaanderen doet, beter zal zijn dan hoe België het aanpakt: noordelijker, rationeler, efficiënter en evidence-based – Vlaanderen zou het licht van de wetenschap over het beleid laten schijnen. Maar wat stellen we vast? Het Vlaams beleid is zo Belgisch als het maar kan zijn.’ (Prof. Ive Marx, Universiteit Antwerpen, De Morgen 30.09.2023, p. 4-7)

Er is – in België - nood aan nog meer wetenschappelijk onderbouwd beleid: een WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid) zou hierbij kunnen helpen.

Volgende illustraties geven aan dat er zowel op federaal als Vlaams niveau veel ruimte tot verbetering is, door betere samenwerking:

- de ziekenhuisnetwerken verdienen geen schoonheidsprijs wat betreft het territoriaal afstemmen van vraag en aanbod met het oog op toegankelijkheid en kwaliteit;
- een (vorig) federaal minister die de AMR-problematiek probeerde op te lossen door het remgeld voor antibiotica te verhogen (“non evidence-based”);
- dramatisch niveau van heel wat gezondheidsindicatoren en van de gezondheidszorg in Brussel;
- Vlaanderen integreert de preventie via de logo’s in de eerstelijnszones (evidence based integratie van eerstelijnszorg en volksgezondheid), om vervolgens weer de omgekeerde beweging te maken;
- Federaal en Vlaanderen doen veel te vaak een beroep op ‘consultancy’, waardoor er onvoldoende capaciteitsopbouw is om de prestatie van overheidsorganen te versterken;

- er zijn kansen die kunnen versterkt worden: samenwerking tussen de BIHR-ontwikkeling en Alivia°;
- creatie van ‘lerende netwerken’ ook met regio’s in de buurlanden, is een noodzaak om samen vooruitgang te boeken.

Er zijn reeds mooie voorbeelden van succesverhalen door samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten: de implementatie van de Covid-19 vaccinatiestrategie is daar een voorbeeld van, en gebeurde in het kader van een ‘samenwerkingsakkoord’ tussen federale overheid en alle deelstaten.

AANDACHT VOOR BRUSSEL

°**Brussel wordt een volwaardig gewest, ook m.b.t. de gezondheidsbevoegdheden.** Er komt GEEN ‘Brussel Keuze’ (dit zou immers de noodzakelijke solidariteit van de burgers rond gezondheid en welzijn fundamenteel aantasten). Gezondheidszorg in Brussel wordt vanuit het Gewest aangestuurd, met een aangepast operationeel mesoniveau.

Er is in Brussel bijzondere aandacht nodig voor kwetsbare groepen enerzijds, maar ook voor ‘internationale functies’ (zie: Genève, Copenhagen, Washington,...)

De huidige “outreach-strategie” naar kwetsbare groepen (met categoriale initiatieven door ongecoördineerde en duplicerende vzw’s) is niet effectief en niet efficiënt “Wijkgezondheidscentra” en “Maisons Médicales(MM)” bieden modellen voor samenwerking in de eerstelijnszorg. ONE (Kindzorg) en CPAS/OCMW zijn vaak weinig geïntegreerd Om iedereen die in Brussel verblijft toegang te geven tot eerste lijn zijn b.v. 450 VTE extra-huisartsen nodig: voorstel voor een conferentie met Vlaamse en Waalse Vakgroepen Huisartsgeneeskunde (ICHO en CCFMG) om hierrond een strategie te ontwikkelen. Dit veronderstelt het aanbieden van goedgelegen geïntegreerde en toegankelijke infrastructuur voor de eerste lijn (intergemeentelijk overleg). Terzelfdertijd dienen eerstelijnsnetwerken ontwikkeld. Een deel van het terugdringen van het huisartsentekort in Brussel kan erin bestaan om Vlaamse en Waalse huisartsen in Brussel te laten werken (loskoppeling geografische woon- en werkplaats).

Voor de ziekenhuizen in Brussel is er een duidelijk onderscheid nodig tussen tweede-lijnfuncties en derde lijn (top-referentie en topklinische zorg voor complexe problemen: federaal aangestuurd). In Brussel in elk

geval stevige afbouw van ziekenhuisbedden noodzakelijk. Vraag: wie betaalt de transitiekosten? Kunnen hiervoor EU-middelen worden gemobiliseerd?

Brussel heeft nood aan een performant taaltoegankelijkheidsbeleid : elk eerstelijnsnetwerk en ziekenhuisnetwerk moet zorg in Nederlands, Frans en Engels garanderen (eventueel aangevuld met specifieke andere talen waar nodig).

AANDACHTSPUNTEN BIJ DE VERDERE UITWERKING

- Er is nood aan nieuwe rollen en nieuwe rol-definities:
- Overheid hanteert een transparante beleidscyclus, met tijdige onafhankelijke Wetenschappelijke en Maatschappelijke Strategische Advisering; subsidiariteitsbeginsel met 'accountability' (wat op een niveau dicht bij de bevolking (lokaal) kan worden gerealiseerd, dient daar ook in de praktijk gebracht); complementariteit (over een bepaalde topic wordt op één niveau geadviseerd, overlegd,...)
- 'Pluralistische Gezondheidsbewegingen' (voorheen "ziekenfondsen", Patiëntenorganisaties,...) als kritische 'civil society-organisations', met belangrijke rol in gezondheidspromotie, zelfzorg, mantelzorg, verdediging van patiëntenrechten, beleidsadvisering, aanpakken van sociale en ecologische gezondheidsdeterminanten,.....
- Wetenschappelijke onderbouwing: Wetenschappelijke Raad voor het Gezondheidsbeleid (in WRR), Nationaal Instituut voor Volksgezondheid (Sciensano + KCE + IMA...) als o.a. centrale data leverancier
- Federale Minister van Volksgezondheid is de kapitein van het team van 3 regionale Ministers maar neemt commando in crisissen (na beslissing federaal parlement) en is een anker naar Internationale samenwerking (EU, WHO, EMA,...)
- Er is nood aan versterken van de samenwerking:
- Eerstelijnsgezondheids- en welzijnszorg, 'public health', patiënten- en burgerorganisaties, eerste en tweedelijnsvoorzieningen (ziekenhuisnetwerken) werken structureel samen; in de regel is het generalistisch niveau (de eerste lijn) het contactpunt van de bevolking met het zorgsysteem, gespecialiseerde zorg is in principe enkele via verwijzing toegankelijk
- Tussen de regio's ontstaat een 'learning community', waarin 'good practices' worden uitgewisseld
- Vermijden van 'push-' en 'pull-'bewegingen in hoofde van patiënten, zorgverstrekkers en zorgpersoneel

- Heroriëntatie van financiering van artsen en andere zorgverstrekers (meer capitatie, minder fee-for-service), geïntegreerde financiering van ziekenhuis(netwerken), creëren van mogelijkheid tot loondienst voor specialisten in ziekenhuizen...
- We zetten in op Europese en internationale samenwerking (b.v. prijs geneesmiddelen, innovatie-agenda,...)

ENKELE SLOTBESCHOUWINGEN

Sociale rechtvaardigheid:

Het verdelen van middelen tussen de gewesten op basis van behoeften is een uitdaging. Het behalen van overkoepelende gezondheidsdoelstellingen doelstellingen blijft van essentieel belang om de solidariteit te behouden. Maar wat als dit niet haalbaar blijkt?

Efficiëntie:

Het simpelweg kopiëren van federale regelgeving naar de gewesten heeft weinig zin. Er is behoefte aan een kritische evaluatie of dit altijd de beste aanpak is.

Politieke wil voor transitie naar eerstelijnszorg:

Is er een sterke politieke wil om de verschuiving naar eerstelijnszorg te ondersteunen door de aanzienlijke verhoging van het aandeel van gezondheidsuitgaven naar de eerste lijn te bevorderen?

Lokale besturen en nieuwe bevoegdheden:

Hoe kunnen lokale besturen, vooral die van kleinere gemeenten, adequaat omgaan met hun toegenomen verantwoordelijkheden in eerstelijnszones? Is er nood aan een 'minimale kritische massa' voor gemeenten? En hoe zal de Vlaamse overheid hier mee omgaan?

Vertrouwen in lokale actoren:

Is de Vlaamse overheid bereid om geleidelijk meer vertrouwen te geven aan eerstelijnszones, ziekenhuisnetwerken en andere actoren op het terrein om op een passende manier, afgestemd op de lokale context, beslissingen te nemen over de uitvoering?

Bescherming van zorg voor welzijn en gezondheid:

Hoe kan de zorg voor welzijn en gezondheid in Vlaanderen, Brussel en Wallonië worden beschermd tegen politieke keuzen gebaseerd op

individualisme versus solidariteit, conservatisme versus vernieuwing, ongelijkheid versus sociale rechtvaardigheid, identiteit versus diversiteit ? tegenstellingen zoals individualisme versus solidariteit, conservatisme versus vernieuwing, en identiteit versus diversiteit?

Deze vragen benadrukken de complexiteit en de noodzaak van zorgvuldige, weloverwogen besluitvorming en beleidsimplementatie in het streven naar een rechtvaardig gezondheidszorgsysteem, dat zowel recht doet aan individuele behoeften als aan bredere maatschappelijke doelen.



HOE DE
STAATSSTRUCTUUR
DE OPLEIDING VAN
ARTSEN REMT

Jonas Brouwers

De opleiding van artsen in België is een complex gegeven. Verschillende bevoegdheden, verantwoordelijkheden en controlemogelijkheden bevinden zich op andere niveaus in onze staatsstructuur. Het is een voorbeeld van een georganiseerde inefficiëntie die de gezondheidszorg eerder remt dan vooruit helpt. Daarnaast is er tussen beide landsdelen een cultuurverschil, dat zichtbaar is in zowel benadering van de opleiding als haar praktische organisatie.

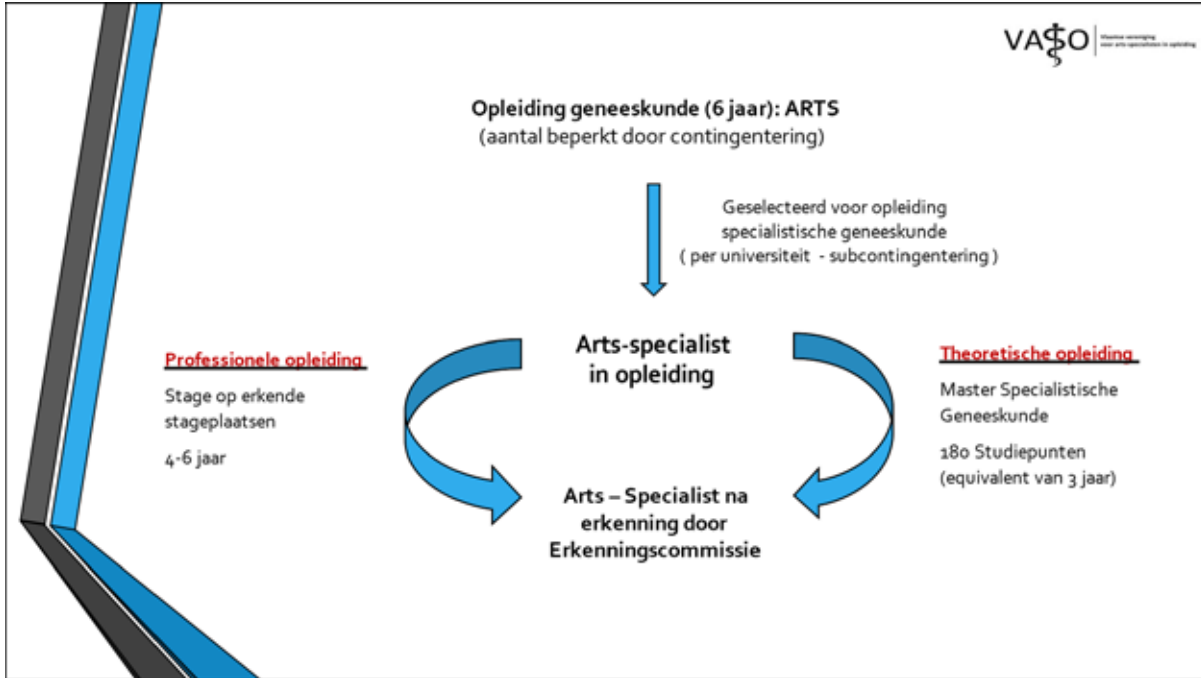
(NON-)CONTINGENTERING?

De contingentering van artsen en de planning van het medisch aanbod is een schoolvoorbeeld van een “compromis à la Belge”. De federale overheid is verantwoordelijk voor de globale beperking van artsen, hoewel de deelstaten bevoegd zijn voor de sub contingentering van de verschillende disciplines, die binnen het federaal vastgelegde quotum dient te gebeuren. Een federale regelgeving die bovendien gedurende 25 jaar slechts consequent opgevolgd werd door de Vlaamse gemeenschap maar de Franstalige gemeenschap niet corrigeerde in het toelaten van een groter aantal artsen dan voorzien tot de opleiding. Het gebrek aan een responsabiliseringsmechanisme zorgde ervoor dat de situatie jarenlang kon blijven aanslepen, terwijl Vlaamse studenten hun instroomkansen tot de opleiding geneeskunde sterk geremd zagen. Bijgevolg volgen momenteel 8163 studenten de opleiding geneeskunde in Vlaanderen terwijl er 11.831 studenten de opleiding geneeskunde in Wallonië volgen. Met 3.241 Franstalige specialisten in opleiding leidt men in Wallonië bijna evenveel specialisten op als in Vlaanderen (3.302). Ook voor de huisartsen in opleiding is er weinig verschil (1.138 in Vlaanderen t.o.v. 1052 in Wallonië). Hoewel het bevolkingsaantal in Vlaanderen groter is, wordt dit niet weerspiegeld in de aantallen opgeleide artsen.

OPLEIDING VAN ARTSEN IN BELGIË

Ook in de opleiding zelf zorgt de huidige staatsstructuur voor moeilijkheden. Zo is het bepalen van erkenningscriteria een federale bevoegdheid terwijl het afleveren van erkenningen toegewezen is aan de deelstaten. Het afleveren van een visum om de geneeskunde uit te oefenen blijft de bevoegdheid van de federale overheid terwijl de finale erkenning als specialist of huisarts toebehoort tot de deelstaten. De Hoge Raad van artsen, die stagemeeesters en -diensten benoemt en de kwaliteit ervan dient te bewaken, is nog steeds een federaal orgaan terwijl de erkenningscom-

missies, bevoegd voor het toetsen van artsen in opleiding, bij de deelstaten georganiseerd zijn. De theoretische vorming die artsen in opleiding naast hun beroepsopleiding volgen is dan weer op gemeenschapsniveau georganiseerd met een universitaire Master na Master in Vlaanderen maar slechts een beperkt equivalent in de Franstalige gemeenschap.



REGELGEVING

Ook in regelgeving is er een kluwen aan wetgeving ontstaan tussen de deelstaten wat noch voor de burger, noch voor de overheid zelf een duidelijk, coherent kader schept. Zo is het Sui Generis statuut van artsen in opleiding in 1983 op federaal niveau ontstaan en zorgt dit tot op de dag van vandaag dat artsen in opleiding een verminderde sociale bescherming genieten. Daarnaast is er een federale wetgeving rond de Wet op arbeidsduur sinds 2010 en worden de algemene criteria tot erkenning van arts-specialist of huisarts op federaal niveau bepaald. Daarnaast is er een vergoeding voor de stagemester voorzien op federaal niveau. Op Vlaams niveau wordt dan weer een Master specialistische geneeskunde georganiseerd, die langs de beroepsopleiding gevolgd wordt en zorgt de Vlaamse planningscommissie voor het opstellen van subquota. Ook een Besluit van de Vlaamse Regering bepaalt de werking van erkennings-

commissies en procedure tot aflevering van een erkenning tot arts-specialist of huisarts.

Bevoegdheidsverdeling in opleiding

Federaal	Vlaams
Erkenningscriteria	Erkenningscommissie
Professionele opleiding	Theoretische opleiding
Kwaliteit van stageplaatsen	Kwaliteit van opleiding
Planning medisch aanbod	Subcontingentering
Erkenning van stagemeesters + vergoeding	Registratie stageplannen
Arbeidswetgeving + Sui Generis statuut	

Weinigen zien als arts (in opleiding), burger of beleidsmaker het bos nog door de bomen. De staatsstructuur en verschillende bevoegdheden hebben de verantwoordelijkheden en de nodige instrumenten zodanig versnipperd dat ze een struikelblok vormen om een efficiënte, kwalitatieve opleiding te organiseren. Zowel opleiders als artsen in opleiding voelen dit op het terrein: niet enkel door het ontbreken van transparante en efficiënte aanspreekpunten, maar ook door problemen bij het uitreiken van erkenningen of het organiseren van de opleiding.

Zo wordt de kwaliteit van opleiding bewaakt door verschillende instanties die niet noodzakelijk samenwerken. De Hoge Raad artsen op federaal niveau erkent stagemeesters – en stagediensten, maar bepaalt daarnaast ook de erkenningscriteria en behandelt klachten over individuele stagemeesters en stagediensten. De erkenningscommissies op Vlaams niveau zijn bevoegd om de erkenning af te leveren en de stageplannen van de artsen in opleiding op te volgen, maar behandelen niet per definitie de klachten over stagemeesters of stagediensten. Ook de ziekenhuizen zelf, die onder federale regelgeving vallen, hebben meldingskanalen

voor problemen waarmee artsen in opleiding geconfronteerd worden en ook de faculteiten geneeskunde (Vlaamse bevoegdheid) krijgen informatie van hun artsen in opleiding die niet noodzakelijk gedeeld wordt met andere instanties. Deze versnippering maakt dat problemen niet doorstromen of gecentraliseerd worden en dat een onafhankelijke uniforme ombudsdienst onontbeerlijk wordt.

BESLUIT

Het is duidelijk dat het stroomlijnen en samenbrengen van bevoegdheden, in het bijzonder voor de opleiding en het opvolgen van de kwaliteit ervan, zich meer en meer opdringt. Erkenning en normering zouden op één niveau gebracht moeten worden net als de opvolging van kwaliteit van opleiding die voor onze toekomstige artsen centraal moet staan. De theoretische en praktische opleiding worden best vanuit één beleidsniveau gestructureerd en opgevolgd. Tot slot is de contingentering van artsen in België al jaar en dag een schoolvoorbeeld van een verschillende visie op de gezondheidszorg en het opleiden van jonge artsen. Elk landsdeel hierin zijn weg laten gaan, lijkt een onontbeerlijke stap voor een duurzaam toekomstig model.



DE PERFORMANTIE VAN
DE GEZONDHEIDSZORG:
EEN VERGELIJKING
NOORD-ZUID

Karel Vermeyen

In het licht van de financiële uitdagingen en de budgettaire beperkingen in de gezondheidszorg zal een efficiëntere organisatie steeds meer noodzakelijk zijn. Er bestaan belangrijke verschillen tussen Vlaanderen en Franstalig België met betrekking tot de uitbouw van het ziekenhuislandschap, de uitgavenprofielen, de performantie en de benadering van de brede het gezondheidsbeleid met name de preventieve zorg. In al deze domeinen is er efficiëntiewinst te realiseren.

HET GEZONDHEIDSZORGBUDGET STAAT ONDER DRUK: MEER EFFICIËNTIE IS NOODZAKELIJK.

De verplichte ziekteverzekering verzekert 99% van de inwoners voor de kosten van de gezondheidszorg en is gebaseerd op een algemene solidariteit, in essentie gefinancierd op basis van de sociale bijdragen en aanvullend belastinggeld. Volgens de meest recente OESO⁶⁰ gegevens vormden de uitgaven in 2020 voor gezondheidszorg in België 11,1% van het BBP. Deze uitgaven stijgen ongeveer 1,1 % per jaar. Hiermee staat België op de 9^{de} plaats in Europa. Duitsland (12,8 % BBP) en Frankrijk (12,2 % BBP) zijn de landen binnen Europa met de hoogste uitgaven in de gezondheidszorg. In België wordt 1,6 % van het gezondheidszorgbudget aan preventie besteed, 40% minder dan het EU27 gemiddelde van 3,5%. Opvallend is dat 23% van de uitgaven eigen “out-of-pocket” betalingen zijn: vooral niet terugbetaalde geneesmiddelen, medische hulpmiddelen (brillen enzo ...) en de premies aanvullende verzekering⁶¹, hetgeen de solidariteit onder druk zet.



Fig. Uitgaven voor Gezondheidszorg als % van Bruto Binnenlands Product. Bron OESO Statistics 2021.

60 - OESO: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling.

61 - Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Knowledge Centre (KCE). 2020 Bouckaert et al.



Fig. Uitgaven voor gezondheidszorg in België, naar functie (in 2019).
Bron: FOD Sociale Zekerheid.

Volgens recente Statbel gegevens is de levensverwachting bij geboorte 81,9 jaar. Hiermee scoort België gemiddeld in de EU. Er zijn wel regionale verschillen wat betreft levensverwachting bij de geboorte. In Wallonië is dat 79,9 jaar tegenover 82,8 jaar in Vlaanderen. Brussel scoort ongeveer het landelijke gemiddelde. Hier is dus ruimte voor verbetering.

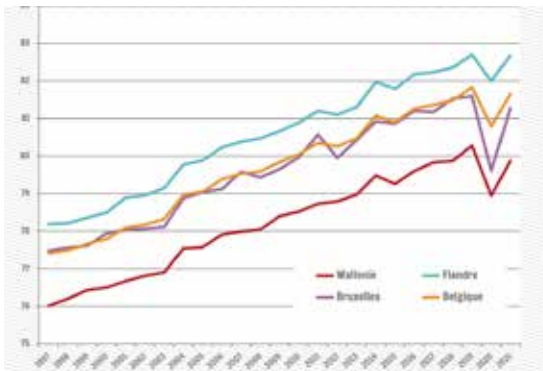


Fig. Globaal resultaat van de Belgische Gezondheidszorg: levensverwachting bij geboorte - regionale verschillen. Bron Statbel.

De Belgische gezondheidszorg kan als degelijk beschouwd worden maar ten koste van een flinke prijs waarbij het globale resultaat van Wallonië aandacht vraagt. Het gezondheidszorgbudget zal steeds meer onder druk komen door de evolutie van de medische technologie en nieuwe farmaceutische producten met een toename van out-of-pocket betalingen.^{62,63} Als we een toegankelijke, kwaliteitsvolle en kosteneffectieve gezondheidszorg verder willen uitbouwen binnen een solidair systeem staan

62 - Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen. RIZIV Rapport van het Wetenschappelijk Comité meerjarenbegroting Februari 2022.

63 - Toekomst van de Belgische Gezondheidszorg. Strategische Visienota. RIZIV en Tomorrowlab 2020. OEKOMST VAN DE BELGISCHE

grote uitdagingen te wachten. Zoals zal blijken stellen we performantiever schillen vast tussen Noord en Zuid. Bovendien bestaat er een ingewikkelde structuur in de organisatie en de werking van de gezondheidszorg. Het beleid voor preventie is gefragmenteerd. Het groot aantal ministers dat bevoegd is, is moeilijk verdedigbaar. De niet steeds optimale samenwerking tussen RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en de zeer complexe overlegstructuren binnen zowel RIZIV als FOD verhinderen een flexibele en daadkrachtige aansturing.

VERSCHILLEN IN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP TUSSEN NOORD EN ZUID

Het aantal ziekenhuisbedden in Vlaanderen en Wallonië is gelijkmatig uitgebouwd. Ook het gebruik van deze bedden is gelijkaardig zoals blijkt uit de vergelijking van het resultaat voor het aantal “verantwoorde bedden”⁶⁴. Het aantal verantwoorde ziekenhuisbedden in Vlaanderen en Wallonië is gelijk, hetgeen een indicatie is dat de “ernst van de pathologie” gelijkaardig is. In het Hoofdstedelijk Gewest bestaat een concentratie aan grote ziekenhuizen (universitaire ziekenhuizen of ziekenhuizen met universitair karakter) waardoor, gezien de aard van de tertiaire pathologie, het aantal verantwoorde bedden hoger is dan in de andere delen van het land. Er is in Brussel vermoedelijk een “import van zwaardere pathologie”. In internationale EU vergelijking beschikt België over een eerder gemiddeld aantal bedden per 1000 inwoners, enkel Brussel scoort hoog.

2021	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Inwoners	11584008	6698867	3662495	1222673		
Erkende ziekenhuisbedden	46856	26051	14001	6804		
n/100000 inwoners	404	389	382	556	0,98	1,46
Verantwoorde ziekenhuisbedden	36937	20556	11201	5181		
n/100000 inwoners	319	307	306	424	1,00	1,39

In Wallonië worden minder patiënten opgenomen in de ziekenhuizen maar ze verblijven gemiddeld langer in het ziekenhuis. In het Hoofdstedelijk Gewest is zowel het aantal opnames als de verblijfsduur hoog.

64 - Het aantal verantwoorde bedden wordt berekend aan de hand van de ernst van de ziekte en een gestandaardiseerde opnameduur. De som van deze verantwoorde opnameduur voor alle opnames resulteert in het aantal verantwoorde bedden en dus de financiering van deze bedden.

Het aantal opnames kan vertekend zijn aangezien de ijking gebeurde op basis van het aantal inwoners in het betrokken gewest. Mogelijks betreft een deel van deze opnames patiënten die van buiten het Hoofdstedelijk Gewest naar Brussel gaan voor medische verzorging. Met een gemiddelde ligduur per opname van 5,3 dagen is Vlaanderen duidelijk performanter dan Wallonië en Brussel.

2021	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Aantal ziekenhuisopnames	2591622	1503575	741178	374869		
Opnames/ 1000 inwoners	224	224	202	307	0,90	1,52
Gemiddelde ligduur	5,7	5,3	5,9	6,3	1,11	1,19

“Zware apparatuur” zijn toestellen met een hoge investeringskost en extra personeelsomkadering. Ze worden op basis van programmatieregels toegestaan, erkend en gesubsidieerd. De verdeling van de “zware apparatuur” is opmerkelijk. Behalve voor PET-CT heeft Vlaanderen steeds minder erkenningen verleend in vergelijking met Wallonië. In de regelgeving wordt dikwijls in het kader van toegankelijkheid verwezen naar de afstand tot het ziekenhuis voor de patiënten en worden uitzonderingsregels toegestaan. Dit argument is aannemelijk voor chronische zieken of voor herhaaldelijke ziekenhuisbezoeken (bv. dialyse, chemo- of radiotherapie) maar niet voor de meestal eenmalige en voornamelijk electieve onderzoeken in de medische beeldvorming. Wallonië heeft voor zowel CT als MRI meer toestellen per 100000 inwoners geïnstalleerd dan Vlaanderen. Voor het Hoofdstedelijk Gewest stellen we vast dat het aanbod van zware apparatuur wel zeer hoog is in vergelijking met Vlaanderen. Het aanbod in Brussel is 97% hoger voor CT en 66% hoger voor MRI. Voor PET-CT is het aanbod in Brussel zelfs een factor 3,65 hoger. Vraag is of het specifieke karakter van de hoofdstad zulke verschillen rechtvaardigt! Een laatste geprogrammeerde zware apparatuur zijn de radiotherapietoestellen. Ook hier hetzelfde beeld: Wallonië heeft relatief meer geplaatste toestellen. Het Hoofdstedelijk Gewest heeft zelfs meer dan dubbel zoveel toestellen per 100000 inwoners goedgekeurd dan Vlaanderen.

2021	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
CT ⁶⁵	272	125	102	45		
CT/100000 inw	2,35	1,87	2,78	3,68	1,49	1,97
PET-CT ⁶⁶	33	15	8	10		
PET-CT/100000 inw	0,28	0,22	0,22	0,82	0,98	3,65
MRI ⁶⁷	126	66	40	20		
MRI/100000 inw	1,09	0,99	1,09	1,64	1,11	1,66
Radiotherapie	32	14	11	6		
Rt/100000 inw	0,28	0,21	0,30	0,49	1,44	2,35

Ook wat het aantal gespecialiseerde **spoedafdelingen en de MUG-interventiewagens** betreft valt het op dat Vlaanderen over minder erkenningen beschikt dan Wallonië. De aanrijtijden voor ambulances zijn een argument om in Wallonië enkele extra afdelingen toe te staan, maar de verschillen zijn wel groot.

2021	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Gespecialiseerde Spoed	118	58	46	14		
Gespec. Spoed/100000 inw	1,02	0,87	1,26	1,15	1,45	1,32
MUG	96	51	36	9		
MUG/100000 inw	0,83	0,76	0,98	0,74	1,29	0,97

Met betrekking tot het zorgprogramma cardiologie stellen we vast dat Wallonië beschikt over meer dan dubbel zoveel erkende **hartcentra B2** (interventie-cathlab) dan Vlaanderen en 37% meer erkende B3 diensten (hartchirurgie). Het valt op dat in Brussel op een na alle hartcentra een B3 erkenning hebben. In de erkenningsnormen worden een minimum aantal interventies/ingrepen bepaald als voorwaarde om de erkenning te krijgen en te behouden. Het is dan ook de vraag of het minimum aantal

65 - CT: Computer Tomografie.

66 - PET-CT: combinatie van Positron Emissie Tomografie en klassieke computer tomografie.

67 - MRI: Magnetic Resonance Imaging.

interventies en ingrepen in elk van deze centra wel gehaald worden hetgeen mogelijks een kwaliteitsrisico inhoudt.

2021	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Hartcentrum B2	22	9	12	1		
B2/100000 inw	0,19	0,13	0,33	0,08	2,44	0,61
Hartcentrum B3	28	12	9	7		
B3/100000 inw	0,24	0,18	0,25	0,57	1,37	3,20

DE UITGAVENPROFIELEN TUSSEN NOORD EN ZUID VERSCHILLEN.

In 2012 publiceerde het RIZIV een rapport in verband met de **medische uitgaven** vanuit geografisch perspectief. Dit rapport analyseert de periode 2009⁶⁸. Recenter voldoende gedetailleerde gegevens zijn niet gepubliceerd maar aangezien er weinig evolutie in de tijd te verwachten is, laat dit rapport toch toe regionale verschillen op basis van het "medisch verbruik" te beoordelen.

Gemiddelde uitgaven/ inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Huisartsen (Rdpl en bezoeken)	96,39	101,57	94,57	70,65	0,93	0,70
Globaal Medisch Dossier	8,98	11,47	5,42	5,66	0,47	0,49
Specialisten (Rdpl en bezoeken)	55,84	50,77	59,29	75,4	1,17	1,49
Psychiatrische instellingen	79,27	91,04	62,7	62,82	0,69	0,69

Vlaanderen heeft duidelijk een meer huisartsgerichte geneeskunde zoals blijkt uit de hogere uitgaven voor raadplegingen en bezoeken en voor het globaal medisch dossier. De hogere uitgaven per inwoner voor speci-

68 - Bron: Medisch verbruik vanuit geografisch perspectief: Variaties in de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in België, Gegevens 2009. RIZIV 2012.

alistische raadplegingen en bezoeken in Wallonië en Brussel vormen het spiegelbeeld: meer gericht op specialistische geneeskunde dus. De uitgaven in de psychiatrische instellingen zijn in Vlaanderen veel hoger dan in Franstalig België.

Gemiddelde uitgaven/ inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Klinische Biologie	116,56	112,73	123,21	117,64	1,09	1,04
Medische beeldvorming	102,85	97,14	114,22	99,59	1,18	1,03
Medicamenten officina	255,98	249,68	267,26	226,24	1,07	0,91

Er is een relatieve overconsumptie voor labo-onderzoeken in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen. Deze overconsumptie is nog groter voor de medische beeldvorming. De uitgaven in Brussel liggen dicht bij het nationale gemiddelde. In Wallonië zijn de uitgaven voor medische beeldvorming 20% hoger dan in Vlaanderen. De uitgaven voor geneesmiddelen buiten de ziekenhuizen zijn het laagst in Brussel.

Gemiddelde uitgaven/ inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Verpleegdagprijs Ziekenhuizen	367,84	357,25	371,67	420,02	1,04	1,18
Honoraria Verpleegkundigen	94,43	103,66	41,88	93,17	0,40	0,90

De kost voor het verblijf in de ziekenhuizen is het laagst in Vlaanderen. Dit is waarschijnlijk het resultaat van de kortere gemiddelde verblijfsduur. Het is opvallend dat de uitgaven voor de honoraria van de verpleegkundigen in Vlaanderen hoog zijn. Dit kan verklaard worden door de meer uitgebouwde thuiszorg in Vlaanderen oa. in functie van de kortere ziekenhuisopnames.

TUSSEN NOORD EN ZUID BESTAAN PERFORMANTIEVERSCHILLEN.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft de preformantie van de Belgische gezondheidszorg geëvalueerd op basis van Health System Performance Assessment (HSPA) indicatoren⁶⁹. De laatste op HSPA gebaseerde studie werd in 2019 voorgesteld⁷⁰. We beperken ons tot drie domeinen waarvoor regionale gegevens gerapporteerd werden: doeltreffendheid van zorg, veiligheid van zorg en zorg continuïteit. Een globale beoordeling van de doeltreffendheid van zorg kan gedaan worden aan de hand van vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid en vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem. De vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid schat het aantal overlijdens dat had kunnen vermeden worden door een beter gezondheidsbeleid en meer aandacht voor preventie. De vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem schat het aantal overlijdens dat had kunnen vermeden worden door tijdige en effectieve zorg (secundaire preventie en curatief).

De cijfers voor **vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid** (primaire preventie) zijn ongunstig voor Wallonië en Brussel: respectievelijk ongeveer 40% en 20% hoger in vergelijking met Vlaanderen. Bij mannen (jonger dan 75) zijn de belangrijkste doodsoorzaken die door aangepast preventiebeleid voorkomen hadden kunnen worden longkanker, hartaandoeningen en zelfmoord. Bij vrouwen (jonger dan 75) zijn de belangrijkste doodsoorzaken longkanker, borstkanker en hartaandoeningen. België scoort voor mannen en vrouwen slechts matig op Europees niveau (EU-15). Vlaanderen echter scoort bij de 5 beste.

Wordt in Wallonië minder aandacht gegeven aan preventieve geneeskunde (rookstop en kankerscreeningsprogramma's bv.) en is daardoor het resultaat slechter? Alhoewel tussen 2010 en 2015 het aantal overlijdens langzaam verminderd is, blijven de verschillen tussen de regio's bestaan. In vergelijking met Vlaanderen betekent dit voor Wallonië een oversterfte van ongeveer 6500 personen per jaar, voor Brussel ongeveer 2500 personen per jaar.

69 - Health System Performance Assessment (HSPA) is een door de Wereldgezondheidsorganisatie gebruikte methode om de gezondheidssystemen van landen te vergelijken.

70 - Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De preformantie van het Belgische gezondheidsstelsel – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A.



Fig. Vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid (overlijdens per 10000 inwoners). Bron: OESO Health statistics 2018 en Statbel/Sciensano.

Het WIV/ISP⁷¹ bracht de regionale verschillen voor specifieke premature sterfte in kaart en stelde belangrijke verschillen vast. Volgende figuur toont de regionale verschillen in alcohol-gerelateerde premature sterfte. Verschillen in socio-economische context en culturele gewoonten kunnen als mogelijke oorzaken aangehaald maar de studie verwijst ook naar verschillen in de benadering van de openbare gezondheidsbeleid met name het preventiebeleid.

Ook de cijfers voor **vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem** (curatief en secundaire preventie) zijn ongunstig in Wallonië en in Brussel. Globaal kan de ernst van de pathologie niet belangrijk verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië gezien het aantal verantwoorde bedden in de ziekenhuizen vergelijkbaar is. Er is dus een verschil in het resultaat van de medische praktijk. Vergeleken met het Europese EU-15 gemiddelde is de door het gezondheidszorgsysteem vermijdbare sterfte voor Vlaanderen bij de beste.

71 - WIV/ISP (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) nu Sciensano. Mapping the cause-specific premature mortality reveals large between-districts disparity in Belgium, 2003–2009. F. Renard, J. Tafforeau and P. Deboosere. Archives of Public Health (2015) 73:13.

Mapping the cause-specific premature mortality reveals large between-districts disparity in Belgium, 2003–2009.
Renard et al. Archives of Public Health (2015)

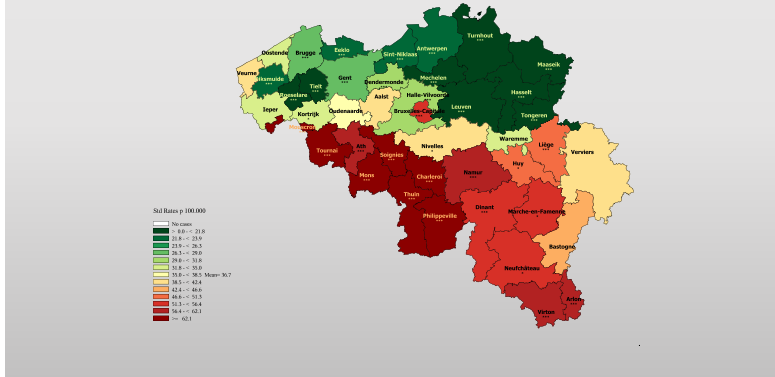
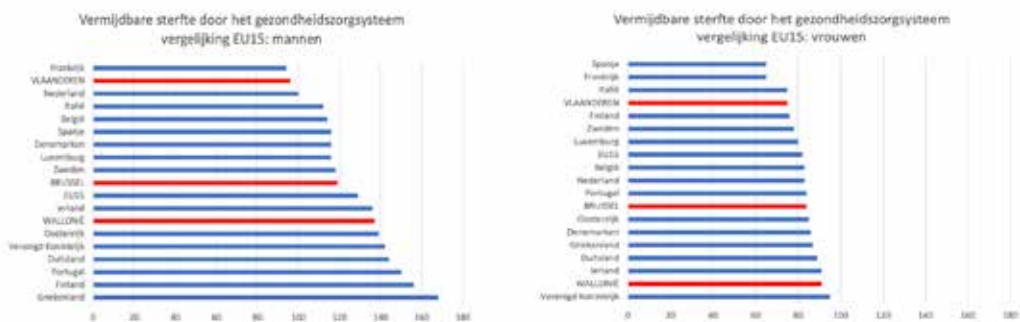


Fig. Regionale verdeling van alcohol-gerelateerde premature sterfte bij mannen tot 74 jaar.

n/100000 inw.	België	VL.	Brussel	WAL.	Ratio W/V	Ratio Br/V
Mannen	110,6	95,7	118,7	137,6	1,44	1,24
Vrouwen	81,0	75,4	84,3	90,7	1,20	1,12

Vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem, gemiddelde 2013-2015. Bron: Statbel/Sciensano.



Bovenstaande grafieken tonen de vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem (aantal overlijdens per 100000 inwoners). Bron: OESO Health statistics 2018 en Statbel/Sciensano.

Bijvoorbeeld voor diabetes-gerelateerde vroegtijdige sterfte toont de hogervermelde studie van het WIV/ISP regionale verschillen. Dit resultaat is deels ook bepaald door aandacht voor secundaire preventie en aangepaste curatieve zorg: betere begeleiding van chronische patiënten zou de resultaten positief kunnen beïnvloeden.

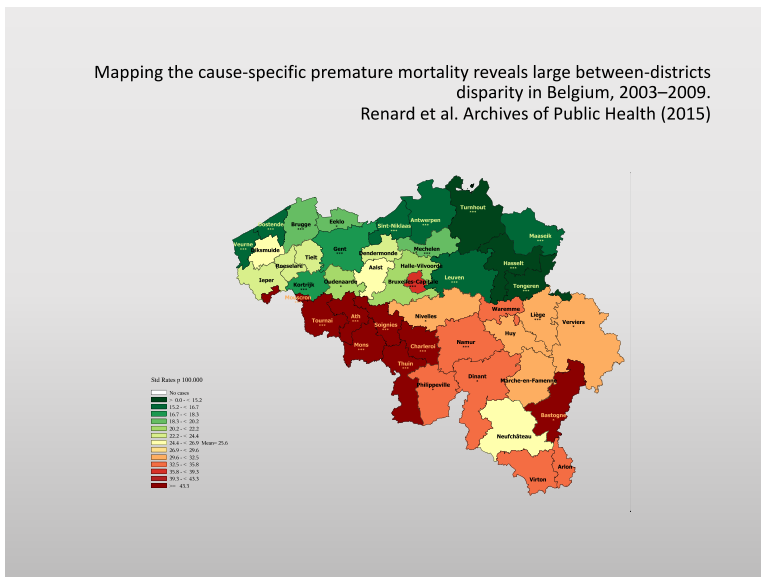


Fig. Regionale verdeling van diabetes-gerelateerde premature sterfte bij mannen tot 74 jaar.

Doeltreffendheid van zorg		België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Sterfte binnen 30 dagen na hartinfarct (opname %) (bron MZG 2016)		7	6,7	7,7	7,7	1,15	1,15
Sterfte binnen 30 dagen na isch. beroerte (opname %) (bron MZG 2016)		9	8,6	9,9	8,9	1,15	1,03
Sterfte binnen 30 dagen na colon- of rectumoperatie (opname %) (2011-15)	Colon	3,9	3,3	4,9	5,4	1,48	1,64
	Rectum	2,1	1,7	3	3,3	1,76	1,94
Sterfte binnen 90 dagen na colon- of rectumoperatie (opname %) (2011-15)	Colon	6,7	5,7	8,3	9,5	1,46	1,67
	Rectum	4,2	3,6	5,3	4,8	1,47	1,33

Bron: Kankerregister, Minimale Ziekenhuisgegevens (FOD Volksgezondheid).

Veiligheid van zorg	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
MRSA besmetting (/1000 ZH verblijven-mediaan) (bron Sciensano 2016)	0,7	0,5	1,2	0,5	2,40	1,00
Longembool of DVT na knie- of heupoperatie (n/100000 ontslagen) (bron MZG 2014)	352	247	498	576	2,02	2,33
Doorligwonden in ziekenhuizen (% hospitalisaties) (bron FRKVA 2012)	5,1	4	7,7	5,9	1,93	1,48

Bron: Sciensano, Minimale Ziekenhuisgegevens (FOD Volksgezondheid), Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit.

De kwaliteit van de verpleegkundige verzorging wordt oa. weergegeven door de frequentie waarmee, wegens onvoldoende handhygiëne, MRSA (de ziekenhuisbacterie) overgedragen wordt van patiënt tot patiënt. Een tweede indicator is de frequentie van doorligwonden bij bedlegerige patiënten. MRSA besmettingen komen in Wallonië meer dan dubbel zoveel voor als in Vlaanderen. Het percentage ernstige doorligwonden bij gehospitaliseerde patiënten is in Wallonië bijna dubbel zoveel als in Vlaanderen. Brussel scoort iets beter dan Wallonië. Voor longembolie en diep-veneuze trombose scoort Vlaanderen beter dan het Europese gemiddelde (EU15 gemiddelde: 401 verwikkelingen/100000 ontslagen). Wallonië en Brussel doen het aanmerkelijk slechter.

Zorgcontinuïteit: Levenseinde	België	VL.	WAL.	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Palliatieve zorg (% kankerpatienten)	53,4	59,8	46,1	43,7	0,77	0,73
Chemotherapie in laatste 14 dagen (% terminale ptn)	8,9	7,5	10,9	9,7	1,45	1,29

Bron: Kankerregister, Intermutualistisch Agentschap (IMA).

In Vlaanderen wordt ruimer gebruikt gemaakt van palliatieve zorg. De indicator “chemotherapie in de laatste 14 dagen” illustreert anderzijds therapeutische hardnekkigheid. In Wallonië wordt bij een groter deel van de kankerpatiënten doorgedaan met chemotherapie tot kort voor het overlijden, hetgeen medisch gezien waarschijnlijk niet erg zinvol is.

BESLUIT

Na de zesde staatshervorming bleef de financiering van de gezondheidszorg grotendeels op Federaal niveau.

Gezien de uitdagingen voor de toekomst, gezien de duidelijke cultuurverschillen, en gezien de vastgestelde performantieverschillen is het logisch naar een financieringssysteem te evolueren dat toelaat in de gezondheidszorg zowel performantie als kwaliteit te ondersteunen. Een gesplitste financiering van de gezondheidszorg biedt mogelijkheden en hoeft geen verlies van solidariteit te betekenen. Wel belangrijk is dat solidariteit op een transparante manier georganiseerd wordt en een tijdsdefinitie heeft.



NAAR EEN
TOEKOMSTBESTENDIGE
ORGANISATIE VAN
GEZONDHEIDSZORG

Karine Moykens
Secretaris-generaal
Departement Zorg

Voor een performant zorgbeleid horen gezondheidszorg en welzijn samen in één beleidsvoering te zitten als we de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON) centraal stellen. De eerste lijn en tweede lijn horen samen in één beleidsvoering te zitten om een continu aanbod van passende en doelmatige zorg vanuit eenzelfde visie te faciliteren. Ook preventie en curatie horen samen in één beleidsvoering te zitten om een betere verhouding tussen preventief en curatief beleid en een gezonde populatie als doel centraal te stellen. Momenteel zijn deze bevoegdheden verdeeld over de verschillende beleidsniveaus waardoor het niet evident is om tot een gestroomlijnd beleid m.b.t. geïntegreerde zorg te komen, over alle sectoren en niveaus heen.

HET ZORGLANDSCHAP IN TRANSITIE

We staan voor een blijvende, belangrijke uitdaging: de Vlaamse zorg kwaliteitsvol, performant (efficiënt en effectief) en toegankelijk houden voor iedereen, met een duurzame financiering.

De opdracht is het ontwikkelen van een duurzaam zorgsysteem dat tegemoetkomt aan de uitdagingen die ons te wachten staan: demografische uitdagingen waarbij we voor een dubbele vergrijzingsgolf komen te staan met langs de ene kant meer ouderen die ook meer zorg nodig zullen hebben en langs de andere kant het zorgpersoneel dat zelf vergrijst, evoluerende types van pathologieën, informele zorg die traditioneel sterk was maar die onder druk staat, technologische ontwikkelingen en innovaties die een oplossing kunnen bieden voor gezondheidsproblemen maar die veel kosten enzovoort. Dat systeem moet solidair zijn om voldoende duurzaamheid en draagvlak te creëren. Het moet ook voldoende persoonlijke invulling en vrije keuzes voor de zorggebruiker toelaten.

Om tegemoet te komen aan die uitdagingen voor de zorg en de daaraan gekoppelde veranderende maatschappelijke noden en verwachtingen, is het zorglandschap in volle verandering.

Er is een duidelijke evolutie naar een meer persoons gecentreerde zorg. Dit moet nog verder en algemener worden doorgetrokken. Omdat een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON) de juiste zorg, op het juiste moment, door de juiste professionals, op de juiste plaats verdient, ontwikkelen we een zorg op maat, vanuit een holistische visie waarbij heel de persoon centraal staat en niet zijn ziekte of symptomen.

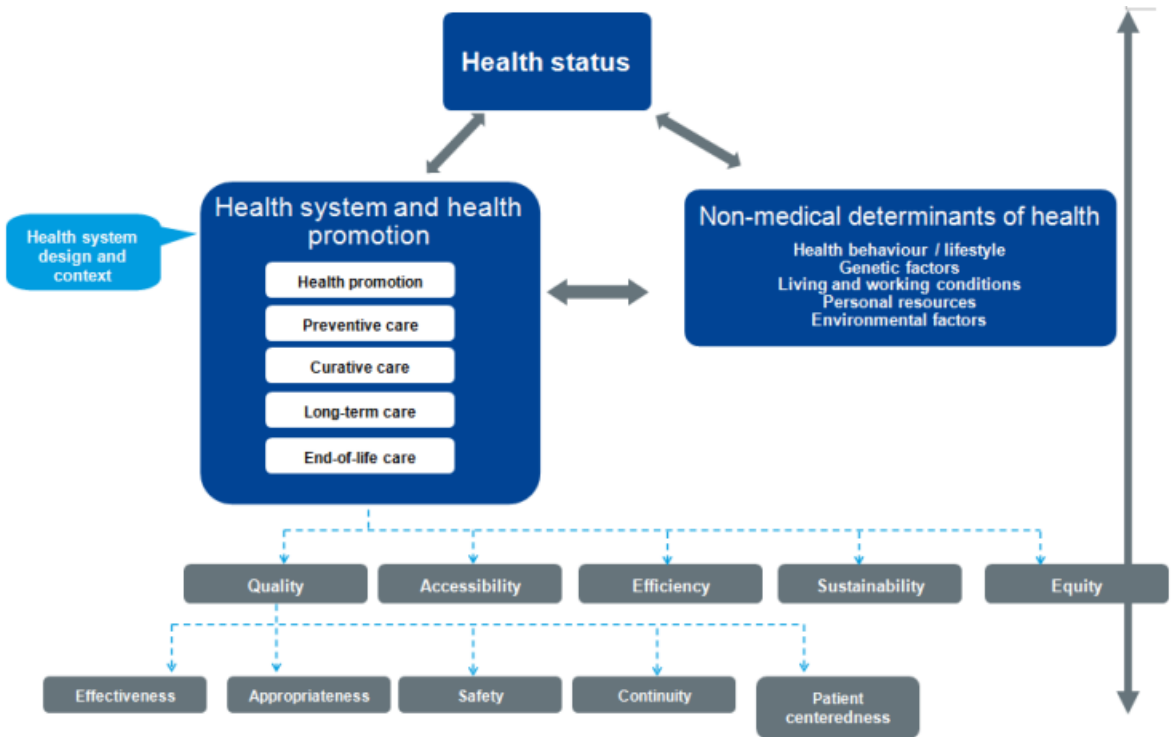
De regie ligt daarbij steeds nadrukkelijker bij de PZON zelf. Steeds meer zal de autonomie van de PZON op de voorgrond treden. Met de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) zetten we geleidelijk aan stappen naar de basisprincipes van een persoonsvolgende financiering. De zorg wordt vraag gestuurd, de financiering wordt steeds meer persoonsvolgend. Om deze integrale en doelgerichte zorg en ondersteuning mogelijk te maken moeten we de organisatie van de zorg ook meer geïntegreerd bekijken, en niet meer denken in silo's. De al vermelde toegenomen complexiteit van de problematieken die zich aandienen, kan enkel in samenwerking tussen zorgaanbieders en actoren uit verschillende domeinen passend opgevolgd en opgelost worden. Alle zorgactoren worden samengebracht rond de PZON, vertrekkend vanuit zijn noden en behoeften. Met alle zorgactoren wordt gecoördineerd en geïntegreerd gereageerd op deze zorgnoden. In Vlaanderen zijn we daarom na de zesde staatshervorming gestart met onder andere een hervorming van de eerstelijnszorg, met als doel een toegankelijke, effectieve en kwalitatieve gezondheids- en welzijnszorg waar de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag centraal staat. In functie van zijn belang zal er op een geïntegreerde manier samengewerkt worden tussen alle actoren die betrokken zijn bij de zorg. Daarbij vormen de eerstelijnszones en hun zorgraden een centraal concept om te komen tot een meer persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning in de eerste lijn, met ook een betere afstemming tussen gezondheid en welzijn.

De uitdagingen van vandaag en morgen maken dus dat ontschotting en geïntegreerde zorg dé antwoorden van de toekomst zijn. Alle aspecten van zorg en welzijn, van preventie over curatie tot palliatie (zowel op de eerste lijn als sterk(er) gespecialiseerd) bevinden zich op één continuum. Er wordt stelselmatig aan een meer intersectorale aanpak van zorg en ondersteuning gewerkt. Belangrijke hefboomen daarbij zijn onder meer (digitale) informatie- en gegevensdeling in de zorg om een sterke, geïntegreerde zorg te kunnen waarborgen. Ook cruciaal is het behouden van een sterke focus op de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Ook nodig is een aangepast financieringsmodel dat toelaat om meer in te zetten op kwaliteit, zorgintegratie, samenwerking, preventie en proactieve zorg.

Maar ook een homogene bevoegdheidsverdeling vormt een belangrijke factor om een globaal en consistent beleid rond geïntegreerde zorg en ondersteuning op Vlaams niveau uit te kunnen tekenen.

OVER DE HUIDIGE BEVOEGDHEIDSVERDELING

Het zorgsysteem kan worden opgedeeld in 5 grote pijlers (zie figuur 1): gezondheidspromotie, ziektepreventie, curatieve zorg, langetermijnzorg en palliatieve zorg.



Conceptual framework to evaluate the performance of the Belgian health system (Bron: KCE, Performance of the Belgian Health system – report 2012 synthesis)

De 2 eerste domeinen - gezondheidspromotie en ziektepreventie - zijn sinds de 2^e staatshervorming van 1980 reeds een Vlaamse bevoegdheid, waar het Vlaams beleid dan ook al goed ontwikkeld is. Vlaanderen heeft gezondheidsdoelstellingen over preventieve gezondheidszorg, een uitgewerkt en performant vaccinatiebeleid (mede dankzij de nauwe samenwerking met andere Vlaamse bevoegdheidsdomeinen zoals Onderwijs), en een goed uitgebouwd bevolkingsonderzoek (onder meer enkele kankerscreenings).

Na de zesde staatshervorming zijn ook de 2 laatste domeinen (langetermijnzorg, onder andere residentiële ouderenzorg en lange termijn revalidatie, en palliatieve zorg) grotendeels Vlaamse bevoegdheid geworden, al bestaan er nog steeds een aantal uitzonderingen. Zo is Vlaanderen bv. bevoegd voor de palliatieve thuiszorg, maar wanneer een patiënt in de thuissituatie aan zijn huisarts om euthanasie vraagt is dit federale regelgeving. Ook de financiering van de arts en thuisverpleegkundige zijn nog federale bevoegdheid. Ook de bevoegdheden inzake revalidatie zijn nog erg verdeeld, wat het moeilijk maakt om een echt Vlaams revalidatiebeleid te voeren.

De pijler ‘curatieve zorg’ is nog grotendeels federale bevoegdheid, maar ook hier zien we een opsplitsing van de bevoegdheden. Zo is Vlaanderen wel bevoegd voor de organisatie van de eerste lijn (concreet vormgegeven in eerstelijnszones met zorgraden), voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, voor infrastructuursubsidies, ... terwijl de federale overheid de financiering van de zorg in handen heeft via het RIZIV. Aangezien curatieve zorg een stap is in het globale gezondheidszorgsysteem, waarbij er een (nauwe) interactie is met (secundaire) preventie en langetermijnzorg, kan men deze pijler in een performant gezondheidssysteem moeilijk geïsoleerd houden.

De bevoegdheden over gezondheidszorg zijn na de zesde staatshervorming dus nog steeds erg versnipperd, wat het voeren van een performant gezondheidsbeleid niet ten goede komt. Bijna ieder dossier zit vertakt over verschillende beleidsniveaus, wat het nodig maakt om in overleg te gaan met de federale overheid om afspraken te maken, gegevens uit te wisselen, financiering te voorzien, samenwerkingsakkoorden te sluiten, ... Dit zorgt voor veel vertraging omdat er overleg nodig is tussen de beleidsniveaus en het niet altijd evident is om beslissingen te nemen, ondanks goede bedoelingen van iedereen. Dit alles maakt dat een sterk en efficiënt beleid voeren in Vlaanderen niet steeds evident is.

EEN TRANSFORMATIE VAN DE ZORG EN EEN INSTITUTIONELE HERVORMING GAAN HAND IN HAND

Een doorgedreven hervorming van het zorglandschap is nodig. We moeten proberen een aantal heilige huisjes voorbij te gaan en de piramide die we op dit moment hanteren, waarbij we heel veel investeren in hypergespecialiseerde zorg, omdraaien en meer investeren in preventie én basiszorg. Het lijnenverhaal, van de eerste lijn, de tweede lijn, de derde lijn en de specialisaties, moeten we verder doorbreken en proberen om

naar ketens/netwerken te gaan, naar zorgpaden waarbij iemand met een bepaalde pathologie of een bepaalde zorg- en ondersteuningsnood zijn weg kan vinden, zowel wat de zorg als het welzijnsaspect betreft.

Een homogeen bevoegdheidspakket met aangepaste financiering vormt daarin een kritische factor, om dit effectief te kunnen realiseren.

Een institutionele hervorming is nodig, maar dat mag niet louter een overdracht van bevoegdheden zijn. We moeten op basis van een langetermijnvisie streven naar een meer toekomstbestendige (organisatie van de) gezondheidszorg. De structuren zijn slechts een middel om een goede gezondheid te realiseren. De beleidsvisie moet niet alleen een antwoord formuleren op de moeilijkheden die het gevolg zijn van de huidige bevoegdheidsverdeling, ze moet eveneens de (toekomstige) noden van het zorgsysteem aanpakken.

Om onze zorg te kunnen transformeren, moeten de deelstaten zelf de bevoegdheden in de hand hebben. Dat impliceert een overdracht van de resterende federale bevoegdheden naar de deelstaten, namelijk alle uitzonderingen die nu nog in de Bijzondere Wet zijn ingeschreven op het basisprincipe dat 'persoonsgebonden aangelegenheden' zijn een gemeenschapsbevoegdheid: de organieke wetgeving en ziekenhuisfinanciering, programmatie van zorginstellingen, normering van zorgberoepen, honoraria, ...

De verdere overdracht van de resterende bevoegdheden over gezondheidszorg naar de deelstaten hoeft ook niet noodzakelijk een afbouw van de solidariteit tussen de regio's in te houden. Het is juist belangrijk om die solidariteit op Belgisch niveau te behouden, maar dan wel op een eerlijke en transparante manier. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door de inning van de verplichte sociale bijdragen en de fiscale inkomsten op federaal niveau te behouden, waarbij de verdeling van de middelen over de deelstaten gebeurt op basis van een aantal objectieve criteria (bevolking, leeftijdsverdeling...), en waarbij parameters in rekening kunnen worden genomen die de noden reflecteren. Financiële solidariteit blijft op die manier behouden, maar er is wel een transparante verdeling van de middelen. De verschillende regio's kunnen dan zelf autonoom beslissen hoe ze hun budget willen verdelen. Op deze manier is er ook een responsabilisering van de deelstaten wat uitvoering van beleid betreft. Maar in alle eerlijkheid, liever geen staatshervorming dan een onvolledige. Dan werken we liever met asymmetrische akkoorden en zetten we beter daarop in dan nog eens een onvolmaakte staatshervorming. Er zijn zoveel zaken die deelstatelijk-federaal aan elkaar gekoppeld zijn en

waarover we afspraken met de federale overheid kunnen maken om zo de zorg te versterken, en waarbij de federale overheid extra hefboomen kan geven aan de deelstaten om een beleid op maat te voeren. Dus liever afspraken maken en akkoorden sluiten met de federale overheid waarbij er voor Vlaanderen bepaalde zaken mogelijk zijn die dat niet zijn (omdat ze niet gewenst zijn) voor de andere deelstaten en uiteraard vice versa. Deze werkwijze is zeker ook niet ideaal als je een eigen Vlaams beleid wil voeren, maar draagt wel de voorkeur op nog eens een onvolledige institutionele hervorming.



SLOTWOORD

Jan Van Meirhaeghe
voorzitter VAV

Toen we begonnen met de voorbereiding van dit symposium vroegen we ons af of aan het eind van de titel een vraagteken of een uitroepteken moest komen. We kozen dan toch voor het uitroepteken. Want ...

<u>BIJZONDERE WET VAN 8 AUGUSTUS 1980 TOT HERVORMING DER INSTELLINGEN</u>
Art. 1 § 1 - De Raad en de Regering van de Vlaamse Gemeenschap ... zijn bevoegd voor de aangelegenheden bedoeld in <u>artikel 59bis</u> van de Grondwet.
Art. 5 § 1 - De <u>persoonsgebonden aangelegenheden</u> bedoeld in <u>artikel 59 bis</u> , § 2bis, van de Grondwet, zijn:
I. Wat het gezondheidsbeleid betreft:
1° het beleid betreffende de <u>zorgenverstreking</u> in en buiten de verplegingsinrichtingen, met uitzondering van: a) de organieke wetgeving; b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving; c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering; d) de basisregeling betreffende de programmaties; e) de basisregeling betreffende de financiering van de infrastructuur met inbegrip van de zware medische apparatuur; f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoor; g) de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitaire ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen. 2° De <u>gezondheidsopvoeding</u> alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de <u>preventieve gezondheidszorg</u> , met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis.

In de grondwet staat dat sedert 1980 de Franse en Vlaamse Gemeenschap in principe bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid, de persoonsgebonden materie bij uitstek. Bevoegd ja, maar met uitzondering van ... a tot en met g, en onder andere ... de ziektekosten- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) – de hefboomen voor het gezondheidsbeleid – die bleven voor het overgrote deel een bevoegdheid van de federale overheid.

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 1998-1999

3 maart 1999

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

– van de heren Johan Sauwens, John Taylor en André Denys –

betreffende het tot stand brengen van meer coherente bevoegdheidspakketten in de volgende staatshervorming

Op 3 maart 1999 heeft het Vlaams Parlement vijf resoluties over de staatsvorming aangenomen. Resolutie nummer 4 stelt dat het volledige gezondheids(zorg?)beleid naar de deelstaten moet overgeheveld worden, met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering. Die resolutie werd aangenomen met een grote meerderheid en zonder tegenstemmen. Er is dus in Vlaanderen een breed maatschappelijk draagvlak om op korte termijn naar een eigen gezondheidszorg te evolueren.

Korte termijn? We zijn een kwarteeuw verder en die resolutie is nog altijd niet gerealiseerd.

Sinds die resoluties uit 1999 heeft het VAV ongeveer om de 2 jaar symposia als dit van vandaag georganiseerd om onze argumenten voor een integrale Vlaamse gezondheidszorg te onderbouwen, aan te vullen en te actualiseren.

De voornaamste argumenten van het VAV voor een integrale Vlaamse gezondheidszorg zijn intussen genoegzaam bekend:

- het recht op het leggen van eigen klemtonen.
- De zorg wordt meer efficiënt en meer performant
- Responsabilisering zet de gemeenschappen aan tot een spaarzaam beleid.
- Wij willen uitdrukkelijk een communautarisering en geen regionalisering omdat wij de band met de Vlamingen in Brussel niet willen doorknippen.

Die argumenten werden vandaag door de verschillende sprekers opnieuw kracht bijgezet en uitgediept met cijfermateriaal en inzichten vanuit de eigen invalshoek. Ik dank hen nogmaals voor de verhelderende en constructieve bijdragen.

De grondwetspecialist Jürgen Vanpraet bekijkt hoe de homogenisering van de gezondheidszorg op het niveau van de deelstaten vorm kan gegeven worden.

Prof. De Maeseneer pleit voor een gedecentraliserde gezondheidszorg in een solidaire samenleving. Van Dr Jonas Brouwers hoorden we dat het stroomlijnen en samenbrengen van bevoegdheden, in het bijzonder voor de opleiding en het opvolgen van de kwaliteit ervan, zich meer en meer opdringt.

Voor een performant zorgbeleid horen gezondheidszorg en welzijn samen in één beleidsvoering te zitten zei de directeur van het agentschap Zorg.

En Dr Karel Vermeyen, bestuurslid VAV, komt op basis van de vergelijking Noord-Zuid tot de conclusie dat een gesplitste financiering van de gezondheidszorg mogelijkheden biedt en geen verlies van solidariteit hoeft te betekenen. Het is wel belangrijk dat solidariteit op een transparante manier georganiseerd wordt en een tijdsdefinitie heeft.

De referaten van vandaag zullen binnenkort gepubliceerd worden in ons tijdschrift "Periodiek" en kunnen vanaf dan ook geraadpleegd worden op onze webstek www.vlaamsartsenverbond.org. De ervaring van een kwarteeuw symposia leert ons dat deze verslagboeken druk bekeken worden tijdens debatten over de communautarisering van de gezondheidszorg in de federale en Vlaamse parlementen.

Die traditie van studiedagen stamt eigenlijk al uit de vorige eeuw. Toen waren dat "academische zittingen" op de statutaire vergaderingen, met uiteenlopende onderwerpen, zoals:

- De evolutie van de artsenpopulatie in Vlaanderen
- De verengelsing van het universitair onderwijs
- "Waalse zieken duurder dan Vlaamse" in 1989: een persconferentie met de eerste cijfers en analyse van wat men later de transfers is gaan noemen
- Het medisch-wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg in Vlaanderen
- de Orde der Geneesheren: voorbijgestreefd of noodzakelijk?
- Prioriteiten en organisatie van de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen
- Vlamingen te Brussel en in de Rand



Recordaantal buitenlandse artsen actief in ons land: "Goeie zaak, maar ze spreken vaak de taal niet"

Nooit eerder waren er zoveel buitenlandse artsen als nu in ons land. Het zijn er voor het eerst meer dan 10.000, schrijft Het Laatste Nieuws. Dat is een verdubbeling op 11 jaar tijd. Professor huisartsgeneeskunde Dirk Devroey heeft er een dubbel gevoel bij: "Er is een tekort, dus vanuit bevolkingsstandpunt is het goed dat buitenlandse artsen hier willen komen werken, maar het probleem is dat ze vaak de landstalen niet machtig zijn."

Nils Schillemert
ma 21 aug 09:55



Vooraf de taalbarrière tussen patiënt en arts vormt een groot probleem, stelt Devroey. "Ik heb heel wat buitenlandse collega's die zich hier gevestigd hebben en de taal ook geleerd hebben en ik ben hen daar heel dankbaar voor, maar er zijn ook mensen die dat niet doen en meer onder de radar werken. Zij kennen vaak geen Nederlands en hebben in het beste geval een beperkte kennis van het Frans of Engels. Vooral in Brussel en de Brusselse rand is het vaak problematisch."



Minister Vanderbroecke werkt aan striktere regels voor artsen: "We taal patiënt niet spreekt, kan erkenning verliezen"

Colette ma 21 aug 10:02

Enkele weken geleden kwamen taalperikelen in de medische sector nog maar eens in het nieuws. Dit keer vanuit een ietwat andere invalshoek dan we gewoon zijn.

Voor het eerst zijn er in dit ontegenwoordige land volgens recente cijfers van de OESO meer dan 10.000 buitenlandse artsen actief.

Diverse artsenverenigingen, maar ook de tandartsen en universiteiten reageerden elk vanuit hun perspectief op deze cijfers. Het kwam uitgebreid aan bod in de medische en algemene pers.

Taalvaardigheid is nodig voor een goede vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts.

Buitenlandse studenten die hier een opleiding geneeskunde willen volgen moeten een taalttest afleggen. Het is dan ook niet meer dan normaal dat hetzelfde gevraagd wordt van artsen die hier willen praktiseren. Het VAV steunt deze eis van de bonden en medische verenigingen.

Van minister Vandenbroucke noteren we naar aanleiding van dit nieuws de volgende uitspraak: “Het is een recht van de patiënt om in de eigen taal zorg toegediend te krijgen. Ik wil dat artsen de taal van de patiënt spreken en ik zal daartoe een sluitend voorstel indienen”. Het VAV zal niet nalaten hem hierop aan te spreken indien nodig.

Prof Devroey (VUB) kaartte in dit verband nog andere problemen aan. Niet alle jongeren die aan een opleiding geneeskunde willen beginnen, kunnen dat. Aan de voorzijde zetten we de poort open voor buitenlandse artsen, maar voor Vlamingen doen we de achterdeur toe. En hij wijst er ook op dat de taalbarrière tussen patiënt en arts een groot probleem vormt, vooral in Brussel en de Vlaamse rand.

Het verwondert mij dat in de commentaren maar weinigen de parallel trokken naar de taaltoestanden in de medische sector in Brussel en de rand. Door de focus te leggen op buitenlandse artsen zou men vergeten dat al sinds jaar en dag de dienstverlening aan Nederlandstalige patiënten in de Brusselse ziekenhuizen en spoeddiensten en ook in de Vlaamse rand op zijn minst gebrekkig te noemen is, en vaak eigenlijk onbestaand.



HET VAV VIERDE VORIG JAAR ZIJN HONDERDJARIG BESTAAN.

Zijn voorganger, het VGV (Vlaams Geneesherenverbond), vierde zijn halve eeuwfeest in 1972 met een academische zitting in Brussel met als onderwerp: “Taaltoestanden in de geneeskundige sektor te Brussel”. Let op de spelling van toen. Er verscheen nadien een lijvig verslagboek dat ik in het licht van de hierboven aangehaalde taalproblematiek nog eens doornam. Ik moet tot mijn grote spijt vaststellen dat in die halve eeuw niets ten goede veranderd is, wel integendeel!

Maar komen we na deze parentese terug naar het onderwerp van de dag.

Rond het tijdstip van de federale feestdag waren er de perikelen rond de hervorming van de fiscaliteit. Het werd een fiasco. De titel in de krant spreekt voor zich. “Het echte probleem is dat Franstaligen niet willen raken aan hun federale infuus”. De expert gebruikt een medische metafoor.

Vorige week vernamen we in De Tijd dat men in deze staatsstructuur de begroting niet meer op orde krijgt. **Dus de diagnose is duidelijk.** Of het nu gaat over gezondheidszorg, over hervorming van fiscaliteit, of over de begroting: in deze staatsstructuur krijgt men geen enkel belangrijk

Mark Delanote, grondlegger van fiscale hervorming: 'Het echte probleem is dat Franstaligen niet willen raken aan hun federale inhuus'



'Vlak de politieke toestemming en mandaten reagen was zij heraf welven tegen het lichte worden ghevoerd,' zegt professor Mark Delanote. — © Dieter Tolmans

Professor fiscaal recht Mark Delanote (UGent) legde de basis voor de fiscale hervorming van minister van Financiën Vincent Van Peteghem (CD&V). Maar zelfs een verwaterde versie van zijn oorspronkelijke ambitieuze plan maakte niet door de regering. Delanote is niet verbaasd. 'Ze zijn beginnen cherrypicken, dat had niet veel te maken met de oorspronkelijke principes van de hervorming.'

Tibert Blommaert, Simon Andries
Vrijdag 25 juni 2023 om 15:05



'In deze staatsstructuur krijg je de begroting niet op orde'

'Al hij al maakt de Europese economie een zachte landing', zegt econoom **Gert Peersman** nu het inflatiespoel plaatsmaakt voor de vrees voor stijgende rentes. Al kijkt hij bezorgd naar de verkiezingen. 'Voor moeilijke boodschappen is alsnog minder ruimte.'

INFLATIE

DEUTSCHE BEVOEGDEN

Dit artikel is geschreven voor de Nederlandse markt. Het is mogelijk dat de inhoud van dit artikel niet overeenstemt met de Nederlandse wetgeving en dat het niet van toepassing is op de Nederlandse markt. De auteur aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade van welke aard ook die voortvloeit uit het gebruik van de inhoud van dit artikel. Het is niet toegestaan dit artikel te kopiëren, te verspreiden of te verspreiden op andere wijze. Het is niet toegestaan de inhoud van dit artikel te verspreiden of te verspreiden op andere wijze. Het is niet toegestaan de inhoud van dit artikel te verspreiden of te verspreiden op andere wijze.



dossier nog in orde. Ook de remedie ligt voor de hand: en er is geen weg terug. Of men het nu heeft over tandpasta die niet terug in de tube geraakt of men noemt het een koekoeksei dat uit het nest moet gehaald worden ...

Wouter Beke: "Herfederalisering is alsof men de tandpasta terug in de tube wil krijgen"



Geert Verrijken
Directeur Redactie RHC

'Met de staats hervorming in 1980-'81 werden voor het eerst bevoegdheden in gezondheid en welzijn gecommunautariseerd. Daarna volgden nog verdere bevoegdheidsverdrachten. De tandpasta is dus uit de tube. Met de huidige politieke discussie over herfederalisering van bevoegdheden is het alsof men de tandpasta terug in de tube wil krijgen', aldus Vlaams minister Wouter Beke (CD&V).

27/01/20 om 11:29
Bijgewerkt om 11:31



Minister Beke en Vlaams-koegbeeld Marc Moens bij de uitreiking van de award 'Specialist van het Jaar' van Artsenkrant en het VBS.

Tandpasta terug in een tube krijgen, is een schier onmogelijke opdracht. En dus ging de uitspraak van Vlaams minister van Welzijn, Gezin, Volksgezondheid en Armoedebestrijding Wouter Beke in de context van de onderhandelingen over een nieuwe federale regering niet onopgemerkt voorbij.

De tandpasta hoeft niet terug in de tube

Joachim Coens en Wouter Beke pleiten voor een gezins- en gezondheidsbeleid dat volledig bij de deelstaten ligt.



Een baby krijgt een heving bij kind en Gezin. De Vlaamse volksgezondheid hoort bij de werkdag. © Knipje



JOACHIM COENS & WOUTER BEKE

Als in het voormalige Duitsland het gezondheidsbeleid centrale bevoegdheid is, waarom zou dit dan het antwoord zijn voor ons land? Negen ministers voor Volksgezondheid. Vier is genoeg. Eén is te weinig', zo twitterde Guy Taverne. Als het gezondheidsbeleid in België is

DE Tijd Nieuws Markten **OPEN** Netto Sabato MIJN TIJD KRANT -72,51% HELP-CENTER

Rik Van Coillie leert M&T vooruit: 'Genevse bevolking staat op termijn eindelijk voor deze zorg' | Zullen sommige banken extra tekort verlaten? | Groene implozie doet Luxemburgse regering meerderheid verliezen | Op de beleggersagenda deze week: Amerikaanse inflatie, JPMorgan en Birkbeck

Haal koekoeksei van gezondheidszorg uit federale mand

OPINIE

KOPIEREN LINK TWITTER FACEBOOK WHATSAPP LINKEDIN E-MAIL BEMERK SCHENK DIT ARTIKEL DEELDEN

WOUTER BEKE, KOEN GEENS, SERVAIS VERHERSTRAETEN
29 januari 2023 13:52

De gezondheidszorg wordt hoe langer hoe meer ouderenzorg en de regionale voorkeuren verschillen sterk. Daarom wordt die bevoegdheid beter homogeen naar de deelstaten overgedragen. Haal dat koekoeksei uit de federale mand.

Bij de zesde staats hervorming in 2010 legde CD&V naast de splitsing van Brussel-Halle-Vilvoorde en de overdracht van bevoegdheden ook de nieuwe bijzondere financieringswet (BEW) op tafel. We zetten toen vier principes voorop.

De hervorming van de financiering moest democratisch gelegitimeerd zijn. De fiscale autonomie van de deelstaten nam toe: 25 procent van de

Terwijl de financiële situatie van Vlaanderen erop vooruit is gegaan

Voor u geselecteerd

- 1 Zoute Grand Prix breekt met prestigieuze clubs uit het Zoute
- 2 Colruyt begint ongezien laadpalenoffensief
- 3 Goldman Sachs-Belg Daan Struyven: 'OFEC heeft grootste prijmacht in decennia'
- 4 Oudememmer Yvan Verougstraete: 'Ik zal niet gelukkiger worden door nog meer geld te verdienen'
- 5 Ufo's uit de Kempen gaan de wereld rond

Eén van de sprekers op het vorige VAV-symposium, Raf De Rycke, voorzitter van de Broeders van Liefde, zei vorige week het volgende: “Een verregaande defederalisering van de gezondheidszorg met verantwoorde interpersoonlijke solidariteit hebben we nodig. Dat vergt geen grondwetsherziening. Heel wat stappen kunnen gezet worden via de financieringswet uit 1980. Hij zei ook: er is unanimitéit over de richting die we uitgaan. We moeten evolueren naar meer homogene bevoegdheidspakketten.

Ook Dirk Dewolf, vaak spreker op onze symposia, en nu lid van onze raad voor advies, zei het in zijn afscheidsinterview. Een nieuwe tussenstap niet meer aan de orde. Een volledige defederalisering van de zorg staat in de sterren geschreven... .

De diagnose is duidelijk, ook de remedie is duidelijk: een chirurgische splitsing en afgesproken solidariteit met tijdslijm. Al meer dan 40 jaar staat het in de grondwet. 25 jaar geleden al heeft het Vlaamse volk zich uitgesproken voor een communautarisering van de zorg. Niet alleen het VAV, ook andere verenigingen en segmenten van de Vlaamse Beweging

MEVD Rubriek • Het magazine **Green** AI Academy

Raf De Rycke: "Defederalisering overhevelen van de ijskast naar de onderhandelingsafel"

Geert Verrijken
Directeur Redactie PHIC

"Een verregaande defederalisering van de gezondheidszorg met verantwoorde interpersoonlijke solidariteit hebben we nodig. Dat vergt geen grondwetsherziening. Heel wat stappen kunnen gezet worden via de financieringswet uit 1980." Dat zei Raf De Rycke, voorzitter van de Broeders van Liefde, vorige week op het Vava-symposium.



Raf De Rycke

Raf De Rycke stuurde zijn boodschap de wereld in via een video. Daarin voelde Daan Anytis, senior adviseur wetgeving en gezondheidsbeleid bij Voka Health hem aan de hand over het thema staats hervorming.

Zorgpers

hebben een degelijk onderbouwde argumentatie uitgewerkt. En toch is er al 25 jaar stilstand.

INTERVIEW DIRK DEWOLF

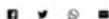
'Een defederalisering van de zorg staat in de sterren geschreven'



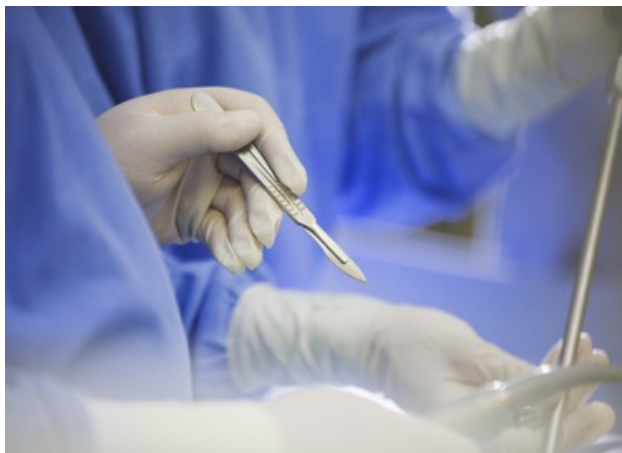
Openhartig en onthecht spreekt Dirk Dewolf, topman van Zorg en Gezondheid, over pandemieën en de toekomst. 'Een efficiënte epidemie-aanpak zal altijd gepaard gaan met inperking van persoonlijke vrijheid. Dat debat moeten we breed voeren.'

Christoph Meussen en Simon Ansries

Zaterdag 1 april 2022 om 05:00



Negen jaar lang zat Dirk Dewolf (64) in de cockpit van de macht. Als administrateur generaal van het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid zette hij mee de bakens uit in de coronacrisis en werd hij zeeconfronteerd met stevige uitdagingen in de woonzorzocentra.



WAAROM IS DIE COMMUNAUTARISERING ER DAN NOG NIET?

Ja, de Vlaamse regering zou dapperder en krachtadiger mogen zijn. En neen, van Vivaldi zal het niet komen. Zelfs al zou Vivaldi 5 seizoenen krijgen ipv 4 dan nog lukt het hen niet. Ja, er is de paradox dat de keuze uit meer partijen tot meer versnippering leidt en tot minder democratie. En neen, in 2024 kunnen de Vlaamse partijen zich geen communautaire diepvries meer permitteren.

WAAROM IS DIE COMMUNAUTARISERING ER DAN NOG NIET?

Omdat men in deze staat en in deze staatsstructuur geen enkele hervorming nog kan doorvoeren.

De Standaard [Nieuws](#) [Opinie](#) [Inspiratie](#) [Podcasts](#)

Meest recent Binnenland Politiek Buitenland Economie Cultuur Wetenschap Sp

Koen Geens: 'Federaal is bijna geen enkele ernstige hervorming nog mogelijk'



Koen Geens, doorgaans een erg diplomatisch man, deed enkele sterke uitspraken in het debat. — © Bart Dewaele

Oud-minister Koen Geens (CD&V) haalt in een debat fel uit naar de werking van de Vivaldi-regering en het uitblijven van federale hervormingen. 'Federaal kun je alleen uitgavenverhogingen beslissen.'

Matthias Verbergt [f](#) [t](#) [v](#)

Donderdag 14 juli 2022 om 12:17

Oud-minister van Justitie Koen Geens (CD&V) schetst een gitzwart beeld van de Belgische politiek en de federale regering. 'Wij kunnen federaal op dit ogenblik bijna geen enkele ernstige hervorming meer doen', zei het Kamerlid op een debat van Pro Flandria, een netwerkorganisatie van Vlaamse ondernemers en academici. 'Dat lukt niet meer.'

Op een debat van Pro Flandria, een netwerkorganisatie van Vlaamse ondernemers en academici, haalde oud-minister Koen Geens (CD&V) vorig jaar fel uit naar de werking van de Vivaldi-regering. ‘Wij kunnen federaal op dit ogenblik bijna geen enkele ernstige hervorming meer doen, dat lukt niet meer.’ ‘Federaal kun je alleen uitgavenverhogingen beslissen.’

Daar ligt het kalf dus gebonden. De Belgische staat is op! Dit land is op! Ik vroeg me dus af of we in de titel van ons symposium een vraagteken of een uitroepteken moesten plaatsen. In 2024 kunnen we de communautarisering van de gezondheidszorg krijgen, als dit land eindelijk de hervorming krijgt die nodig is. Noem het confederalisme, noem het zelfbestuur, dat is semantiek. Maar de grendels van 1970 moeten weg, en we moeten zelf de touwtjes in handen krijgen. We moeten zelf het orkest dirigeren, en het weze duidelijk, het zal een stuk van een andere componist dan Vivaldi zijn! Dank u.



RAAD VAN BESTUUR 2023-2025

REDACTIERAAD

- Dr. J. Van Meirhaeghe (Voorzitter)
- Dr. Lieve Van Ermen (Oud-voorzitter en Ondervoorzitter)
- Dr. B. Garmyn (Secretaris)
- Dr. Geert Debruyne (Penningmeester)
- Dr. Frank Goes (Hoofdredacteur Periodiek)
- Dr. J. Dockx (VAV-Cultuur)
- Prof. Dr. Eric Ponette (Lid)
- Dr. Chris. Geens (Lid)
- Dr. Karel Vermeyen (Lid)

RAAD VOOR ADVIES

- Em. Prof. Dr. Albert Baert, KUL
- Prof. Dr. Daniel Blockmans, KUL
- Prof. Dr. D. De Looze, UGent
- Dr. Dirk Dewolf, voormalig Agentschap Zorg en Gezondheid
- Prof. Dr. A. Dupont, VUB
- Dr. Piet H. Jongbloet
- Dr. Elke Sleurs
- Prof. Dr. P. Van Cauwenberge, voorzitter HoGent
- Prof. Dr. Ph. Vandekerckhove, Rode Kruis Vlaanderen
- Em. Prof. Dr. R. Van Hee, Universiteit Antwerpen

Verantwoordelijke uitgever: dr. F. Goes,
Sionkloosterlaan 7, 2930 Brasschaat

Hoofdredacteur: dr. F. Goes

De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs.

Layout: www.xpair.be

Drukkerij: www.vanderpoorten.be



**MET
DE STEUN
VAN**



Doktersgild
Van Helmont



Het Vlaams Artsenverbond is een sociaal-culturele vereniging voor en van Vlaamse artsen. Het VAV heeft geen syndicale, partijpolitieke of filosofische bindingen.

Het VAV vierde in 2022 zijn 100-jarig bestaan. Naar aanleiding van dat eeuwfeest gaven wij een boek uit ‘**100 jaar Vlaams Artsenverbond**’, met daarin onze geschiedenis, maar ook 100 jaar Vlaamse actie en de verwezenlijkingen van het VAV. Zie: vlaamsartsenverbond.org.

Het VAV pleit dus al meer dan een eeuw voor een **eigen en integrale Vlaamse gezondheidszorg**.

Om een efficiënter beleid met eigen klemtonen in de gezondheidssector mogelijk te maken, is het noodzakelijk om alle bevoegdheden over te hevelen naar de gemeenschappen. Daardoor wordt het beleid niet alleen efficiënter maar ook meer performant. Responsabilisering zet de gemeenschappen aan tot een spaarzaam beleid. Welzijnsbeleid (Vlaams) en gezondheidsbeleid (nog grotendeels federaal) moeten onder één politiek beheer samenvloeien.

Dit is vandaag nog altijd onze missie en daarom organiseren wij symposia zoals dat van 14 oktober 2023 dat we als titel meegaven “**Communautarisering van de gezondheidszorg in 2024!**”.

In dit verslagboek met de referaten van de sprekers worden niet alleen argumenten aangereikt, maar ook methoden om dit effectief in 2024 te realiseren.

