





NOTEER NU REEDS
IN UW AGENDA!

Bezoek M-Museum Leuven
19 mei 2018
Middeleeuwse beeldhouw-
kunst uit te lage Landen

Lidgeld VAV

Gewoon lid €75

Arts in opleiding of zonder praktijk €35

Artsenkoppel €90

Artsenkoppel in opleiding of zonder praktijk €45

Steunend lid €100

KBC IBAN nr.: BE22 4073 0622 5147

Secretariaat VAV: Dascottelei 78 2100 Deurne

Tel. 0468-309334 (NIEUW NUMMER)

e-post: info@vgv.be

webstek: www.vlaamsartsenverbond.org

Het secretariaat is open op

dinsdag en donderdag (9 u-17.30 u).

RAAD VAN BESTUUR 2015-2017

Voorzitter: Geert Debruyne

Ondervoorzitter: Lieve Van Ermen

Secretaris: Bart Garmyn

Penningmeester (cultuur): Jan Dockx*

Leden: Albert Baert, Chris Geens, Frank Goes (hoofdredacteur *Periodiek*), Piet Jongbloet, Eric Ponette*, Jan Van Meirhaeghe* en Robrecht Vermeulen*

*oud-voorzitter

RAAD VOOR ADVIES

prof. dr. R. Casteels, KU Leuven

prof. dr. D. De Looze, UGent

prof. dr. L. Denis, Oncologisch Centrum Antwerpen

prof. dr. A. Dupont, VUB

prof. dr. J. Peers, KU Leuven

prof. dr. P. Van Cauwenberge, voorzitter HoGent

prof. dr. Ph. Vandekerckhove, Rode Kruis Vlaanderen

prof. dr. D. Brutsaert, UAntwerpen

PERIODIEK

Redactieraad: prof. dr. A. Baert, dr. J. Dockx,

prof. dr. C. Geens, dr. P.H. Jongbloet, prof. dr. E. Ponette,

dr. R. Vermeulen, dr. J. Van Meirhaeghe, dr. B. Garmyn

Verantwoordelijke uitgever: dr. F. Goes,

Sionkloosterlaan 7, 2930 Brasschaat

Hoofdredacteur: dr. F. Goes

Redactie cultuur: dr. P.H. Jongbloet

De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder
de verantwoordelijkheid van de auteurs.

Lay-out: www.xpair.be

Drukkerij: Jules De Winter, Bisschoppenhoflaan 216,

2100 Deurne, tel. 03/232.20.22, fax. 03/225.15.84

INHOUD

Voorwoord	3
Citaten	4
VAV Symposium	5
Status praesens van de uitvoering van de zesde staatshervorming in de zorgsector	7
Hertekening van de Vlaamse eerstelijnszorg	10
Gevolgen van de 6de staatshervorming voor de arts-specialist in opleiding	11
Een duidelijkere bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid	14
Debat	17
(F)ACTUEEL	22
CULTUUR	
Boeken	25
Muziek	27
Tentoonstellingen	29
Film	31

Voorwoord

Terugblikken doet men sowieso bij de aanvang van een nieuw jaar. Ondertussen al een maand ver, dat jaar, met reeds de 73^{ste} jaargang van dit tijdschrift. Terug naar 2017 dus. En, eerlijk? Een jaar met een 'doorbraak' werd het ondanks de intensieve elektronische ledenwerving met heuse steun van een marketingbedrijf, eigenlijk niet. Welgeteld zeven nieuwe leden traden bij deze campagne toe tot het verbond. Mooi geluksgetal dat wel, maar verder betekenisloos. Het zij zo. De karavaan trekt immers toch altijd verder ook in deze betrokken, sombere en letterlijk zonloze tijden. Geen nood; 96 jaar wordt het VAV dit jaar en volgens de geplogenheden van de laatste decennia gaat ondergetekende, bij leven en welzijn, de tweede helft van zijn voorzitterschap in. En in het 99^{ste} jaar draagt hij dan het onverdroten actieve Vlaams Artsenverbond over aan een nieuwe (jonge) kracht die na zowat één jaar voorbereiding het eeuwfeestjaar vieren mag. Dat moet toch wel lukken. Ook vandaag schijnt immers (wel ergens, en letterlijk zelfs hier) de zon ...

Hoe gaan we dat die volgende drie jaren doen. Ik doe graag een poging tot vrijblijvende agendaopmaak. (1) Blijven inzetten op twee of drie goed uitgewerkte culturele activiteiten per jaar. Zo staat alvast dit jaar de lente-uitstap naar Mechelen (3.03), het bezoek aan de tentoonstelling in Mmuseum, Leuven over 'Middel-eeuwse beeldhouwkunst uit de Lage Landen' (19.05) en in het najaar het Antwerpen Barokjaar (20.10) op het programma. En het blijft wel degelijk de bedoeling voor dergelijke activiteiten ook familieleden en vrienden te laten aanspreken. (2) In dat opzicht blijft de samenwerking met het Doktersgild Van Helmont uit Brussel behouden. Meer nog, er gaat op dit moment overleg door met KARVA, de Koninklijke Artsenvereniging van Antwerpen. Het Collegium Medicum Antverpiense werd in 1620 opgericht en is zo de oudste artsenvereniging te lande. Tel maar na: dat is zo maar 3 eeuwen ouder dan ons verbond. Maar desalniettemin gaat het ook daar in alle eerlijkheid zoals bij ons. Oud van bestaan, oud van leden ... (3) "Periodiek" op papier en elektronisch, werd dankzij een zeer deskundige transformatie onder de bezieling van de hoofdredacteur en dankzij dezelfde 'marketeer' het paradepaardje van het VAV. Dat blijft gelukkig ook zo, mede gegarandeerd na de succesvolle (zware) sanering van de laatste twee jaren (de verkoop van het onroerend goed in 2016 en de wijziging van het statuut van het secretariaat vanaf de lente van 2017, nu als uitzendkracht tewerkgesteld volgens de noodwendigheden). (4) En ook de missie blijven we trouw met alvast de optie voor een volgend wetenschappelijk

symposium in oktober 2019 te Brussel. Dan zitten de verkiezingen er nog maar enkele maanden op en zal ongetwijfeld de federale regeringsformatie aan zijn zoveelste 'pre'-formateur, bemiddelaar, verduidelijker of gewoon loodgieter toe zijn. Overigens treft u vandaag in dit nummer het uitgebreid verslag, alle teksten en commentaren van het symposium over de nood aan verdere staatshervorming.

Veel leesgenot. En bedenk dat ook in 2018 altijd elk Vlaamse arts als nieuw lid welkom blijft. De geplande splitsing van de gezondheidszorg komt er hoe dan ook. Ooit. De realisatie ervan vraagt door de vele overlegkamers federaal en Vlaams, politiek en socioeconomisch, professioneel en wetenschappelijk, communautair en individueel -deze lijst is absoluut niet exhaustief- zeer veel inzet van deskundigen. Ik ben geen pessimist, maar waar is waar. Dat gaat nu welgeteld hoogstens om een (half) dozijn Vlaamse artsen met een uitermate hoog leeftijdsgemiddelde. Ervaring zat natuurlijk, maar eens eindigend. Laat ze de laatsten niet zijn.



Geert Debruyne, voorzitter



CITATEN

verzameld
door
frank goes

Wees **gelukkig** zolang je leeft
want daarna ben je voor een
hele tijd **dood**.

Schots spreekwoord

Men mislukt enkel wanneer men
ophoudt met te proberen.

Onbekend

Geluk apprecieert men enkel wan-
neer het er niet meer is.

Léopold Senghor



Wij moeten de wijzen niet imiteren
maar laat ons trachten naar
hetgeen zij zochten

*Matsuo Basho (1644-1694), wiens eigenlijke
naam Matsu Kinsaku is, wordt gezien als een
van de grootste van alle haiku-meesters.*

VAV SYMPOSIUM

23 September 2017

Vlaamse gezondheidszorg na de 6^{de} staatshervorming-Brussel

TOELICHTING THEMA VAV-SYMPOSIUM

Dr. Geert Debruyne, voorzitter VAV



Het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid is sedert het ingaan van de huidige legislatuur drukdoende met de complexe puzzel van bevoegdheidsoverdracht, vastgelegd in de 6^{de} staatshervorming, in de praktijk uit te voeren, maar werkt gelijktijdig ook aan een nieuw Vlaams beleid. Het overgangsprotocol tussen de federale en Vlaamse overheid loopt tot 31 december 2018. Wordt die deadline gehaald?

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

De peripetieën rond de contingentering bereikten onlangs een wankel eindpunt met de invoering van het toelatingsexamen voor de Franstalige gemeenschap. De kritiek is niet verstomd. Wel in tegendeel. En hoe zwaar weegt dit ingewikkelde akkoord wanneer uiteindelijk een definitief resultaat op structureel vlak pas over 20 jaar kan worden beoordeeld.

Ook de wettelijke, juridische en financiële gevolgen van de uitvoering van deze 6^{de} staatshervorming vergen aandacht, zelfs wanneer een zekere gunstige conjunctuur voor de federale regering leuk meegenomen is. Brussel rijft een groot bedrag binnen maar heeft als gewest geen enkele bevoegdheid over persoonsgebonden aangelegenheden. De Franstalige Gemeenschap is alvast tot vandaag wellicht onbestuurbaar. Vlaanderen wordt dan weer geconfronteerd met een belangrijker voortschrijdende vergrijzing, terwijl de overheveling van bevoegdheden niet door de overheveling van evenwaardige middelen wordt ondersteund.

En dan komen de volgende verkiezingen, gevolgd door nieuwe regeringsonderhandelingen er reeds over amper anderhalf jaar. Meer nog, de impact van de lokale verkiezingen in oktober 2018 moet in ons land nimmer worden genegeerd. Tijd dus voor een symposium over de Vlaams gezondheidsbeleid na de 6^{de} staatshervorming.

VAN HARTE AAN ELKEEN WELKOM

Dr. Dirk Dewolf



- is arts-hygiënist; gespecialiseerd in jeugdgezondheidszorg en arbeidsgeneeskunde, opgeleid aan de KU te Leuven en het Tropisch Instituut te Antwerpen
- hij werd arts-ziekenhuisinspecteur en beleidsmedewerker vanaf '87, later vanaf '99, Afdelingshoofd Preventieve en Sociale Gezondheidszorg in de Vlaamse administratie; ikzelf mocht hem leren kennen bij het opstarten en uitstippelen van het project 'Borstkankerscreening' gelanceerd onder min. Wivina De-meester
- hij werd vervolgens adjunct-kabinetschef Gezondheidszorg en Ouderenzorg in het Kabinet van opeenvolgend minister Vanackere en Vandeurzen van 2008 tot 2013 toen was hij ook actief politicus als schepen in zijn woonplaats Overijse
- sinds 2014 is hij, als administrateur-generaal van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zeer nauw betrokken bij de uitvoering van de 6^{de} staatshervorming
- Hij brengt ons de stand van zaken ter zake een groot jaar vóór de afsluiting van de overgangsfase van de bevoegdheidsoverdracht van federaal naar Vlaams

Status praesens van de uitvoering van de 6^{de} staatshervorming in de 'zorgsector' dr. Dirk Dewolf, administrateur-generaal, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Dr. Caroline Verlinde

- was huisarts van 2003 tot 2009 in Oudergem, Brussel na haar opleiding aan te KU Leuven
- er volgden aanvullende opleidingen o.a. in 'kwaliteit van zorg in zorgorganisaties' aan het Centrum voor ziekenhuis- en verpleegwetenschappen van dezelfde universiteit, in samenwerking met het Institute for Healthcare Improvement, Boston, USA
- tot 2014 was ze arts-coach van huisartsenpraktijken in overgangsfases in het Expertise centrum daarvoor van Domus Medica
- gelijktijdig was ze ondervoorzitter van het 'Brussels Overleg Thuiszorg' en directeur van 'Het Huis voor Gezondheid'. Samenwerkingsinitiatieven in de Nederlandstalige eerstelijnsgezondheidszorg en geïntegreerde thuiszorg binnen het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad
- sinds 2014 is zij adjunct-kabinetschef Zorg in het kabinet van min. Vandeuren. In die functie was zij coördinator van de eerstelijnsconferentie op 16 februari jl. waar, met participatie vanuit de ganse sector, de basis voor de hertekening van de Vlaamse eerstelijnszorg werd gelegd
- Daarover handelt ook haar lezing vandaag.

Hertekening van de Vlaamse eerstelijnszorg dr. Caroline Verlinde, adjunct-kabinetschef Zorg, kabinet min. J. Vandeuren



Prof. Dr. Willy Peetermans

- is arts specialist interne geneeskunde en infectioloog
- hij is deeltijds gewoon hoogleraar aan de Faculteit Geneeskunde KU Leuven en leidt het Competentiecentrum Interne Geneeskunde
- hij is hoofd van de Laboratorium voor Klinische Infectieuze en Inflammatoire Aandoeningen, binnen het Departement Microbiologie en Immunologie
- en is lid van de Faculteitsraad Geneeskunde, de Departementsraad Microbiologie en Immunologie en de Opleidingscommissie voor artsspecialisten



- in die hoedanigheid is hij deskundige omtrent planning van het medisch aanbod en de subquota per specialisme
- Over de gevolgen voor de arts-specialist handelt dan ook zijn referaat

Gevolgen voor de arts-specialist (in opleiding) prof. dr. Willy Peetermans, KU Leuven, faculteit Geneeskunde, Competentiecentrum Interne Geneeskunde KU Leuven, faculteit Geneeskunde, Competentiecentrum Interne Geneeskunde

Jurist Jeroen Van Nieuwenhove

- is licentiaat in de rechten, afgestudeerd in '91 aan de KU te Leuven, met tijdens zijn opleiding 1 jaar Erasmusprogramma aan de Georg August Universiteit te Göttingen (Duitsland)
- nu is hij wetenschappelijk medewerker aan het Instituut Constitutioneel Recht van dezelfde universiteit
- sinds 2008 is hij Staatsraad in de Raad van State; sedert 2012 bij de afdeling wetgeving
- met prof. Alen is hij co-editor van het boek "Het federale België na de 6de Staatshervorming", verschenen in 2015. Dit werk omvat 31 bijdragen die alle aspecten toelichten van deze hervorming. Van onze spreker is de bijdrage in hoofdstuk 19: 'De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg'.
- als toemaatje: de jonge jurist is onderlegd amateurfotograaf en verder lid van de 'brokkenlopers', een groepje atleten die samen trainen bij Daring Club Leuven Atletiek
- De spreker brengt ons vandaag zijn visie over de vraag: "Naar een duidelijkere bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid door een volgende staatshervorming?"



Een duidelijkere bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid door een volgende staatshervorming?" lic. jur. Jeroen Van Nieuwenhove, staatsraad Raad van State, afd. wetgeving/ wetenschappelijk medewerker KU Leuven

Status praesens van de uitvoering van de zesde staatshervorming in de zorgsector

*Vlaamse Gezondheidszorg na de zesde staatshervorming
Dr. Dirk Dewolf, administrateur-generaal, Vlaams agentschap
Zorg en Gezondheid*

HET STAATSHERVORMINGSPROCES

De zesde staatshervorming van 2014 bouwt verder op de tweede staatshervorming van 1980 en draagt belangrijke persoonsgebonden bevoegdheden over naar de deelstaten.

Het welzijnsbeleid werd reeds in 1980 voor een belangrijk deel gedefederaliseerd (Kind en Gezin, jongerenwelzijn, het beleid voor personen met een handicap, de gezinszorg...). Het gezondheidsbeleid dat onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen kwam was, vanuit budgettair en juridisch oogpunt bekeken, beperkt: het preventiebeleid, met inbegrip van de surveillance van infectieziekten en het vaccinatiebeleid, de erkenning van en het toezicht op de zorgaanbieders (ziekenhuizen, woonzorgcentra, kinderdagverblijven...), het vergunningenbeleid binnen het kader van een door de federale overheid vastgelegde programmatie, de ambulante geestelijke gezondheidszorg (de centra voor geestelijke gezondheid).

Vanaf 2014 worden belangrijke delen van de sociale zekerheid overgedragen naar de deelstaten: de kinderbijslag, de ouderenzorg en delen van de revalidatie.

In deze bijdrage beperken we ons tot de bevoegdheden die de gezondheidssector rechtstreeks raken en laten we de overheveling van het justitieel welzijnsbeleid en van de kinderbijslag buiten beschouwing.

Over welke nieuwe Vlaamse bevoegdheden op vlak van zorg en gezondheid gaat het nu precies in de zesde staatshervorming?

- De residentiële **ouderenzorg** (woonzorgcentra, centra voor kortverblijf) en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;
- De organisatie van de **eerste lijn** en bepaalde ondersteunende structuren ervan: Impulsfonds voor huisartsen, huisartsenkringen, lokale multidisciplinaire netwerken, geïntegreerde diensten thuiszorg, palliatieve samenwerkingsverbanden en hun multidisciplinaire begeleidingsequipes;
- Het afleveren van een erkenning voor **gezondheidszorgberoepen** en de bepaling van subquota;
- De infrastructuursubsidies en de erkenningsnormen voor **ziekenhuizen** en de categorale ziekenhuizen (revalidatieziekenhuizen);
- De residentiële **geestelijke gezondheidszorg** (psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen) en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg;



- Bepaalde **revalidatie**conventies en de verslavingszorg (fonds);
- **Mobiliteitshulpmiddelen** (rolstoelen en aanverwante hulpmiddelen);
- Restbevoegdheden inzake **preventie** (deel van vaccinabudget, rookstopbegeleiding, voedingsplan).

DE FASEGEWIJZE INKANTELING VAN NIEUWE BEVOEGDHEDEN

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

Deze inkantelingen gaan gepaard met transfers van personeel uit vier federale entiteiten (FOD Sociale Zekerheid, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, FOD Economie en RIZIV) naar het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid. In totaal gaat het om 110 VTE. Hierbij dient opgemerkt dat er zich een gelijkaardige beweging van overdracht van bevoegdheden en personeel van het provinciale niveau naar het Vlaams beleidsniveau afspeelt ("de interne staatshervorming") met 1 januari 2018 als tijdstip van voltrekking van dit proces.



DE VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING

De Vlaamse sociale bescherming ondersteunt mensen met een (langdurige) zorgnood en wil hen de mogelijkheid bieden om de regie van hun zorg in eigen handen te houden. De VSB maakt zorg zowel thuis als residentieel financieel toegankelijk, in zoverre de kosten een Vlaamse bevoegdheid zijn. De Vlaamse Sociale Bescherming - geënt op de Vlaamse zorgverzekering - wordt daartoe uitgebouwd als een volksverzekering.

Het merendeel van de nieuwe Vlaamse bevoegdheden wordt juridisch en financieel gekaderd binnen deze Vlaamse sociale bescherming: een verplicht verzekeringssysteem voor inwoners van het Vlaams Gewest en facultatief voor inwoners van het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad.

De originele en reeds eerder bestaande Vlaamse sokkel van de Vlaamse sociale bescherming (de Vlaamse zorgverzekering) groeit dus uit tot een Vlaams equivalent van de Belgische sociale zekerheid en neemt er delen van over, ofschoon het met een budget van om en bij de 4 miljard euro de kleine broer blijft van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Zorgkassen (mutualistische, commerciële en de Vlaamse overheid met een eigen zorgkas voor personen die zich niet wensen aan te sluiten bij een andere zorgkas dan die van de overheid) kunnen de rol van verzekeraar binnen de Vlaamse sociale bescherming opnemen.

Persoonsvolgende financiering wordt het leidend principe bij de uittekening van het beleid. Deze beleidskeuze vormt een trendbreuk: niet langer de instellingsfinanciering vormt de norm in het ondersteunen door de overheid van de zorgbehoevende, wel de zo autonoom mogelijke besteding van de middelen door de verzekerde zorgbehoevende zelf.

Daarbij wordt gekozen voor een verzekeringsmodel waarbij de betaling van een premie gekoppeld is aan rechten op financiële tegemoetkomingen en vergoedingen voor zorg, naar het model van de zorgverzekering. De huidige premie zorgverzekering wordt de premie Vlaamse sociale bescherming. Het is de bedoeling dat die premie wordt gekoppeld aan de pijlers die de verzekering stapsgewijs zal omvatten. De onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming (VSB) zijn:

- de bestaande zorgverzekering;
- de tegemoetkoming hulp aan bejaarden;
- een vraaggestuurde financiering van de residentiële ouderenzorg, de opvang in beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen,
- de revalidatie;
- leeftijdsonafhankelijke hulpmiddelen en mobiliteits-hulpmiddelen;
- financiering en inkomensrelatering m.b.t. de eigen bijdrageregeling in de thuiszorg.

Daarnaast zal ook het basisondersteuningsbudget (BOB) voor personen met een beperking een van de pijlers van de Vlaamse sociale bescherming uitmaken.

De uitvoering van VSB wordt toevertrouwd aan de zorgkassen die in Vlaanderen de functie van uniek loket kunnen op-

nemen voor alle rechten op tegemoetkoming voor zorg.
DE REORGANISATIE VAN DE EERSTE LIJN

In het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 is een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. Er is over de jaren heen een brede consensus gegroeid over de noodzaak van fundamentele hervormingen in de eerste lijn om zowel de tevredenheid van personen met een zorgnood en hun mantelzorgers als de performantie van de zorg te doen stijgen. Bovendien dient zich het historisch unieke momentum aan waarin een hervorming van de ziekenhuissector in dit land samenvalt met de uitvoering van de zesde staatshervorming en, in het bijzonder, met de verwerving van nieuwe hefboomen op het Vlaamse overheidsniveau die een betere afstemming tussen de gezondheidssector en de welzijnssector mogelijk maken.

Een toegankelijke zorgverlening veronderstelt duidelijkheid en herkenbaarheid, voor de burger maar ook voor de zorgaanbieders. Daarom herstructureren, vereenvoudigen en integreren we verschillende netwerk- en overlegstructuren in de eerste lijn. Hierdoor kan meer tijd naar zorg en ondersteuning van de actoren in de zorg en minder naar overleg gaan. Er wordt bij de reorganisatie van het eerstelijnslandschap uitgegaan van het principe dat de ondersteuning van de zorgactoren best zo decentraal mogelijk en dus zo dicht mogelijk bij de persoon met een zorgnood en zijn zorgteam wordt gepositioneerd.

Tijdens de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 werden door minister Vandeuren en dit namens de Vlaamse Regering belangrijke beslissingen aangekondigd: de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (de SEL's), de geïntegreerde diensten thuiszorg (de GDT's) en de lokale multidisciplinaire netwerken (de LMN's) zullen opgaan in nieuwe, ééngemaakte structuren: de eerstelijnszones, waarin lokale besturen met hun OCMW's, gezondheidsactoren (huisartsen, paramedici, thuisverpleegkundigen, huisapothekers,...) en welzijnsactoren (CAW, diensten maatschappelijk werk, thuiszorgdiensten en de woonzorgcentra,...) zullen vertegenwoordigd zijn. Deze nieuwe structuren zullen de spil vormen van een ontkokerd en geïntegreerd zorgbeleid op de eerste lijn. Deze eerstelijnszones zullen een populatie van 75

RATIONALISATIE VAN STRUCTUREN



000 tot 125 000 inwoners omvatten.

Op een niveau van 400 000 tot 500 000 inwoners zullen regionale zorgzones gevormd worden. Hier zullen ziekenhuisnetwerken, overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, expertisecentra dementie, palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden, 4 à 5 eerstelijnszones en preventienetwerken (de LOGO's) elkaar structureel ontmoeten en, onder meer, gevraagd worden om standpunten in te nemen over de gewenste ontwikkeling van het zorgaanbod in hun regio (d.i. de zorgstrategische planning).

Op Vlaams niveau zal een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn opgericht worden met een vertegenwoordiging van de belanghebbenden. Dat instituut zal voornamelijk tot doel hebben om expertise, methodieken, goede praktijken en data te bundelen en beschikbaar te stellen van de eerstelijnszones en de regionale zorgzones.

HOMOGENE BEVOEGDHEDEN

De zesde staatshervorming laat de homogenisering toe van een aantal bevoegdheidsdomeinen zoals de ouderenzorg

(thuiszorg en residentiële ouderenzorg onder één beleid), de ziekenhuisinfrastructuur (100 % VIPA) en het preventiebeleid (exclusieve bevoegdheid). Voor andere domeinen (ziekenhuisnormering en revalidatie bv.) is de bevoegdheidsverdeling niet homogeen en zijn de Belgische en Vlaamse overheden afhankelijker geworden van elkaar om een consistent beleid te voeren.

Er is sinds 1980 een evolutie naar het samenbrengen van persoonsgebonden bevoegdheden onder één enkele (Vlaamse) overheid: cultuur, onderwijs, welzijn, gezondheidszorg en sociaal beleid. Dat faciliteert het voeren van een geïntegreerd persoonsgericht zorgbeleid, waarin sociale, welzijns- en gezondheidsactoren elk een opdracht hebben te vervullen. Deze is beleidsmatig gesproken ook noodzakelijk, aangezien onze bevolking ouder wordt en steeds meer chronische zorgnoden heeft. Wie chronische zorgnoden heeft, wordt vroeg of laat meestal afhankelijk van gezondheidsactoren, welzijnsdiensten en sociale ondersteuning.

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



Hertekening van de Vlaamse eerstelijnszorg

Dr. Caroline Verlinde, Adjunct-kabinetschef, minister Vandeuren, Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

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

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

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

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

Buurtgerichte zorg

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

Zorgteam, zorgcoördinatie en case managementfunctie

Als de zorgsituatie complex is en de inzet van zorgaanbieders

van verschillende disciplines vereist, komt een zorgteam tot stand. De persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger maken hier integraal deel van uit.

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

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

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

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

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

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

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

Randvoorwaarden voor de hervorming zijn onder meer:

- de juiste basishouding en -competenties rond een inte-

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

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

Gevolgen van de 6^{de} staatshervorming voor de arts-specialist in opleiding

Professor dr. Willy Peetermans Voorzitter competentiecentrum Interne Geneeskunde UZ Leuven
Permanente Onderwijscommissie Master Specialistische Geneeskunde KU Leuven

De Vlaamse Gemeenschap kreeg door de 6^{de} staatshervorming bijkomende bevoegdheden op het vlak van de planning van het medisch aanbod en de erkenning van de gezondheidswerkers. Deze bevoegdheden verbreden de beleidsruimte van de Vlaamse Regering. Sommige aspecten werden reeds concreet ingevuld, andere zijn nog in ontwikkeling. De integrale bevoegdheidsoverdracht van deze persoonsgebonden materie en de overdracht van bijkomende financiële middelen is echter niet gerealiseerd.

PLANNING MEDISCH AANBOD

1. Het contingent en de subquota

Ook na de 6^{de} staatshervorming blijft de federale minister van Volksgezondheid bevoegd voor het vastleggen van het totale quotum aan artsen ('het contingent') en de verdeling ervan over Vlaanderen en de Federatie Wallonië-Brussel. Deze planning van het medisch aanbod wordt geregeld door opeenvolgende KB's. De KB's moeten gepubliceerd worden voor aanvang van de studies zodat de student weet hoe talrijk het contingent van zijn promotiejaar zal zijn. De KB's bepalen eveneens de verdeling tussen huisartsen en specialisten en beschrijven de artsen en disciplines die buiten contingent vallen. De federale minister doet beroep op de Planningscommissie Medisch Aanbod voor het vastleggen van het jaarlijks contingent. In de Werkgroep Artsen van de Planningscommissie wordt de voorbereidende analyse en estimatie gemaakt; in de plenaire vergadering van de Planningscommissie wordt gestemd over het advies aan de minister. De 6^{de} staatshervorming maakt Vlaanderen bevoegd voor de subquota. Binnen het toegekende quotum kan de Vlaamse minister van Volksgezondheid minima of maxima opleggen voor bepaalde disciplines. Dit laat toe om keuzes te maken die aansluiten bij het gewenste model van de gezondheidszorg en de zorgnood van de bevolking. Op dit ogenblik wordt deze bevoegdheid nog niet vertaald in concrete besluiten. Het bepalen van subquota is een moeilijke oefening waarvoor nog bijkomend onderzoek en overleg nodig zijn. De impact van de subquota is pas voelbaar na vele jaren als gevolg van de lange opleiding van artsen-specialisten. Tekorten in bepaalde disciplines moeten vermeden worden, net zoals forse overtallen aan sommige specialismen. Op vraag van minister Jo Vandeuren gaf de Koninklijke Academie voor Geneeskunde haar advies over het versterken van de aantrekkingskracht van de knelpuntspecialismen. Subquota is hierin slechts 1 van vele voorgestelde maatregelen. Minima zijn moeilijk afdwingbaar, maxima moeten steunen op een loyale invulling door de Vlaamse faculteiten die de attesten van aanvaarding uitreiken. De erkenningscommissies kunnen de subquota bewaken bij de goedkeuring van de ingediende stageplannen. De financiële middelen om de randvoorwaarden

bij deze beleidskeuzes te ondersteunen zijn niet mee naar de gemeenschappen overgedragen.

2. De instroombeperking

Sinds de invoering van de contingentering (promotie 2004) heeft de Vlaamse Gemeenschap een effectieve instroombeperking van studenten geneeskunde en tandheelkunde ingesteld. De toelatingsproef selecteerde de studenten die de studies mochten aanvatten. Dit liet toe op een vrij betrouwbare wijze het aantal artsdiploma's en het aantal vervolgopleidingen voor huisarts of specialist te voorspellen. In Franstalig België werden verschillende modellen van instroombeperking voorgesteld, maar een effectieve filter is nooit gerealiseerd. Dit heeft geleid tot een forse overschrijding van de jaarlijkse contingenten, zodat een correctie tijdens de lissage periode die liep tot 2018, onhaalbaar werd. Pas in september 2017 werd een toelatingsproef ingericht, met veel verzet van de studenten (met o.a. procedures bij de Raad van State), in de sociale media en de pers en een uitgesproken weerzin van de bevoegde minister. Het zal nog moeten blijken of deze toelatingsproef effectief werkt en zal blijven functioneren om het overtal over verloop van jaren en de discriminatie t.o.v. Vlaamse 18-jarigen weg te werken.

De inhoud en vorm van de Vlaamse toelatingsproef worden momenteel herbekeken. Vermoedelijk evolueren wij in 2018 naar een vergelijkend examen met een numerus fixus.

3. Het quotum 2022 en 2023

In 2016 hanteerde de Planningscommissie een nieuwe methode voor de berekening van het contingent. De basisscenario's voor 29 specialismen werden reeds eerder uitgewerkt, steunend op de reële cijfers van 2004 tot 2012. Dit basis-scenario beschrijft de evolutie van het aantal artsen en hun dichtheid in de bevolking bij ongewijzigde omstandigheden en ongewijzigd beleid.

Om het quotum voor 2022 vast te stellen werden hypothesen en projecties gemaakt door koppeling van de federale databank ('het kadaster') van de beoefenaars van gezondheidsberoepen met gegevens over RIZIV-activiteit van zorgverstrekkers en gegevens van de Kruispuntbank. Specialismen met een (verwacht) tekort of overschot werden geïdentificeerd. De grootte en samenstelling van de bevolking en de zorgconsumptie werden verrekend. Ook het aantal artsen in opleiding werd meegenomen in het mathematisch model. Voor elk specialisme afzonderlijk werd de oefening gemaakt per gemeenschap. Het nationaal quotum was de som van deze aantallen per specialisme per gemeenschap. Het eindcijfer van 1320, met 745 artsen voor de Vlaamse Gemeenschap en 575 artsen voor de Franse Gemeenschap verbrak voor het eerst de 60/40 verhouding uit alle vorige KB's. Uiteindelijk werd dit advies van de Planningscommissie nooit als KB gepubliceerd, onder druk van de Vlaamse overheid en belangenorganisaties. Voor 2022 is er dus geen contingent vastgelegd.

In het najaar 2016 en het voorjaar 2017 werkte de Planningscommissie aan de adviesaanvraag voor de quota 2023-2028. Generieke alternatieve scenario's werden geïntroduceerd waarbij de impact van verschillende variabelen op het quotum kan berekend worden. Tevens werd een methodologie gepresenteerd die rekening hield met artsen die inactief zijn bij het RIZIV. Ook de toetreding van buitenlandse artsen (die een

vervolgopleiding starten) en buitenlandse specialisten werd verrekend. De alternatieve scenario's hanteerden een aantal hypothesen zoals een filter bij de aanvang van de studies in de Franse Gemeenschap, een daling van de arbeidstijd voor zowel mannelijke als vrouwelijke artsen, een toenemend aandeel van de huisartsgeneeskunde (minstens 40%), een aanpassing in de zorgconsumptie en een nationaal geharmoniseerde maat voor 1 voltijds equivalent, gedifferentieerd per leeftijd en geslacht. Op basis van dit model en na aanpassingen voor specialismen met een (verwacht) tekort of overschot werd per specialisme en per gemeenschap het aantal bepaald. Het quotum was de som van deze individuele aantallen en bedroeg 1445 voor het globaal quotum, waarvan 607 voor de Franse Gemeenschap en 838 voor de Vlaamse Gemeenschap. Tijdens dezelfde plenaire vergadering van de Planningscommissie werd het herstel van de saldo's gestemd, waarbij de Franse Gemeenschap 17% inlevert op het jaarlijks contingent over een periode van 15 jaar en de Vlaamse Gemeenschap met 8% toeneemt. Voor toekomstige quota betekent dit 505 artsen voor de Franse Gemeenschap en 907 voor Vlaanderen.

Vervolgens gaf de Planningscommissie een positief antwoord op de vraag van de minister om stageplaatsen toe te kennen aan alle studenten met een artsdiploma in 2017 in de Franse Gemeenschap op voorwaarde dat er een effectieve instroomfilter wordt ingesteld, uiterlijk in 2018, en het reële overtal mee wordt opgenomen in het te herstellen saldo.

De minister publiceerde in juni en juli 2017 reeds 2 KB's, enerzijds om de Franstalige artsen in 2017 toegang te geven tot de vervolgopleiding; anderzijds om het quotum van 607 + 838 voor 2023 vast te leggen. Alertheid blijft geboden om te bewaken dat de toelatingsproef in het Franstalig landsdeel effectief is en blijft, dat de lissage in werking treedt en jaarlijks correct wordt uitgevoerd en dat de te herstellen saldo's gebaseerd worden op reële aantallen tot en met het jaar 2021. Ook de verdeling van het totale quotum over de beide gemeenschappen, die in de toekomst door het Rekenhof zal gebeuren, moet nauwkeurig opgevolgd worden.

DE ERKENNING VAN GEZONDHEIDSWERKERS

1. Algemene en specifieke criteria voor erkenning

De Federale overheid blijft bevoegd voor de algemene criteria voor de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen en voor de erkenning van stagemesters en stagediensten. Deze algemene criteria werden geactualiseerd en gepubliceerd in het MB van 23 april 2014 en 13 september 2016. De Hoge Raad voor Artsen-Specialisten en Huisartsen geeft hierover haar advies. Federaal blijft ook de bevoegdheid voor het vastleggen van de specifieke criteria per discipline. Deze zeer oude wetgeving (vaak uit de jaren 1970-1980) is dringend aan herziening toe. Het advies wordt voorbereid in gemengde werkgroepen van de Hoge Raad en de Nederlandstalige en Franstalige erkenningscommissies. De plenaire Hoge Raad formuleert het advies aan de minister. Vele disciplines zijn reeds klaar of ver gevorderd in hun werkzaamheden en wachten op de publicatie van het MB voor hun specialisme.

2. De erkenningscommissie

Door de 6^{de} staatshervorming is Vlaanderen bevoegd voor de erkenning van de gezondheidswerkers. Voor de erkenning van artsen-specialisten en huisartsen werden nieuwe erken-



ningscommissies ingesteld, die ressorteren onder het Agentschap Zorg-en-Gezondheid. Elke niveau 2 beroepstitel heeft een eigen erkenningscommissie. Voor niveau 3 titels kan een erkenningscommissie worden ingesteld of kan erkenning gebeuren binnen een bestaande commissie.

Het besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 legt het wettelijk kader vast. De samenstelling, opdracht en werking werden beschreven met inbegrip van een procedure bij geschillen tussen arts-specialist in opleiding en stagemeester. Een voorzitterscollege werd opgericht. De vereisten voor een geldig stageplan, het jaarlijks stagerapport en de noodzakelijke voorwaarden voor erkenning werden vastgelegd. Ook de beroepsprocedure is gewijzigd. De federale Hoge Raad wordt vervangen door de Vlaamse Adviescommissie.

Het archaïsche stageboekje werd vervangen door Medbook, een elektronisch portfolio dat zowel opvolging van de academische master in de specialistische geneeskunde als registraties en evaluaties van professionele competenties toelaat. Momenteel heeft de erkenningscommissie nog geen elektronische toegang tot Medbook en moeten de stagerapporten nog geprint en manueel ondertekend worden. Alleszins laat Medbook toe om de evolutie in de opleiding van de arts-specialist in opleiding beter te volgen, bij te sturen en te evalueren.

3. De master in de specialistische geneeskunde

Het besluit van de Vlaamse Regering stelt in artikel 14 dat het diploma van master in de specialistische geneeskunde (of in de huisartsgeneeskunde) of een ander bewijsstuk dat aantoonst dat de aanvrager van een erkenning voldoet aan de algemene erkenningscriteria in verband met de theoretische opleiding. Zo beschrijft het MB van 23 april 2014 dat de theoretische opleiding erop gericht is kennis, vaardigheden en attitudes aan te leren, die toelaten de rol van medicus, wetenschapper, communicator en manager te vervullen. Door het besluit aan de Vlaamse Regering is de valorisering van het universitair diploma van master in de specialistische geneeskunde (of huisartsgeneeskunde) gerealiseerd. Hierdoor verdwijnt er een factor van onduidelijkheid en onzekerheid bij de betrokken groep jonge artsen.

Verder staat in artikel 14 dat de erkenning gebruikt maakt van documenten die aantonen dat aan de specifieke erkenningscriteria van de discipline is voldaan. Hiervoor zal de erkenningscommissie zich baseren op de jaarlijkse stagerapporten en de verslagen van de stagemeesters.

Besluit

Door de 6^{de} staatshervorming verwierf de Vlaamse Gemeenschap bijkomende bevoegdheden op het vlak van de planning van het medisch aanbod en de erkenning van gezondheidswerkers. Een aantal bevoegdheden werden reeds concreet tot uitvoering gebracht, zoals de nieuwe erkenningscommissies bij het Agentschap Zorg-en-Gezondheid. Anderen vergen nog bijkomende voorbereiding en (politiek) overleg, zoals de subquota. Deze bijkomende bevoegdheden laten toe beleidskeuzes te maken, die aansluiten bij het gewenste model van onze gezondheidszorg en de noden van de bevolking. De financiële middelen om deze keuzes te ondersteunen en te implementeren zijn echter beperkt. Tenslotte blijft het noodzakelijk om erop toe te zien dat de gevolgen van de niet-toepassing van de contingentering door de Franse Gemeenschap correct worden weggewerkt.

Een duidelijkere bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid door een volgende staatshervorming?

Jeroen Van Nieuwenhove

Van 1980 naar 2014

De bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid dateert van 1980 en werd pas in 2014 een eerste keer bijgesteld. Dat was ook nodig, want sinds 1980 waren de inzichten inzake het gezondheidsbeleid aanzienlijk geëvolueerd. Men denke maar aan het groeiende belang van de eerstelijnsgezondheidszorg, van interdisciplinaire benadering, enzovoort. De bevoegdheidsverdeling van 1980 vertoonde bovendien aanzienlijke tekortkomingen en incoherenties. Zo was er een grote scheefhang tussen de principiële bevoegdheid van de gemeenschappen voor de zorginstellingen en hun onbevoegdheid voor de individuele beroepsbeoefenaars zelf. Bovendien was de bevoegdheidsverdeling erdoor gekenmerkt dat alle “dure” aspecten van de gezondheidszorg federaal werden gehouden, uit een soort van wantrouwen ten aanzien van de gemeenschappen om budgettair verantwoordelijk op te treden. Ten slotte werden de gemeenschapsbevoegdheden in de jaren tachtig ook vaak minder ruim geïnterpreteerd dan hun werkelijke draagwijdte; het is pas sinds de jaren negentig dat Vlaanderen de volle draagwijdte van die bevoegdheden begon te verkennen, onder meer inzake eerstelijnsgezondheidszorg en preventieve gezondheidszorg.

Is de nieuwe bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg – na de zesde staatshervorming van 2014 – een verbetering van de toestand? Het kan worden geresumeerd als *the good, the bad and the ugly*. *The good* is dat de bevoegdheden van de gemeenschappen op een aantal domeinen als eerstelijnszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen zijn verstevigd, dat de eerste stapjes worden gezet voor een bevoegdheid ten aanzien van de individuele beroepsbeoefenaars en dat een aantal door de federale overheid via de ziekteverzekering “geusurpeerde” gemeenschapsbevoegdheden inzake preventieve gezondheidszorg worden gerecupereerd (zo bv. inzake tabaks- en drugsverslaving). *The bad* is dat de onderhandelingen vaak werden aangevat met als uitgangspunt het kunnen claimen van zoveel miljoen euro aan bevoegdheidsoverdrachten en dat daardoor de aandacht werd afgeleid van een logische en efficiënte bevoegdheidsverdeling. En ja, dan is er *the ugly*: na ellenlange onderhandelingen werd soms vertwijfeld afgehamerd op onduidelijke en bedenkelijke compromissen. Zo werd de nieuwe gemeenschapsbevoegdheid inzake *long term care* revalidatie gedefinieerd aan de hand van Riziv-codes, alsof die codes voor eens en voor altijd zouden vastliggen. De gemeenschappen zijn voortaan bevoegd voor de ziekenhuisnormering, maar de federale overheid is bevoegd voor de “basissenmerken”. Wat zijn “basissenmerken”? Dat zien we later wel. Volgens de onderhandelaars is dat blijkbaar een kolfje naar de hand van de Raad van State en het Grondwettelijk Hof. Maar rechters behoren duidelijke regels van de wetgever toe te passen en niet eerst zelf te beslissen wat de draagwijdte van die regels wel zou moeten zijn.

De huidige bevoegdheidsverdeling

Wat is nu eigenlijk die nieuwe bevoegdheidsverdeling? Wie is voor wat bevoegd? Jammer genoeg valt dat niet op enkele kantjes papier uit te leggen. Daarvoor moet ik verwijzen naar het literatuuroverzicht, in het bijzonder naar mijn omstandige bijdrage over de bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid in het boek *De bevoegdheden van de gemeenschappen*. Hier volgt een zeer synthetische weergave.

Eigenlijk verknijpt de bevoegdheidsverdeling het hele gezondheidszorgproces op artificiële wijze in drie aspecten: de *instelling* waar de zorgen worden verstrekt, de *beoefenaar* die de zorgen verstrekt en de *financiering* van die zorgverstrekking.

Wat betreft de *gezondheidszorginstellingen* hebben de gemeenschappen belangrijke bevoegdheden. *Extra muros* (buiten de ziekenhuizen) zijn ze haast volledig bevoegd. Dat omvat onder meer de thuiszorg (al wordt de thuisverpleging in belangrijke mate geregeld door de federale overheid via de terugbetaalbaarheid door de ziekteverzekering), het niet-dringend ziekenvervoer en een aantal bij de zesde staatshervorming door de federale overheid “gerestitueerde” initiatieven zoals de huisartsenkringen, het impulsfonds, de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT). Eveneens sinds de zesde staatshervorming zijn de gemeenschappen bevoegd voor de rust- en verzorgingstehuizen (RVT), de initiatieven beschut wonen (IBW), de centra voor dagverzorging (CDV), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de zogenaamde categorale ziekenhuizen (geïsoleerde G- en Sp-diensten). Wat ten slotte de algemene ziekenhuizen betreft behoudt de federale overheid weliswaar nog de bevoegdheid inzake de financiering (naast de terugbetaling via de ziekteverzekering ook het overgrote deel van het ziekenhuisbudget), de basisbevoegdheid inzake programmatie (hoeveel ziekenhuizen er erkend mogen worden) en de bevoegdheid om de “basiskennmerken” van de ziekenhuisreglementering te bepalen, maar het grootste deel van de ziekenhuisreglementering is voortaan toch een gemeenschapsbevoegdheid.

Voor de *gezondheidszorgbeoefenaars* ziet de bevoegdheidsverdeling er helemaal anders uit: daar is de federale overheid voor het overgrote deel bevoegd. De erkenningsregels voor de beroepsbeoefenaars zijn volledig federaal, net als de regeling van de beroepsorden zoals de orde der artsen. Door de zesde staatshervorming zijn de gemeenschappen bevoegd geworden voor de individuele erkenningsbeslissingen en voor de erkenningsprocedure (met inbegrip van de erkenningscommissies). De voorwaarden voor de erkenning van onder meer huisartsen en artsen-specialisten zijn echter federaal gebleven, ook al is de artsenopleiding dan weer een gemeenschapsbevoegdheid (onderwijs). Ook de eigenlijke medische activiteiten worden nog steeds federaal geregeld. Men denke aan de regeling inzake orgaan- en bloeddonatie, medisch begeleide voortplanting, zwangerschapsafbreking, euthanasie en medische beslissingen over het levenseinde, medische wilsverklaringen, medische experimenten, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Een belangrijke uitzondering daarop vormen de initiatieven inzake preventieve aspecten van de medische activiteiten, waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn (onder meer melding van bepaalde besmettelijke ziekten, niet wettelijk verplichte vaccinaties, ...).

Ten slotte is er de *financiering van de gezondheidszorgen*, waarvoor de federale bevoegdheid eveneens voor het overgrote deel bevoegd is. In de eerste plaats is er de ziektever-

zekering, die een enorm bedrag vertegenwoordigt van de overheidsfinanciering inzake gezondheidszorg. Zo-even werd al aangestipt dat die ziekteverzekering in het verleden door de federale overheid af en toe (soms met instemming van de gemeenschappen) werd afgewend van haar doel om gemeenschapsbevoegdheden te betreden, voornamelijk inzake preventieve gezondheidszorg. In de tweede plaats is er het ziekenhuisbudget, dat de andere grote financieringsbron vormt inzake gezondheidszorg en dat grotendeels federaal is gebleven. Enkel de investeringskosten in gebouweninfrastructuur en zware medische apparatuur (gebundeld in het VIPA) en de resterende financiering van andere zorginstellingen dan ziekenhuizen vormen een gemeenschapsbevoegdheid, die vrij bescheiden bedragen vertegenwoordigen in vergelijking met de ziekteverzekering en het ziekenhuisbudget.

Wat brengt de toekomst?

De bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg vertoont ook na de zesde staatshervorming nog een aantal incoherenties. Het animo van de meeste Vlaamse politieke partijen voor een nieuwe staatshervorming is echter zeer beperkt. Daar komt nog bij dat de zesde staatshervorming nog steeds niet volledig is verteerd: er zijn nog verschillende hervormingen op komst in de Vlaamse Gemeenschap die rechtstreeks uit de voorbije staatshervorming voortvloeien, zoals blijkt uit de bijdrage van Dirk Dewolf. Men mag ten slotte ook niet uit het oog verliezen dat de aanpassing van de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg er pas 24 jaar na de eerste versie is gekomen. Het is niet zo vreemd dat een volgende aanpassing nog wat op zich zal laten wachten.

Maar in de veronderstelling dat de geesten rijp zouden zijn voor een nieuwe staatshervorming en dat er ook in het zuiden van het land bereidheid zou bestaan om daarover te onderhandelen, welke bevoegdheden zouden dan naar de gemeenschappen kunnen gaan?

Eerst en vooral bestaat bij de Franstaligen een grote vrees dat het federaliseren van de ziekteverzekering, zelfs gedeeltelijk, zou leiden tot een achteruitgang van het beschermingsniveau inzake gezondheidszorg in het zuiden van het land. Het is gebleken hoe moeilijk de onderhandelingen over de federalisering van de gezinsbijslagen verliepen. Wie denkt dat men bij een volgende staatshervorming gewoon hetzelfde kan doen met de ziekteverzekering, zou weleens bedrogen kunnen uitkomen. Bovendien, hoe men het ook draait of keert, zijn de gezinsbijslagen enkel in naam overgedragen aan de gemeenschappen. Door de regeling in Brussel over te laten aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, zijn de gezinsbijslagen in feite geregionaliseerd. Het zou een verscheurende keuze zijn voor de Vlaamse politieke partijen om te moeten kiezen tussen geen federalisering van de ziekteverzekering en een regionalisering ervan.

Een wellicht gemakkelijkere discussie zou kunnen plaatsvinden over de gezondheidszorgberoepen. Een overdracht aan de gemeenschappen van de erkenningsnormen zou bovendien goed aansluiten op de bestaande gemeenschapsbevoegdheid inzake de opleiding van gezondheidszorgberoepen. Ook de regeling van de beroepsorden zou aan de gemeenschappen kunnen worden overgelaten, indien er al niet eerder een splitsing zou gebeuren van die beroepsorden zoals ook al is gebeurd voor de orde van advocaten in 2001.



De overdracht van bevoegdheden inzake de regeling van de eigenlijke medische activiteiten lijkt dan weer minder realistisch en opportuun. Niet alleen is die regeling al ten dele op Europees niveau geregeld (men denke onder meer aan geneesmiddelen), maar bovendien bestaan er tussen het noorden en het zuiden van het land lang niet zoveel uiteenlopende visies meer over bio-ethische onderwerpen als vroeger het geval was.

In afwachting van een nieuwe staatshervorming is samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen belangrijker dan ooit. In de eerste plaats zijn er nog steeds talrijke interferenties tussen de bevoegdheidsniveaus die door onderlinge afspraken moeten worden opgelost. In de tweede plaats is er de ingewikkelde situatie in Brussel, waar bijvoorbeeld voor de erkenning van ziekenhuizen vier verschillende bevoegde overheden zijn: de Vlaamse Gemeenschap voor Nederlandstalige ziekenhuizen, de Franse Gemeenschapscommissie voor Franstalige privéziekenhuizen, de Franse Gemeenschap voor Franstalige universitaire ziekenhuizen en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de verplicht tweetalige OCMW-ziekenhuizen. Meer in het algemeen is de complexe situatie in Brussel een hinderpaal voor een rechtlijnige federalisering via de gemeenschappen.

Men kan enkel hopen dat bij een volgende staatshervorming, als die er komt, vooral de homogeniteit van de bevoegdheden en het voeren van een efficiënt gezondheidsbeleid voorop staan. Welke overheden voor wat bevoegd zijn mag geen absolute premisse zijn; elke bevoegdheidsoverdracht moet verantwoord kunnen worden vanuit het oogpunt van een grotere efficiëntie en, finaal, een betere gezondheidszorg voor iedereen.

Literatuuroverzicht:

- P. Degadt, "De overdracht van de bevoegdheden gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijn. Opportuniteiten voor het werkveld", in J. Velaers, J. Vanpraet, Y. Peeters en W. Vandenbruwaene (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 401-417.
- P. Hannes, "Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?", in J. Velaers, J. Vanpraet, Y. Peeters en W. Vandenbruwaene (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 367-399.
- E. Ponette, "Naar een communautarisering van de gezondheidszorg en een Vlaamse sociale zekerheid", *Periodiek* 2017/1, 13-16.
- J. Van Nieuwenhove, "De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg", in A. Alen, B. Dalle, K. Muylle, W. Pas, J. Van Nieuwenhove en W. Verrijdt (eds.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, Brugge, Die Keure, 2014, 391-412.
- J. Van Nieuwenhove, "De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap" in D. Dumont (ed.), *De impact van de zesde staatshervorming op de sociale zekerheid en de arbeidsmarkt*, BTSZ 2015, 269-311.
- J. Van Nieuwenhove, "Het gezondheidsbeleid", in B. Seutin en G. van Haegendoren (ed.), *De bevoegdheden van de gemeenschappen*, Brugge, die Keure, 2017, 203-293.

DEBAT

Patrick Van Krunkelsven vraag voor Caroline Verlinde. Hij vindt de "casemanager" waarover zij sprak een interessant model. Zijn vraag is waar je die "casemanager" plaatst in de samenwerking met de eerste lijn. Caroline Verlinde antwoordt dat een actieplan in uitvoering is. Over de implementatie is nog niet beslist. Op het terrein zijn al wel "case managers actief" meestal in een dienst voor maatschappelijk werk, in een mutualiteit of een OCMW of in een ziekenhuis (de ontslagmanager). Het is de bedoeling dat binnen het niveau van een eerstelijnszone deze "casemanager" betrokken wordt bij de pool vanaf het ogenblik dat hieraan behoefte is.

Lieve Van Ermen heeft 30 jaar gezeteld in de erkenningscommissie cardiologie -haar eigen zoon is nog steeds actief als zoon cardioloog-, aan Pr. Peetermans. Hoe zit het met de instroom van buitenlandse artsen? wat met "wetenschappelijk model" dat gehanteerd wordt om de behoeften te bepalen. Zij vergelijkt dit model met een weersvoorspelling -zij verwijst naar de "Bolkestein directie". Volgens deze Europese regelgeving kunnen artsen in het bezit van een Europees diploma op het gehele Belgisch grondgebied opereren als zij kennis hebben van één landstaal. De kennis van de Franse taal is dus voldoende om in Vlaanderen te mogen werken. Het Bologna decreet zorgt eveneens voor een uitholling van de contingentering. Er zijn volgens Dr. Van Ermen ook problemen met de uitstroom er is nog steeds geen kadaster van de geneeskundige beroepen. Er is ook migratie van Belgische artsen naar het buitenland. Waarom niet zoals in USA een Europees examen voor de erkenning om in ander land het beroep uit te oefenen? Prof. Peetermans bevestigt dat Europa de erkenning van de diploma's geregeld heeft. Buiten Europa kunnen we wel nagaan of diploma's gelijkwaardig zijn. Volgens hem is het betoog van Dr. Van Ermen in lijn met wat hij zelf naar voor heeft gebracht met name een "licence to practice". Een eventueel Europees examen zou theoretisch zijn en peilen naar de wetenschappelijke kennis over het specialisme. Dergelijk examen zegt echter niets over de directe geschiktheid om het beroep uit te oefenen. Geneeskunde is immers een voornamelijk een praktijkwetenschap. Testen in een Europese context kan het wetenschappelijk niveau stabiel houden maar mensen moeten verzorgd worden. Hiervoor is het belangrijk om kwaliteitsnormen te bepalen.

Prof. Peetermans antwoordt ook op het 1^{ste} deel van de vraag. Hoe regel je de aantallen die mogen starten. Deze "weersvoorspelling" is inderdaad een moeilijke oefening. Hier pas het nodige overleg met het veld. Het is ook de bedoeling om geen "tekort" te creëren in bepaalde disciplines. Het duurt 5 tot 10 jaar voor een eventuele correctie kan worden bijgestuurd op het terrein. Het blijft dus een delicate oefening. Er is een kadaster maar tot 2012 men zal nu werken aan kadaster tot 2015.

Wat Prof. Peetermans verbaast is de grote uitval. 20% van de artsen verrichten geen Riziv activiteiten. Dit was vroeger niet zo, er was veel minder uitval. Prof. Peetermans vindt dit dramatisch. Deze mensen werden wel opgeleid tot arts maar zijn toch een andere richting uitgegaan. Wat zijn de redenen? Waar zijn ze actief? De artsenopleiding is voor de gemeenschap een erg dure opleiding. Hoe dragen de houders van dit diploma op hun beurt bij tot de gemeenschap?

Dr Mertens is voorzitter erkenningscommissie plastische chirurgie. Dr Mertens heeft voor de plastische chirurgen Europese examens afgenomen en is dus een ervaringsdeskundige. Wat hem opviel was het hoge niveau van Turkse kandidaten. Van de 100 artsen die deelnamen aan het examen had een kwart de Turkse nationaliteit. Bedoeling is met een examen op hoog niveau de lat toch gelijk te leggen voor niet Europese kandidaten. Wat de opleiding in de Europese Unie betreft scoort ons land eer goed. Binnen de opleiding tot plastisch chirurg is er elk jaar een examen op het einde van het jaar. Alle kandidaten moeten ook een thesis schrijven. De lat ligt in ons land dus hoger dan alleen het Europese examen. Dr Mertens pleit ervoor om voor de kandidaten buiten contingeren diezelfde criteria te hanteren als voor onze kandidaten. Voor wat betreft de uitval door bureaus verwijst Dr Mertens naar de administratieve overbelasting en het gebrek aan contact met de patiënten. Er is nu ook uitval tijdens de opleiding. Dit zagen we vroeger niet.

Prof Hendrik Vuye, federaal parlementslid heeft een vraag voor Prof Peetermans in verband met de quota voor het toekennen van de RIZIV-nummers. Qua methodologie hanteert men tot 2021 de klassieke 60/40 verhouding. Vanaf 2022 wil men een nieuw systeem hanteren. Prof Vuye wil weten wie de beslissing genomen heeft om af te wijken van de 60/40 verhouding? Is dit de planningscommissie zelf?

Prof Peetermans stelt dat de klassieke 60/40 verhouding een politieke keuze was die voor de hogere rechtscolleges niet meer te motiveren was. De planningscommissie moest valideren en nuanceren. De nieuwe methodologie heeft door de opsplitsing in kleinere groepjes inderdaad een kleine verschuiving veroorzaakt (verhouding 58/42). Dit is volgens prof Peetermans een tijdelijk fenomeen. In 2023 komen we ongeveer opnieuw op zelfde aantal uit. Er moet immers een correctie worden bijgerekend voor de verwachte uitval. Door de lissage zal dit uiteindelijk een 65/35 verhouding worden. Jan Van Meirhaeghe, orthopedisch chirurg in Brugge heeft een vraag voor Dirk Dewolf. De jongste staatshervorming is beslist in 2014. De praktische uitwerking heeft geduurd tot 2019. Het ging hier slechts over een klein stuk van de bevoegdheid die van de federale staat werd doorgeschoven naar de deelstaten. Wat als er grotere delen overkomen? Gaat de implementatie dan nog langer duren of gaat dat veel sneller (Big Bang). Volgens Dirk Dewolf is dit een politiek vraagstuk. Het belang van deze staatshervorming is dat er voor de eerste keer geraakt werd aan de Belgische sociale zekerheid. Psychologisch is er voor de Franstaligen een stap gezet die voorheen taboe was. De federale sociale zekerheid was aan de andere kant van de taalgrens een heilige koe. Op dit vlak betekent deze "kleine stap" een belangrijke stap voorwaarts.

Het tempo voor een volgende stap is koffiedik kijken. Als we bepaalde peilingen moeten geloven zet het zuiden met de volgende stembusuitslag in 2019 een grote stap richting communisme. Een moeilijke regeringsvorming federaal kan een dynamiek geven die we nu onmogelijk achten. Als het tempo gezapig voortgaat zal het nog lang duren voor de sociale zekerheid volledig gesplit is. Dirk de Wolf heeft als ambtenaar echter nog nooit zo veel tegelijk zien bewegen en veranderen. De onzekerheid neemt dermate toe dat wat hem betreft alles mogelijk is. De discussie rond de ziekenhuisnetwerken, het feit dat welzijn en gezondheid steeds meer samen werken, de hervormingen op de eerste lijn: dit alles vormt een cocktail

waarvan niemand op termijn de effecten kent

Caroline Verlinde sluit hierbij aan en merkt op dat het budget van minister Vandeuren door de staatshervorming de laatste legislatuur werd verdubbeld. Dit is dus toch een toch een serieuze wijziging. Het is wel zo dat dit budget erg klein blijft tegenover het totale RIZIV-budget.

Willy Verbraeken, oud-directeur Ziekenhuis Sint Dymna te Geel: De heer Verbraeken heeft een technische vraag voor Dirk De Wolf in verband met de subsidiëring van ziekenhuisbedden. Via het forfait A1/A3 kan je sturing maken. Dit heeft sommige ziekenhuizen verplicht om naar een verbouwing te gaan. Dirk De Wolf geeft toe dat deze vraag ook beleidsmatig leeft. Waarom een onderscheid blijven maken tussen erkende en verantwoorde bedden? Kunnen we dit volhouden? De individuele vrijheid van een instelling is beperkt. Bedoeling is dat er regionale plannen worden gemaakt met inbreng van de eerste lijn en GGZ. Deze plannen moeten beschrijven wat leeft bij de bevolking. Wat heeft deze bevolking nodig als aanbod? Deze plannen moeten dan worden voorgelegd aan de administratie. Dit moet inpassen in een groter Vlaams zorg-strategisch plan. Dit omvat een veel breder kader dan wat nu begonnen is. Vragen die het beleid zich moet stellen: zijn we wel doelmatig bezig? Waar is er marge voor verbetering? Het beleid moet ook zorgen voor accurate data om na te gaan wat het meest gewenste aanbod is

Patrick Van Krunkelsven heeft volgende opmerking op de presentatie van Jeroen. Hij vindt de nieuwe wetgeving rond de staatshervorming een "draak van een wet" waarmee moeilijk te werken valt. De Franstaligen blijven het RIZIV zien als de beste verzekering voor solidariteit in dit land. Tijdens zijn uiteenzetting vroeg Jeroen zich af of je de Franstaligen een grondwettelijke garantie kan geven op solidariteit zodat ze de noodzakelijke middelen krijgen maar dat in ruil de die middelen zodanig verdeeld worden dat iedereen zijn eigen ding kan doen? Volgens Vankrunkelsven hebben de Fransstalige, dit vertrouwen niet. In vele andere landen gebeurt het echter wel.

Jeroen merkt op dat dit meer een bedenking is dan een vraag. Hij verwijst naar het precedent van de kinderbeijlagen. De budgetten zijn gewoon volgens een bepaalde verdeelsleutel verdeeld. Er is voldoende massa zodat er zekerheid bestaat voor de continuïteit van de dienstverlening. De kostprijs was het aanvaarden van een regionalisering. De bevoegdheidsverdeling in Brussel is immers zo complex waardoor je bij een communautarisering in Brussel een vorm van medisch toerisme zou krijgen. Als de terugbetaling van prestaties en geneesmiddelen verschilt kan je in Brussel kiezen van consultatie tot consultatie. Dit zorgt dus voor een verscheurde keuze. Willen we bevoegdheidsoverdracht maar dan op gewestbasis? Dit is juridisch een complexe situatie.

Andre van Melkebeek, psychiater heeft een vraag voor Dirk De Wolf. De persoonsgebonden financiering is een leidend principe in de uittekening van het huidig beleid. Volgens Dr. Van Melkebeek is dit te sterk geformuleerd. Hij vraagt een bijsturing van het principe. Hij is reeds vele jaren actief als psychiater deskundige voor het vrederecht. In dit kader wordt hij aangesproken over schrijvende dossiers. Er zijn patiënten die bijna 18 jaar zijn met een PBB. Dit is geen klein budget, het gaat soms over 10000 euro's. Moet er niet syste-



matisch worden nagegaan of enige bewind voering is aange-
wezen voor aankoop van goederen en diensten. Het principe
van het persoonsvolgend budget moet men volgens Dr Van
Melkebeek in de realiteit nuanceren en evalueren. We hebben
nu een Vlaams beleid kunnen we daar zelf iets rond doen.

Dirk De Wolf antwoordt dat het Vlaams Agentschap voor
Personen met een Handicap (VAPH) pioniert met de per-
soonsvolgende financiering. Ook de minister heeft signa-
len gegeven dat het agentschap een evaluatie moeten doen
en moet nagaan waar het mis loopt. De principes zijn ech-
ter eerbaar en verdedigbaar met name het verhogen van de
autonomie van de zorgbehoevenden. De aanbods zijde moet
zich meer klantgericht gaan gedragen en minder het princi-
pe hanteren van "One size fits all". Men moet rekening leren
houden met de individuele noden. In de praktijk bots je dan
op een aantal gevallen waarvan je vraagt is dit het nu? kan
men met dit budget omgaan? Evaluatie komt er zeker, qua
timing hangt dit af van een ander agentschap. Voor dit seg-
ment waar je a priori weet dat de zorgbehoevende niet de
competenties heeft om een cash budget te beheren is er het
alternatief systeem van de trekkingsrechten. Dit komt vol-
gens Dr De Wolf tegemoet aan de problemen die psychiater
van Melkebeek opmerkt

Caroline Verlinde voegt hieraan toe dat men ook vanuit het
beleid de intentie heeft om dit te monitoren. Hiervoor zijn
begeleidingsdiensten opgericht. Bedoeling is na te gaan of er

niet te veel geld gaat naar de omkadering in plaats van naar
echte zorg. Organisaties moeten zich in dienst stellen van
zorg en niet van luxe zorg. Een deel van het budget wordt
cash betaald, waar men de zorgbehoevende zelf kan beslis-
sen een ander deel wordt betaald in vouchers (gezinszorg). Je
krijgt als persoon dus niet het volledige budget zelf.

Prof Eric Ponette heeft een vraag voor Caroline Verlinde
met betrekking tot de Vlaamse sociale bescherming. Wat is
het doel en wat behelst dit? Caroline antwoordt dat dit een
Vlaamse laag is boven de federale sociale zekerheid. Alles
wat zorg betreft komt daar bij. Dit wil het beleid inkapselen
in een Vlaamse sociale bescherming. We willen dit persoons-
vormend maken via vouchers of cash als men recht heeft op
zorg zoals bijvoorbeeld bij een erkende handicap.

Annie Dierick is geriater. Zij heeft een vraag voor Prof Pee-
termans. Er is een tekort aan geriateren in opleiding. Zij merkt
op dat in de opleiding eerst wel interesse is voor de geriatrie
in kader van de algemene opleiding inwendige. Dit kalft ech-
ter af onder meer doordat het beroep van geriater nog altijd
financieel niet aantrekkelijk is. Kan daar iets aan gebeuren?

Prof Peetermans antwoordt dat er volgens hem wel iets in be-
weging is. In Leuven zijn er nu 4 tot 5 assistenten 3^{de} jaar die
spontaan de keuze maken voor geriatrie. Ook bij de Co-as-
sistenten hoor je veel interesse in chronische zorg en geri-
atrie. Andere voorwaarden zoals de financiële condities staan



los van de inhoud van het beroep. Hier zou men moeten realiseren dat vergelijkbaar is wat men voor de huisartsen heeft gerealiseerd. Op dit ogenblik zijn er initiatieven lopende met betrekking tot de renumratie van de verschillende specialisten in de ziekenhuizen. Er zijn zaken bezig. Dit financieel en organisatorisch kaderen is een ander probleem.

Caroline Verlinde voegt hieraan toe dat de bepaling van de honoraria een federale bevoegdheid blijft. Wat men wel kan doen vanuit het Vlaamse beleid is het bepalen van subquota. Er is al een beweging door het bepalen van maximale quota voor bepaalde specialisten. Dit veroorzaakt een indirecte beweging naar andere specialisten. Het is correct dan bepaalde randvoorwaarden eveneens moeten ingevuld worden. Ook zij maakt de vergelijking met wat voor de huisartsen gebeurt is: betere stages enthousiasme van bevroegen stagemesters, ook dit verhoogt de aantrekkingskracht voor een bepaald specialisme.

Geert Debruyne, voorzitter VAV heeft nog een vraag voor Jeroen: Hoe kan je voorkomen dat hetzelfde gebeurt als met de kinderbijslag? Wat is voor u als jurist oplossing een oplossing voor Brussel? Volgens Jeroen is het niet onmogelijk om Brussel vanuit de gemeenschappen aan te sturen. Als je via een instelling zorg verleent kan dat perfect vanuit de Vlaamse gemeenschap. Als je individuen rechtstreeks aanspreekt moet je dan gaan via de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie. Deze commissie neemt nu al initiatieven op vlak van gezondheid. Dit kan ook leiden tot chaos. Tot welke overheid moet je je als huisartsenkring in Brussel richten? Het is niet onmogelijk maar je moet dit goed uitwerken.

Conclusies

(1) De bestaande Vlaamse zorgverzekering groeit uit tot een Vlaams equivalent van de Belgische sociale zekerheid en neemt er nu reeds delen van over. Het belangrijkste accent dat de Vlaamse overheid wil leggen is dat de persoon met zorgnoden centraal staat.

De homogenisering van bevoegdheidsdomeinen, de ouderenzorg, de ziekenhuisinfrastructuur en het preventiebeleid wordt nu ingevoerd. Voor andere domeinen is er nog geen homogene bevoegdheidsverdeling. Het samenbrengen van persoonsgebonden bevoegdheden onder de Vlaamse overheid begunstigt het voeren van een geïntegreerd persoonsgericht zorgbeleid, waarin sociale, welzijns- en gezondheidsactoren elk een opdracht vervullen. Dit is beleidsmatig gesproken noodzakelijk en deze trend is internationaal. Een staatshervorming betekent dus nooit een eindpunt in deze evolutie naar een decentralisering van het zorgbeleid.

(2) De hiërarchische relatie in de gezondheidszorg heeft afgedaan. De patiënt is mondiger geworden. We spreken nu van co-beheer van de zorg. Daarnaast is er behoefte aan een geïntrigeerde benadering, met naast het somatische, ook aandacht voor geestelijke gezondheid, welzijn en preventie. Verandering in de structuren betekent versterking, afstemming, vereenvoudiging en integratie. Ter ondersteuning van de zorgaanbieders komen er eerstelijnszones; inzake palliatie, preventie en geestelijke gezondheidszorg regionale zorgzones en tot slot zal een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn opgericht worden. De hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen vergt tijd. Einddatum: 2025.

(3) Door de 6^{de} staatshervorming is de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor de planning van het medisch aanbod voor wat betreft de subquota per specialisme. De vaststelling van het totale artsencontingent is bevoegdheid gebleven van de federale overheid. De bevoegdheden in de planning van het medisch aanbod en de erkenning van specialisten zijn belangrijke hefboomen voor het gezondheidsbeleid in Vlaanderen. De financiële middelen om de keuzes te ondersteunen en te implementeren in de ziekenhuizen blijven echter nog federaal.

(4) De opsplitsing van bevoegdheden is artificieel, want in de praktijk treedt een arts niet afzonderlijk op als personeelslid van een zorginstelling, als beroepsbeoefenaar en als verstrekker van terugbetaalbare prestaties. Die aspecten lopen door elkaar, waardoor bevoegdheidsoverschrijdingen en -usurpaties haast onvermijdelijk zijn, want elke overheid wil zich laten gelden. De theoretisch optimale oplossing zou zijn dat één enkele overheid voor het gehele gezondheidszorgbeleid bevoegd zou zijn.

In tegenstelling met wat ze laten uitschijnen zijn de negen ministers, politiek verantwoordelijk voor gezondheidszorg, het eens over de kern van de zaak: de patiënt staat centraal in het beleid en de verbetering van de zorgkwaliteit is het doorslaggevende criterium. In afwachting van een volgende hervorming lijkt vooral samenwerking het sleutelwoord te zijn. Het negental voert ondertussen de 6^{de} staatshervorming uit, wetende dat de institutionele complexiteit alsmaar groter wordt en beseffende dat het financieel tot een patstelling leidt.

Voor het VAV blijft de realisatie van een autonome Vlaamse gezondheidszorg als onderdeel van een autonome Vlaamse sociale zekerheid het streefdoel. Autonome Vlaamse gezondheidszorg laat immers toe eigen klemtonen te leggen, het beleid efficiënter maken en moet elke gemeenschap responsabiliseren. De overheveling van de volledige gezondheidszorg eist dus om een toewijzing aan de Vlaamse en Franse Gemeenschap ervan.

Geert Debruyne, voorzitter

Onze hospitalisatie-verzekering geeft jou een gerust gevoel



4 Formules:
Kostendekkend (basis)
HospiPlan & AmbuPlan
Kostendekkend (comfort)
HospiPlus & AmbuPlus
Naast jouw groepsverzekering
HospiContinu
Vaste vergoeding
HospiForfait



Hoofdzetel:
Hoogstratenplein 1 - 2800 Mechelen - info@vnz.be
Kantoren & postbussen over heel Vlaanderen

Ontdek onze vele voordelen,
www.vnz.be of bel gratis 0800 179 75
Veranderen van ziekenfonds is heel eenvoudig. Wij regelen alles!



VNZ
Vlaams & Neutraal
Ziekenfonds



De Block wil ook taalvereiste invoeren voor Europeanen. Alle buitenlandse artsen moeten straks Nederlands spreken

Het Nieuwsblad 4 februari 2018

Kwaliteitsvolle zorg begint bij goede communicatie, bevestigt De Block. Maar steeds vaker komen zorgverleners uit het buitenland.

Alle buitenlandse artsen, tandartsen, kinesisten en verplegers zullen straks één van onze landstalen moeten kennen. En op langere termijn ook Nederlands moeten spreken. Dat is toch wat minister van Volksgezondheid Maggie De Block (Open VLD) zegt. Zij wordt opgejaagd door N-VA, die daarover een wetsvoorstel heeft ingediend.

Meer en meer zorgverleners komen uit het buitenland. Voor de tandartsen gaat het al om één op de vier, voor artsen en kinesisten is dat één op de vijf, schrijft onze zusterkrant *Gazet van Antwerpen* dit weekend. Maar hoewel niet-EU'ers **wél een taalttest moeten afleggen, is dat voor EU-onderdanen niet het geval. Het vrij verkeer van personen bepaalt dat zij zich in alle landen van de Europese Unie vrij mogen vestigen. Dat zorgt er wel voor dat (tand)artsen of andere zorgverleners niet altijd het Nederlands machtig zijn. "Dat kan vervelend zijn wanneer Vlamingen zich tijdens het weekend op een wachtdienst niet goed kunnen uitdrukken. Aangezien het over gezondheid gaat, kan het ook zeer ernstige gevolgen hebben, zelfs met de dood tot gevolg",** zegt N-VA-Kamerlid Yoleen Van Camp. Haar partij is al lang vragende partij om dit te regelen en heeft nu een wetsvoorstel ingediend. Volgens Van Camp treuzelt De Block, daarom heeft ze zelf de stap gezet.

Iedereen voorstander

Op het kabinet van de minister valt te horen dat ze al een hele tijd met het dossier bezig is. "De minister is zelf 25 jaar huisarts geweest en weet dus zeer goed dat een kwaliteitsvolle zorg begint bij goede communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener." Hoe dan ook is De Block van plan de wet op de gezondheidsberoepen zodanig aan te passen dat buitenlandse zorgverleners enkel een erkenning kunnen krijgen indien ze kunnen bewijzen dat ze een van de landstalen machtig zijn. "Maar dat betekent nog altijd niet dat ze Nederlands moeten kunnen. En dat



kan niet", repliceert Van Camp. Juridisch is het echter niet mogelijk om meer eisen op te leggen. Daarom probeert de minister het Nederlands via een omweg binnen te smokkelen: via de wet op de kwaliteitsvolle praktijk. Daarin wordt de verplichting opgenomen zich permanent bij te scholen én voldoende de taal te kennen van het taalgebied waar ze werken.

In elk geval is iedereen voor het invoeren van taalvereisten. "Er is geen enkele reden waarom niet EU-burgers wel de taal moeten kennen en anderen niet. Ook wij staan daar positief tegenover", zegt CD&V-Kamerlid Nathalie Muylle.

Bert Baert

Een nieuw hoofd

Eos januari 2018 pag 24-29

Zeg nooit nooit. De Italiaanse neurochirurg Sergio Canavero wil voor het eerst bij de mens een hoofdtransplantatie uitvoeren: eigenlijk is het eerder een transplantatie van een geheel lichaam zonder het hoofd. Een gelijkaardige ingreep lukte eerder bij muizen en ratten, dwz die dieren overleefden het 36 uur. Niet te verifiëren informatie zegt ook dat Canavero reeds met succes-welk succes is niet gekend-de ingreep uitvoerde bij een aap en bij knaagdieren. Hij is niet de eerste want de Amerikaanse neurochirurg Robert J White deed het hem meer dan vijftig jaar geleden voor bij een aap. Het dier bleef acht dagen in leven, weliswaar volledig verlamd want de ruggengraat was niet goed verbonden zodat het na de ingreep niet meer kon bewegen. Volgens Canavero zouden die problemen nu zijn opgelost want onafhankelijk opererende teams in Ko-



rea, China en Duitsland lukten er wel in de doorgesneden ruggengraat van proefdieren aan elkaar te hechten. De Belgische neurochirurg, Dirk De Ridder die werkt in Nieuw-Zeeland en Canavero goed kent als een knappe chirurg, ziet twee problemen; afstoting en psychologische aanpassing van de patient. Ook ethici en filosofen, o.a. Johan Braeckman (UGent) zien het risico van psychologische vervreemding; zal ons brein die confrontatie met een ander lichaam wel aankunnen?

Canavero had als eerste vrijwilliger een Rus met progressieve spieraandoening maar na zijn afhaken staat er nu een Chinese vrijwilliger klaar. Het is alom bekend dat medische ethiek in China geen prioriteit is en er wordt gevreesd dat ter dood veroordeelden daar wel eens *vrijwillige proefkonijnen* zouden kunnen zijn. Een eerste generale repetitie bij lijken van twee pas overleden personen, waarbij 80 chirurgen in totaal 18 uur werkten, ging reeds door. De volgende stap zou een operatie zijn met orgaandonors met een nog kloppend hart, die hersendood zijn.

De Ridder schat de overlevingskansen na zulk een ingreep in als minimaal. Vooral het aan elkaar laten groeien van de duizenden zenuwvezels van het ruggenmerg, na een hoofd-of-lichaam transplantatie, zou ook een onmogelijke opgave zijn.

Is het idee vermetel? Voorlopig misschien wel, maar denk eraan dat de eerste niertransplantatie in 1954 door de Amerikaan Joseph Murray en de eerste harttransplantatie door Christiaan Barnard in 1967 als ethisch onverantwoord werden bestempeld.

Frank Goes



Virtuele realiteit

www.Weekend.be 3 jan 2018

“Gaan wij ooit wonen in een virtueel huis en op virtuele banken zitten? Het lijkt onmogelijk maar dat dachten onze grootouders ook van, virtueel geld”.
Reeds enkele voorsmaakjes voor 2018;

1. De luchthaven van Dubai zal openen met een VR-aquariumtunnel die de douanecontrole vervangt. De tunnel zit vol met camera's die langs gezichtsherkenning de identiteit controleren: het aquarium gevuld met vissen trekt de aandacht en zorgt ervoor dat men in alle richtingen kijkt zodat het gelaat beter wordt gescand.

2. Albert Heijn experimenteert als eerste supermarkt met “augmented reality”. Na het laden van de AH-app kan jij niet enkel alle producten virtueel bekijken maar ook recepten, wijntips, oorsprong producten lezen op het scherm.

3. In het nieuwe restaurant Sagaya Ginza in Tokio worden, tijdens de maaltijd, animaties van de natuur op je tafel geprojecteerd: dat zou de smaakbeleving beïnvloeden.

4. Ikea heeft een app zodat je 2000 producten o.a. zetels, eettafels, rekken, reeds kan testen in je interieur. Ook bol.com heeft een gelijkaardige app zodat je meubels voor de aankoop virtueel kan testen.

Frank Goes



Diabetes weldra te genezen?

De Tijd 14 december 2017

“Farmareus Novo Nordisk investeert in Leuvens middel tegen suikerziekte”. Volgens dit bericht heeft het Leuvense Remynd een samenwerking met Novo Nordisk afgesloten zodat, steeds volgens het bericht, de Leuvenaars hiermee “potentieel goud in handen” hebben.

Wat blijkt? Remynd heeft een middel ontwikkeld dat de insulineproductie in de pancreas terug op peil zou brengen. Testen op muizen hebben dit aangetoond; maar het bericht geeft slechts schaarse informatie over deze succesvolle testen: alleen dat deze muizen gedurende 4 weken met het middel behandeld zijn, en dat hun insuline-aanmaak onder het middel verdubbelde; meer dan dit komen we niet te weten.

Gaat het op het eerste gezicht om potentieel vrij spectaculair nieuws, de medisch geschoolde lezer blijft na het bericht met vragen en beschouwingen zitten. Om te beginnen weten we niet eens of het hier om normale muizen

ging, dan wel om proefdieren met een deficiënte insulineproductie; voor het eerste zou “spectaculair” neigen naar een overschatting van de medische relevantie, maar bij het tweede mag het woord gerust gebruikt worden. We weten evenwel niet wat van toepassing is.

Het bericht gaat verder in op de enorme toename van de diabetesfrequentie van tijdens de voorbije decennia: wereldwijd een verdubbeling over de laatste dertig jaar tot meer dan 400 miljoen mensen, geeft het bericht ons mee (uit het artikel is niet helemaal duidelijk of het hier alleen om type 2 gaat, dan wel om de totale diabetespopulatie). Bij type 2 schiet de insulinesecretie evenwel niet primair tekort (in type 1 uiteraard wel), maar er is dan in het lichaam sprake van insulineresistentie waardoor de insulinevrijstelling uit de bètacellen dus secundair tekortschiet. En of het middel hier enige vat op heeft of kan hebben, kunnen we alleen maar verhopen. “Wait and see” dus. Optimisme is goed want het verhoogt de zin om verder te zoeken, en dit is erg belangrijk; maar laat ons ook voorzichtig blijven als het om hopen op een causale diabetes therapie gaat.

Dr. Willem Amery

KARVA - zaterdag 5 mei 2018 van 9 tot 13 uur

Belfius Bank – Grote Steenweg 456, 2600 Berchem

Preliminair programma:

Organisator: dr.F.Goes

Moderatoren: dr. P. Vercruysse dr. D. Scheveneels

Inleiding: dr. Frank Goes

1. Arbeidsgeneeskunde - dr. Bart Garmyn (secretaris VAV)
2. Reproductieve geneeskunde - Prof. dr. Diane De Neubourg UZA
3. Belfius: Nieuwe POZ (Pensioenovereenkomst voor zelfstandigen)
4. Klinische Biologie wat mogen wij niet missen? - Apr. Klinisch Bioloog Wencel Top Medisch Labo Medina KUL
5. Sportgeneeskunde en de huisarts - dr. Frederique Nys
6. Genetica Prof. - dr. Geert Mortier UZA
7. Geneesmiddelinteractie Wat mag en kan niet - Prof. Apr. Hans De Loof UA
8. Epidemiologie De voorspellende waarde van een positieve test: een gemiste kans prof. dr. Joost Weyler UA
9. Pijnbestrijding. Wanneer doe ik het zelf en wanneer zend ik het door? Klinische richtlijnen rond lage rugpijn en radriculaire pijn (KCE 2017) - dr. Eric Vanduyndhoven consulent pijncentrum UZA
10. Zoönosen: Welke dieren brengen welke ziekten over? - Prof diensthoofd diergeneeskunde UZ Gent



CULTUUR - BOEKEN



FRANK JOSEPH GOES

DOOR HET OOG VAN DE KUNSTENAAR.

214 p – 60 euro – Frank Joseph Goes frank@goes.be, 2017

Het stond in de sterren geschreven dat na het schitterend overzichtswerk “Het oog ontrafeld” (2014) een vervolgboek zou komen dat de kunstenaar centraal stelt. Het recept van dit boek ontwijkt de gekende valkuilen: groot formaat (15 op 32 cm) en een perfecte gedoseerde keuze van kwalitatief hoogstaande reproducties waarvan het merendeel op groot formaat en soms op twee pagina's.

Frank Goes gaat tewerk als een clinicus en verstaat de ware kunst om het technisch ingewikkeld domein van de oogziekten toegankelijk te maken voor een breed publiek. Hij vangt aan met een beknopt overzicht van de kunststromingen, de verftechnieken en de dragers. Volgens een vast patroon komt achtereenvolgens blindheid, ametropie, kleurenzichststoornissen, cataract, glaucoom, glasvocht- en netvliesandoeningen, oogontstekingen en strabisme aan bod met telkens een inleiding, een overzicht van de kunstenaars die zowel oogaandoeningen schilderen of er zelf aan lijden, de conclusie en bibliografie. Hij eindigt met neurologische en mentale aandoeningen en verkeerde conclusies gevolgd door een handig glossarium en index.

Sommige schilders zoals Degas, Monet, Gauguin, Van Gogh, Turner, Munch e.a. komen uitvoeriger aan bod.

Uit zijn indrukwekkend curriculum weerhouden we de Life Time Achievement Award van de American Academy of Ophthalmology (2009), viermaal de Gold Medal for Professional Merits en ambassadeur voor Light for the World, een ngo die ooghospitals financiert in de Democratische Republiek Congo.

“Door het oog van de kunstenaar” is een toonaangevend boek in de uitgaven die geneeskunde relateren aan kunst.



Jan Dockx



ELISABETH BLACKBURN & ELISA EPEL

JONGER WORDEN

391 p. - Kosmos, 2017

Dit boek beschrijft een nieuwe manier van denken en omgaan met een intrigerend en fascinerend biologisch fenomeen : het ouder worden. E. Blackburn ontving in 2009 de Nobelprijs voor Fysiologie of Geneeskunde voor de ontdekking van de moleculaire aard van *telomeren* : de uiteinden van chromosomen , die fungeren als beschermkapjes , en voor de ontdekking van *telomerase* , het enzym dat telomeren in stand houdt. E. Epel is hoogleraar in de psychiatrie aan Stanford University met internationale bekendheid voor haar innovatief onderzoek naar stress en veroudering. De auteurs hebben gemeenschappelijk onderzoek gedaan naar de invloed van stress op de telomeren . In zeer bevattelijke taal beschrijven zij voor een breed publiek onze huidige kennis en inzichten op gebied van telomeer biologie maar verwijzen tevens in een uitgebreide bibliografie (45 blz.) naar de wetenschappelijke tijdschriften waarin de oorspronkelijke onderzoeken werden gepubli-

ceerd. De auteurs beschrijven ook uitgebreid de mogelijkheden om cel veroudering bij de mens te vertragen. Het is een geslaagd, zeer lezenswaardig en boeiend werk vol van nieuwe en interessante informatie. In de Amerikaanse pers werd het zelfs, met een lichte overdrijving, bestempeld als “a gift to humanity”. Alleszins een mooie aanwinst voor uw boekenkast waar u het ook als naslagwerk dikwijls zal raadplegen.



A.Baert



J. NAGELKERKEN E.A.
CELSUS, DE GENEESKUNST
495 p. - Damon, 2017

Celsus (° ? – 65 n.C.) was waarschijnlijk een Romeinse arts die met De Medicina een allesomvattend compendium heeft geschreven van de medische kennis en maakt de brug tussen twee enorme verzamelingen Griekse teksten: enerzijds het Corpus Hippocraticum en anderzijds het omvangrijke werk van Galenus. Het werk omvat 8 boeken over drie onderdelen: dieetleer, farmacie en chirurgie voorafgegaan door een historisch overzicht van de ontwikkeling van de geneeskunst. Met de komst van Galenus is Celsus in de vergetelheid geraakt om rond het jaar 1000 terug herontdekt te worden. In 1476 werd De Medicina het eerste gedrukte medische boek uit de oudheid.

Het is de grote verdienste van de auteurs hiervan een zeer lezenswaardig geheel te maken en bijgevolg goed toegankelijk voor leken. Het ware weliswaar handiger om de noten onderaan elke pagina te vermelden i.p.v. achteraan.



J. Dockx



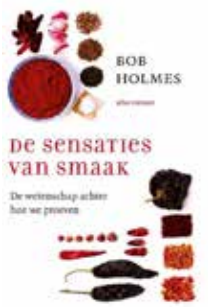
CASSELMAN E.A.
INTERNERING. INTERNERINGSWET EN ORGANISATIE VAN DE ZORG
305 p. - Die Keure, 2015
INTERNERING. HET NIEUWE BELEID IN BELGIË EEN METAMORFOSE?
140 p. - Die Keure, 2017 ★ ★ ★

Het eerste boek gaat uitvoerig in op de nieuwe wet van 5 mei 2014 die echter het resultaat was van haastig parlementair werk. De reparaties aan deze wet worden uitvoerig toegelicht. In hoofdstuk 10 wordt het advies van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde geformuleerd als resultaat van ons congres te Brussel en wordt Periodiek geciteerd waarin een verkorte versie werd opgenomen.

Het tweede boek evalueert, na zeven maanden effectieve werking, de nieuwe Interneringswet. Er zijn nog praktische onvolkomenheden treffend uitgedrukt door Prof. Casselman: de interneringstrein is goed op gang gekomen maar de eindbestemming ligt nog veraf.



J. Dockx



B. HOLMES
DE SENSATIES VAN SMAAK
316 p. - 24,99 euro, Atlas Contact, 2017

De schrijver toont op een originele wijze aan dat chemische, biologische en psychologische processen tijdens het eten aan de basis liggen van smaak.

De smaakwetenschap is te vergelijken met de analyse van een symfonie waarbij talloze elementen het geheel uitmaken.



J. Dockx



P. BLOM

DE OPSTAND VAN DE NATUUR. EEN GESCHIEDENIS VAN DE KLEINE IJSTIJD (1570 – 1700) EN HET ONTSTAAN VAN HET MODERNE EUROPA.

314 p. - 29,99 euro, De Bezige Bij, 2017

Het uitgangspunt van dit boek gaat over de invloed van de klimaatverandering op de samenleving. Tussen 1570 en 1685 was er een gemiddelde daling van twee graden Celsius. De gevolgen waren wereldwijde extreme weersomstandigheden. De auteur beperkt zijn werkterrein tot Europa omdat juist de 17^{de} eeuw de periode is van een enorme sociale, economische en intellectuele revolutie. Helder geschreven met talrijke wetenswaardigheden.



J. Dockx

CULTUUR - MUZIEK

Nagalm bij KEW cello 2017: Muzikale nalatenschap (op CD) van cellist M. Rostropovich (1927-2007) Vanwege 6 finalisten op KEW 2017 voor cello genoot *Shostakovich* met *Celloconcerto nr. 1, op. 107* bijzondere aandacht. Wat maakte hem zo boeiend? Aangrijpende informatie las ik in *Het tumult van de Tijd*, biografische roman over D. Shostakovich (*The noise of Time*, auteur J. Barnes, verwijzend naar E. Wilson). Onbehaaglijk reëel herschept de roman de zenuwslopende, waanzinnig repressieve sfeer (politiek-cultureel en sociaal) waarin Shostakovichs componeerde. Ideale schakel dus naar opzienbarende **discografische hulde (Warner Classics)** aan Shostakovichs vriend: **M. Rostropovich, Cellist of the Century**. Biografische en persoonlijke memorabilia over *première* van cello-concerto op. 107 brengt weer *Elisabeth Wilson* (ll. cello, Cons. Moskou)! In **'Everything is possible'**, animeert zij discografisch totaalbeeld van docent Rostropovich (10 jaar na zijn dood).

Mstislav (Slava) Rostropovich leerde piano bij moeder, cello bij vader (leerling Casals), speelde op z'n twaalfde *C. Saint-Saëns' Celloconcerto* en nam als getalenteerde 15-jarige de leraar taak over van overleden vader. In 1943 (16j.) werd hij student aan Moskou Conservatorium, waar docent *D. Shostakovich* hem uitvoerig prees voor prestatie met *Myaskovsky's Celloconcerto*. Drie jaar later (1946) debuteerde hij als 19-jarige bij *The Moscow Philharmonic*, begon aan drukke loopbaan als solist/uitvoerend musicus en maakte *eerste* opname van *Dvorak's Celloconcerto*! Toen reeds manifesteerde zich zijn levenslang volgehouden streven: **het muzikaal imago van de cello intensief optil-**

len en evenwaardig maken aan de populaire viool! Hoe? Met *popularisering en innovatie*! Talrijke opnamen (dd. 1948-1953) bleken daarvoor uiterst geschikt. *Rostropovich en A. Dedyukhin (piano)* volbrachten ontelbare promotiereizen naar meest afgelegen gebieden van de Sovjet-Unie! Nieuwkomers in de muziek verwendden ze met transcripties van bekende romances en van viool- of klaviermuziek.

Zijn plaats als **innovator** in de muziekgeschiedenis dankt hij vooral aan zijn rol als *inspirator voor nieuwe cellomuziek*. Na *Myaskovsky's Cellosonate* kwam enthousiaste compositorische respons. *Prokofiev schreef o.m. Synfonia concertante (voor cello)*, gevolgd in 1959 door **Shostakovich's Celloconcerto no 1 op. 107**. Opgedragen aan en uitgevoerd door **Rostropovich in Londen (1960) bracht het B. Britten zo in vervoering**, dat deze als eerste niet-Sovjet componist en 'vriend in spe' ook meerdere werken aan hem opdroeg. Als vanzelfsprekend stelde Rostropovich zijn *technische suprematie en rijke verbeeldingskracht* ten dienste van componisten én uitvoerders. Bij elke objectie of vraag nopens partituur "Te moeilijk of te virtuoos?" klonk **zijn kordate visie "Everything is possible! Don't think about the cello! I AM the cello!"** Geen wonder dat zijn muzikale persoonlijkheid toonaangevend werd!

Voor al zijn gehechtheid aan klassiek cello repertorium (Saint-Saëns, Schumann, Brahms, Dvorak, Vivaldi, Bach, Haydn, Beethoven, Schubert, Chopin, Debussy e.a.) vestigde zijn roem als briljant cellist. Zijn overweldigend meesterschap (resultaat van begaafdheid én discipline) domineerde enerzijds door stralend en virtuoos spel, maar imponeerde anderzijds adembenemend door ongehoorde

emotionele diepgang en onweerstaanbaar verlangen om de cello *eigen stem* te geven. Zuiverste menselijke ontroering toevertrouwen aan *de stem van zijn snaren!* Het fijnzinnig opgemaakt cd-aanbod (zie titel) omvat vertolking van volledig door hem uitgevoerd concert- en kamermuziek repertoire, vanaf eerste Russische (mono)opnamen tot latere (stereo)opnamen in buitenland. **Rostropovichs beeld als bevoorrechte cultuurdrager en briljante vertolker van muziek voor cello uit alle stijlperiodes, in originele versie en in transcriptie voor cello, wordt hiermee onvergankelijk klinkend VOORBEELD.** Voltooiing van P.Casals' stille droom.

Sinds zijn huwelijk (1955) met Galina Vishnevskaya, befaamde prima soprano Bolshoi Theater, was hij haar vaste klavierbegeleider en vormden zij ook muzikaal een hecht duo. Onbegrensde trouw aan beproefde vrienden (geheime huisvesting voor Solzhenitsyn, financiële hulp) en reele steun aan Shostakovich en Prokofiev, die (cfr. Barnes' roman) weigerden te componeren 'voor het volk' volgens opgelegde partij-normen, legde zware hypotheek op hun muzikleven. Toen Rostropovich in open brief aan leidende Sovjetkranten de verdediging nam van Nobelprijswinnaar Solzhenitsyn (door pers vreselijk aangevallen wegens boek over Goelag Archipel), grepen de Sovjetautoriteiten ook bij echtpaar Rostropovich in. Slava's pleidooi "*Each human being must have the right to think for himself and express his opinion without fear ...and not merely express the opinion which has been inculcated in him*" werd gezien als '*subversieve actie tegen de Sovjet Unie*'. Onmiddellijk werden alle buitenlandse tournees gestopt en gradueel alle binnenlands concertwerk verboden. Zonder werk, opteerde hij voor 2 jaar 'sabbatical' met familie. In 1974 vertrok het echtpaar naar Londen; in 1978 werd hun Sovjet burgerschap afgenomen. Wereldvermaard (maar ballingen) verbleven ze grotendeels in U.S.A., totdat in 1990 (Perestroika!) Michael Gorbachov hun Sovjet nationaliteit terug schonk. J.S.Bachs cello-muziek onderlijnde de universele dimensie van *intiem dankgebed* op Checkpoint Charly. Universeel eerbewijs bij terugkeer was ook de feestelijke aanwezigheid van *National Symphony Orchestra*, dat Slava reeds 17 jaar dirigeerde!

Dankzij Slava's briljante reputatie (solist en dirigent) in buitenlandse muziekmilieus waren vanaf 1974 concerten/opnamen reeds vergroeid met 'Westerse' projecten. Allergrootste dirigenten eerden zijn meesterschap op cello (cfr. **Prachtige opname (1976) van R.Strauss' Don Quixote, met H.von Karajan en Berliner Philharmoniker. Virtuozes, hoog-lyrische solopassages voor cello en viola.** De muziekwereld heeft hem, na terugkeer, verder op handen gedragen en alle latere realisaties met genereuze toewijding en supreme waardering gehonoreerd.

Rostropovich had vanaf studietijd (1943) hechte persoonlijke en professionele verbondenheid met **Dmitri Shostakovich (1906-1975)** opgebouwd tot aan diens dood. Hij verwierf innerlijk diep vertrouwen en hield met hem diepgaande gesprekken over muziek. Inzake interpretatie

en dynamiek oordeelde Shostakovich "*If a performer does not make piano, pianissimo, sometimes three piano (ppp), I hate this musician*". Zo kon dan ook Rostropovich na zijn **unieke opname van Cello Concerto nr.1, op.107 o.l.v. Shostakovich**, die weinig dirigeerde, eerlijk bekennen: "*I therefore feel very lucky to be the only soloist to have performed under his direction*". **Over (CD)uitvoering (1966) van Celloconcerto nr.2, op.126**, hem ook opgedragen, vertelt hij: "*In terms of virtuosity, the Second Concerto is less striking than the First, but its profundity is second to none. In the first mainly lyrical section, there is an immensely powerful climax when the cello literally tears at one's soul. The second section contains an old Odessa song and in it one can hear piercing pain with an intensity that is almost Mahlerian. The finale culminates with a stroke of genius: the cello plays with the percussion, creating an effect that seems to lead into another world. This performance took place in the presence of Shostakovich, who was on that day celebrating his 60th Birthday*".

Aandoenlijk blijft Rostropovichs **speciale verbondenheid met Dvoraks Celloconcerto**, tijdens zijn lange solocarrière 7 maal opgenomen! In 1977 dirigeerde **C.M.Giulini** *London Philharmonic Orchestra* voor Slava's **grandioze opname van Dvorak en (immer geliefde) Saint-Saëns**. *Wiener Philharmoniker o.l.v. S.Ozawa* mochten de ultieme **Dvorak-opname** en meteen Slava's afscheid, prachtig afsluiten te Wenen (*Musikverein, juni 2006*).

Hoewel regelmatig in concert gebracht, gebeurde **definitieve opname van J.S.Bachs 6 Cello Suites pas in 1991**. Zoals P.Casals benaderde ook Rostropovich Bachs muziek met huiverige schroom en verering. *Bach spelen* was een daad van *persoonlijke meditatie*, waarbij gelukkige toehoorders een glimp mochten opvangen van wat hijzelf "*the artist's solitude*" noemde. Mijn voorkeur gaat vooral naar intensiteit van langzame muziekvormen (Adagio,Largo) die meditatief, ontroerend, charismatisch klankbord mogen zijn van oneindig diepgaande en onnoemelijk transcendente muziekbeleving. Voortdurend komt mij in gedachten

"En donker zingt mijn bloed, van heimwee zwaar doorwogen. Ik zeil langs regenbogen Gods stilte tegemoet"

(*Adagio,F.Timmermans*).

Vraagt u nog waarom?

CULTUUR – Tentoonstellingen



Bezoek aan het Instituut van de Arabische Wereld te Parijs

Tijdens het laatste weekeinde van het Kerstverlof bezochten wij de opmerkelijke tentoonstelling: 'De christenen in het Midden Oosten' in het 'Instituut van de Arabische Wereld' een prestigieus gebouw opgericht door Mitterrand en gelegen naast de Seine.

Het Christendom ontstond in Jeruzalem, 2.000 jaar geleden. Het kon zich snel verspreiden over gans het Midden-Oosten, waar het zich kon handhaven, zelfs na het ontstaan van de Islam en de Arabisering in de 7^e eeuw.

Aan de hand van prachtstukken, voor het eerst in het openbaar vertoond, volgt men een pad doorheen de tijd: de eerste voorstelling van Jezus Christus uit de 2^e eeuw, een mozaïekvloer van een der eerste kerken, 600 jr na Chr. met het Lam Gods en het woord *vrede*, rechts in het Oudgrieks en links in het Arabisch. Vervolgens zien wij de – bij ons in het Westen onbekende – Oosterse Bijbels, van uit het Latijn vertaald in het Arabisch door Jezuïeten, en gedrukt in Duitsland, bedoeld om de missie van Jezus te verspreiden. Verder zien wij ook voorstellingen van Johannes de Doper met blauwe tulband als een Arabier.

Cultureel en politiek waren er enorme uitwisselingen: na verschillende concilies ontstond binnen de Oosterse Kerk een belangrijke versnippering: Maronieten, Kopten, Melkieten, Assyrische Chaldeeërs, Orthodoxe Christenen, Nestorianen, etc, etc. In sommige perioden bekleedden deze laatsten hoogstaande betrekkingen, bv., als hoofdbibliothecaris in de roemrijke bibliotheek van de Kalief van Bagdad. Daar werden beroemde werken van het Westen vertaald, o.a. van Aristoteles. Arabische Christenen werden ook uitgenodigd naar Westerse universiteiten en vorstelijke paleizen om er het Arabisch te onderrichten. Nog recent bleek de premier in het Irak van Saddam een Christen te zijn. Er zijn ook voorbeelden van beroemde Christenen in de 19^e eeuw die literair en cultureel aan de Arabische Renaissance deelnamen.

De laatste fase van de tentoonstelling geeft de huidige precaire en penibele situatie weer van de Oosterse Kerk in het Midden-Oosten, met name in het huidige Syrië en Irak: de koepel van het klooster van de Armeense Christengemeenschap, St Takla in Syrië. Nog bezocht in 2011, is het nu gebombardeerd en zijn de nonnen er gevangen genomen door Daesh. In 1996 werden in Algerije 12 priesters en broeders vermoord door moslim fanatici.

Het is belangrijk de cultuur van deze Christelijke Oosterse gemeenschappen levendig te houden.

Lieve Van Ermen



Fernand Léger (1881 - 1955)

(tot 03.06.18, Paleis voor Schone Kunsten, Brussel)

Retrospectieve tentoonstelling in samenwerking met Centre Pompidou, Metz. Zijn carrière vangt aan rond 1900 in Parijs met Cézanne als leermeester. Léger experimenteerde met contrasterende vormen en felle kleuren en ontwikkelde een eigen herkenbare beeldtaal.

Hij werkte samen met dichters, filmmakers, fotografen, choreografen en architecten en brengt een ode aan de dynamiek en het ritme van de vooruitgang.



Hollandse meesters uit de Hermitage.

(tot 27.05.18, Hermitage, Amsterdam)

Overzichtstentoonstelling van vijftig Nederlandse schilders uit de Hermitage Sint-Petersburg.



Egon Schiele

(van 03.03 tot 04.11.18, Leopoldmuseum en vanaf 19.10 Belvédère, Wenen)

In 2018 viert Wenen de honderdste sterfdag van Gustav Klimt, Otto Wagner en Koloman Moser. Maar Egon Schiele, die in 1918 op 28-jarige leeftijd overleed aan de Spaanse griep, krijgt de meeste aandacht.

Verzameld door Jan Dockx

**KBC-
Mediservice:
makkelijk en
op maat.**

U staat altijd klaar voor uw patiënten. KBC staat altijd klaar voor u.



kbc.be/mediservice

HET GEZICHT VAN CHARLOTTE RAMPLING

Il fut un temps dat cineasten meer vragen stelden dan antwoorden gaven, en aan de kijkers huiswerk meegaven: peinen of met vrienden nakaarten over de draagwijdte van de film. De Italiaan Andrea Pallaoro heeft duidelijk heimwee naar dat soort cinema. Zijn *Hannah* is een intieme karakterstudie van een eenzame en geknakte oudere vrouw, die moeizaam probeert onder ogen te zien hoe haar huwelijk, haar sociale leven en zelfs haar identiteit haar tussen de vingers glippen. Het trage tempo, de schaarsheid aan echte plot en cruciale informatie zullen dit vrouwenportret in de ogen van veel kijkers ontoegankelijk maken. Toch verdient Hannah uw aandacht, als cinema voor u niet louter ontspanning hoeft te zijn, om drie redenen.

De eerste is een chauvinistische. Hannah is met zijn saaie routines die toch gaan fascineren overduidelijk een hommage aan de Belgische film die internationaal misschien wel het meest invloed heeft gehad: *Jeanne Dielman, 23 quai du commerce, 1080 Bruxelles* (1975). De stilistische en inhoudelijke referenties naar die beroemde film van Chantal Akerman zijn talrijk. Het grijze Brussel is ook het perfecte decor voor de acute vereenzaming van Jeanne Dielman destijds en Hannah nu.

De tweede en belangrijkste reden heet Charlotte Rampling, die voor deze vertolking op het festival van Venetië werd bekroond als beste actrice. Rampling heeft naast een talenknobbel (dit is een Franstalige film, ze blijft schitte-

rende vertolkingen in Engels, Frans en Italiaans afwisselen) ook een formidabel gezicht, een gezicht dat boekdelen spreekt. We krijgen slechts mondjesmaat informatie over Hannah. We zien dat ze haar echtgenoot wegbrengt naar de gevangenis. We kunnen uit de reacties van mensen in haar omgeving, die haar mijden, opmaken dat er iets schandelijks gebeurd is. Het is ook duidelijk dat deze hyperelegante klasse vrouw niet al haar hele leven als poetsvrouw werkt. Dat we niet meer informatie nodig hebben om toch emotioneel mee te leven met haar, is helemaal aan Rampling te danken. Bij andere actrices zouden de lange opnames van haar gezicht, peinzend terwijl ze de afwas doet of bloemen kiest, flink gaan vervelen. Maar kijken naar deze koningin van het instinctieve, boeit altijd: ze heeft het unieke vermogen om te suggereren zonder te acteren of zo lijkt het toch. En de stille uitnodiging aan de kijker om zelf zijn waarheid te zoeken achter dat gekwetste gezicht, is de enige manier om zonder voice-over een verhaal te vertellen dat zich zo sterk in het gemoed van een personage afspeelt.

Dit portret van de diepste intimiteit van een eenzame vrouw thematisch sterk verwant met haar recente *45 years* is geen voer voor ongeofende of ongeduldige film liefhebbers. Maar als masterclass van een onvolprezen actrice die op haar 72ste nog steeds even onverschrokken is (welke andere ster van die leeftijd laat zich nog poedelnakten in beeld brengen?), is dit voor cinefielen een van de interessantere films van dit voorjaar.

Steven De Foer



IN HET
VOLGENDE
NUMMER VAN
PERIODIEK

POLITIEKE
ACTUALITEIT

CULTUUR
BOEKEN
FILMS
TENTOONSTELLINGEN



Johan
Fevery

ARTSEN
EN
ALCOHOL-
GEBRUIK

SAMENWERKING
MET KARVA

Koninklijke artsen
vereniging
Antwerpen



(F)ACTUEEL

MEDISCHE
ACTUALITEIT

Dubbele
promotie
Paul Van Royen

