





NOTEER NU REEDS IN UW AGENDA!

Op zaterdagmiddag 16 mei bezoeken we te Antwerpen de Handelsbeurs en het Letterenhuis, beide gelegen binnen wandelafstand.

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

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*

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. 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.

Layout: www.xpair.be

Drukkerij: Jules De Winter, Bisschoppenhoflaan 216,

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

Na 1531 nam Antwerpen de rol van Brugge als handelscentrum over. De stad telde toen meer dan 100.000 inwoners waarvan 10.000 kooplieden. Een halve eeuw was Antwerpen het brandpunt van de Europese handel waaraan abrupt een einde kwam in 1585 door het Spaanse beleg.

Het Letterenhuis herbergt het grootste letterkundig archief van Vlaanderen. De verzameling omvat ruim 2 miljoen brieven en handschriften, 150.000 foto's en 50.000 affiches.

We zullen de conservator overhalen om een voordracht te geven over Paul Van Ostayen. We ronden de namiddag af met een drank in het Letterenhuis.

Jan Dockx

INHOUD

WETENSCHAPPELIJK SYMPOSIUM

VAN HET VLAAMS ARTSENVERBOND VZW 3

TOELICHTING VAN HET DOEL

VAN HET SYMPOSIUM 4

NETWERKVORMING TUSSEN

ZIEKENHUIZEN IN BELGIË 5

GESCHIEDENIS VAN DE GENEESKUNDE 5

BRUSSEL EN DE VLAAMSE RAND (1) 5

STATUS PRAESENS VAN HET AANBOD

NEDERLANDSTALIGE GEZONDHEIDSZORG
IN BRUSSEL EN DE RAND 7

JURIDISCH INSTITUTIONEEL KADER VOOR
GEZONDHEIDSZORG IN BRUSSEL EN DE RAND:
STAND VAN ZAKEN EN TOEKOMSTPERSPECTIEF 7

MEMORANDUM VLAAMS
ARTSENVERBOND 4 APRIL 2019 8

JURIDISCH INSTITUTIONEELKADER VOOR DE
VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG IN BRUSSEL 10

DE KLINISCHE NETWERKEN IN BELGIË 16

BRUSSEL EN DE VLAAMSE RAND (2) 19

NEDERLANDSTALIGE GEZONDHEIDSZORG
IN BRUSSEL EN DE VLAAMSE RAND 28

VRAAG EN ANTWOORD,
DEBAT NA HET SYMPOSIUM 33

FORUM 36

Wetenschappelijk Symposium van het VLAAMS ARTSENVERBOND vzw

”Gezondheidszorg voor de Vlamingen”,
met bijzondere aandacht voor Brussel en de Vlaamse Rand

‘IN MEMORIAM dr. Robrecht Vermeulen’

Herman Teirlinckauditorium
KBC Groep nv Havenlaan 2,
Brussel zaterdag 12 oktober 2019

Missie van het Vlaams Artsenverbond

Het Vlaams Artsenverbond levert bijzondere inspanningen voor de toekomst van de Vlaamse artsen en de Vlaamse gezondheidszorg. Met succes. Tijd om onszelf even voor het voetlicht te brengen. En u meteen ook uit te nodigen onze vereniging te versterken.

Om een efficiënter beleid met eigen klemtonen in de gezondheidssector mogelijk te maken, is het noodzakelijk om alle bevoegdheden over te hevelen naar de gemeenschappen. Een toekomstgerichte, integrale en autonome Vlaamse gezondheidszorg heeft natuurlijk ook oog voor de Nederlandstaligen in Brussel, de integratie van migranten en de samenwerking met andere volkeren binnen de EU en met ontwikkelingslanden.

Dat Vlaamse studenten een geneeskundige opleiding kunnen volgen in het Nederlands, zou een evidentie moeten zijn. Dat is het niet. Een opleiding in de moedertaal zorgt voor een genuanceerde kennisoverdracht, heeft oog voor de sociaal zwakkeren en zorgt voor het behoud van het Nederlands als wetenschappelijke taal. Dat Vlaamse patiënten bij de huisdokter, op de spoeddienst of in het ziekenhuis geholpen worden in het Nederlands, is in Brussel en Vlaams-Brabant evenmin vanzelfsprekend – mooie initiatieven als de huisartsenwachtpost en het Huis voor Gezondheid ten spijt. Ook dat moet veranderen.

De rechten van de patiënt om in hun taal bediend te worden, staat onder druk door de instroom van artsen uit andere EU-landen die het Nederlands niet machtig zijn. Tel dat op bij de contingentering en het is duidelijk dat de behartiging van de belangen en de standpunten van Vlaamse artsen in nationale en internationale organisaties broodnodig is.

Het VAV houdt de vinger aan de pols en bestudeert en bediscussieert intensief medico-sociale problemen. Op die manier vergroten we onze kennis en verrijken we onze standpunten. Zowat elke twee jaar organiseren we een symposium rond thema's als 'Welke geneeskunde willen we in Vlaanderen?', 'Gezonde gezondheidszorg in een gezonde economie', 'Naar een blauwdruk voor een Vlaamse gezondheidszorg', 'Armoede en gezondheidszorg in Vlaanderen', 'Nieuwe rol voor zorgverzekeraars/ziekenfondsen', 'Digitale medische communicatie', 'Vlaams gezondheidsbeleid na de 6^{de} staatshervorming' en vandaag, ”Gezondheidszorg voor de Vlamingen”, met bijzondere aandacht voor Brussel en de Vlaamse Rand. Viermaal per jaar verschijnt ons ledenblad *Periodiek* (in print en online).

Om onze stem te laten horen, verspreiden we persberichten en houden we nauw contact met beleidsmakers op alle niveaus in de gezondheidssector. In de loop der jaren hebben we zo een uitgebreid netwerk uitgebouwd. VAV-leden worden geregeld uitgenodigd naar culturele manifestaties, meteen ook interessante en vriendschappelijke netwerkmomenten.

Toelichting van het doel van het symposium

Oud-voorzitter en actief bestuurslid, Dr. Robrecht Vermeulen overleed iets meer dan één jaar geleden. Zoals steeds stipt aanwezig, was hij er ook op de bestuursvergadering van 2 juni 2019, nauwelijks vier maanden eerder. Daar werd de kiem gelegd van dit VAV-Symposium. Het eerste idee was “Gezondheidszorg voor de Vlamingen”, een soort verlenging op het symposium van 2017, over “Vlaamse gezondheidszorg na de 6^{de} staats hervorming”. Robrecht bracht evenwel een extra thematische focus aan door op een nog actueler en dreigend probleem in zijn geliefde Brussel en de Vlaamse Rand te wijzen. De aanvullende subtitel vandaag werd dan ook “, met bijzondere aandacht voor Brussel en de Rand”. Zijn belofte, zonder moment van twijfel nakomend, bracht hij in de weken nadien zelf twee van de sprekers aan.

Uit dank en grote erkentelijkheid gaat daarom dit VAV-Symposium door onder zijn naam: **‘IN MEMORIAM Dr. Robrecht Vermeulen’**. We verwelkomen vandaag van harte als eregasten, mevrouw Vermeulen en zoon Frederik.

Drukkingsgroepen moeten in deze tijden van regeringsvorming dubbel alert blijven, daar de beleidsopties voor in principe voor de volgende vijf jaar worden vastgelegd. Komt er nogmaals een periode van bevriezing van alle communautaire thema's? Reeds op 4 april 2019 publiceerde het Vlaams Artsenverbond een politiek Memorandum:

“Naar een communautarisering van de gezondheidszorg en een Vlaamse sociale zekerheid”.

Een ruime meerderheid van Vlaamse artsen gaat voor een solidaire opsplitsing van de bevoegdheden voor Volksgezondheid. Dat is uitgerekend ook de unieke missie van het Vlaams Artsenverbond: deelstaten autonome verantwoordelijkheid geven voor het volledige gezondheidszorgbeleid.

Ondertussen wordt werk gemaakt van de efficiëntie van het gezondheidsbeleid federaal. Maar gebeurt dat aan beide kanten van de taalgrens? De eerste spreker brengt een stand van zaken rond de invoering van de ziekenhuisnetwerkvorming.

De demografische evolutie in Brussel en de Vlaamse Rand met de gevolgen voor de volksgezondheid baart steeds meer zorgen. Deze voormiddag brengt lezingen van een Brussels econoom en een Brusselse Vlaamse huisarts.

De eerste plaatst kanttekeningen bij het ‘regionaliseren’ van de gezondheidszorg, gewestelijke beleidsbevoegdheid, gecombineerd met een financiering door federale belastingen. De arts brengt de status praesens van het zorgaanbod voor Nederlandstaligen in Brussel en de Rand. Afsluiten doet, zoals twee jaar terug, de jurist. Wat kan een toekomstperspectief zijn binnen het juridisch institutioneel kader voor gezondheidszorg in Brussel en de Rand.

Er volgt wellicht een pittig debat, want om maar één gegeven te benoemen. Er bestaat een Europese richtlijn, die toelaat dat artsen uit andere EU-landen slechts één taal kennen om in België praktijk uit te oefenen ... Totaal onaangepast aan de Belgische situatie. En tot slot: ondanks demografische veranderingen in het hoofdstedelijk gewest en bij uitbreiding Vlaams-Brabant de laatste decennia, moeten de eisen van de Vlamingen er toch onverkort blijven gelden?

Tijd voor een nieuw symposium over het Vlaams gezondheidsbeleid.

Van harte welkom elkeen.



Geert Debruyne, voorzitter



Netwerkvorming tussen ziekenhuizen in België

In 2016 werd zowel door de Vlaamse overheid, in het kader van zorgstrategie in Vlaanderen, als door de Federale overheid, aangekondigd dat de stap naar netwerkvorming tussen de ziekenhuizen wordt geïnitieerd. In de afgelopen drie jaar zijn op de verschillende beleidsniveau's vervolgstappen gezet om de vorming van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken mogelijk te maken. Een eerste noodzakelijk sluitstuk hiervoor is de goedkeuring van de federale wet in het parlement op 14 februari 2019. Deze wet tekent het juridisch kader waarbinnen de netwerkvorming mogelijk moet zijn.

Ondertussen zijn er vooral in Vlaanderen tussen de ziekenhuizen belangrijke inspanningen geleverd om de effectieve erkenning van de netwerken op 01/01/2020 mogelijk te maken. Bottom-up zijn er samenwerkingsinitiatieven ontwikkeld in een regionale structuur die nu op weg zijn naar een meer formele en juridisch verankerde manier. Momenteel zijn deze samenwerkingsinitiatieven volop bezig met het uittekenen van juridische structuren (zoals bv. vzw's) en daarbij behorende governance structuren.

Ondertussen wordt er in Vlaanderen ook op initiatief van de Vlaamse overheid gewerkt aan het opstellen van Zorgstrategische plannen die de basis zullen vormen van de meer zorginhoudelijke benadering van de netwerken. Het project, onder begeleiding van een consortium bestaande uit LIGB-Deloitte-Omnicare, wordt nu progressief uitgerold en dient per netwerk te resulteren in een duidelijk regionaal zorgstrategisch plan voor de regio. Een cruciaal element in deze planning is de samenwerking over

de zorglijnen heen waarbij ook de nieuwe indeling in eerstelijnszones en een hoger geaggregeerd niveau op het niveau van regionale zorgplatforms een rol speelt.

Na een heel lange aarzeling in Brussel en Wallonië zien we de laatste maanden ook een meer uitgesproken beweging naar netwerkvorming. In de Brusselse regio krijgen dergelijke initiatieven langzaam maar zeker vorm. Juridische hinderpalen voor een doorgedreven samenwerking tussen private en publieke ziekenhuizen dienen nog weggeruimd te worden door de nieuwe regeringen in Brussel en Wallonië.

Ondanks alle juridische en organisatorische beslommingen die deze periode kenmerkt, mogen we toch het finale doel van deze netwerkvorming niet uit het oog verliezen. De insteek vanuit Vlaanderen om tot deze netwerkvorming over te gaan, was vooral kwaliteitsgedreven. Het samenwerken (over de zorglijnen heen) tussen verschillende zorgactoren moet de concrete zorg rond de patiënt meer kwaliteitsvol maken. Op federaal niveau stond in eerste instantie een doorgedreven rationalisatie van het aanbod op de eerste plaats. Een nieuwe benadering van programmatie, erkenning en financiering dient dit te ondersteunen.

In ieder geval is deze herorganisatie van het ziekenhuislandschap een immens project dat zijns gelijke niet gekend heeft in het recente verleden. Het zijn dan ook boeiende maar enigszins verwarrende tijden.

dr. Marc Geboers
Directeur algemene ziekenhuizen
Zorgnet-Icuro vzw

Brussel en de Vlaamse Rand: economische en financiële aspecten van de gezondheidszorg

em. prof. dr. Jan Degadt
Emeritus hoogleraar Economie
KU Leuven, Campus Brussel

Er zijn heel wat actoren betrokken bij de gezondheidszorg. Centraal staat de zorgbehovende of de patiënt. Dan zijn er de zorgverstrekkers, zowel mantelzorgers als professionele zorgverstrekkers. Deze vormen een zeer heterogene groep, met artsen, apothekers, paramedici, verpleegkundigen, zorgkundigen, ondersteunend personeel (...).

Er zijn ook nog andere actoren. Neem de overheid. De overheid is regelgever (bijvoorbeeld erkenning van de kwalificaties van de zorgverstrekkers) en ondersteuner. De gezondheidszorg genereert een enorme geldstroom. Voor België gaat het volgens gespecialiseerde instellingen zoals de Wereldgezondheidsorganisatie of Eurostat over meer dan 42 miljard € op jaarbasis. Dat komt neer op 3.744 € per inwoner of 10 % van ons bbp. De overheid controleert ongeveer 80 % van deze geldstroom, rechtstreeks of via de sociale zekerheid. Dat komt neer op een budget van ongeveer 34 miljard €.

In ons land komt er nog eens bij dat de gezondheidszorg zich 'transversaal' uitstrekt doorheen de bevoegdheids-

domeinen van ongeveer alle overheden: gemeenten en provincies, gewesten en gemeenschappen, federaal en – niet te vergeten – internationale instellingen. En dan is er ook nog een zeer ruim ‘middenveld’ van allerlei instanties en organismen die ‘iets’ doen in onze gezondheidszorg: mutualiteiten en verzekeringsinstellingen, ziekenhuizen en andere instellingen, sociale partners, universiteiten en wetenschappelijk onderzoek, toeleverende bedrijven (...). Al deze actoren spelen hun rol in de zorgverstrekking maar zij hebben en bewaken natuurlijk ook hun economische en financiële belangen.

De patiënt staat centraal in de zorg maar is ook een consument en heeft bepaalde rechten. Bijvoorbeeld: de Nederlandstalige patiënt heeft recht op Nederlandstalige zorg in Vlaanderen en in Brussel om maar iets te noemen.

De professionele gezondheidswerkers volgen hun roeping maar het is ook hun beroep. Het werk moet ‘werkbaar’ zijn, met een ‘competitieve verloning’. Niet alleen om ethische redenen. Als het werk te zwaar wordt of de verloning te klein, dreigen burn-out en leegloop.

Ook de overheid heeft algemene economische en financiële belangen. Zij moet er uiteraard over waken dat het hele systeem financieel haalbaar blijft, ook voor de belastingbetaler. Het volstaat niet om het systeem in stand te houden. Er moet ook ruimte zijn voor innovatie, wetenschappelijk onderzoek, investeringen. Er mag geen onderfinanciering zijn maar er moet wel een blijvende druk zijn om de zorgverstrekking zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. De overheid moet er over waken dat het vele belastinggeld uiteindelijk terecht komt in de zorg en niet gebruikt wordt voor het opbouwen van rentes. Het inbrengen van competitie kan heilzaam zijn maar is het niet altijd.

De overheid moet dan ook politieke keuzes maken. Er zijn verschillende systemen denkbaar, al dan niet met inbreng van de privésector. Denk aan de discussies rond de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk en z.g. Obamacare in de Verenigde Staten. In ons land hebben wij gekozen voor een ‘gemengd’ systeem, met een verplichte ziekteverzekering en verder met een actieve overheid, een actieve non-profit sector maar ook commerciële, markt gestuurde bedrijven.

Er zijn verschillen tussen en binnen de regio's. Wij nemen bijvoorbeeld Brussel (Brussels Hoofdstedelijk Gewest). In 2018 tellen wij 23 ziekenhuizen (hoofdvestigingen), waarvan 18 in privé beheer zijn en 5 in openbaar beheer. Samen beheren zij 8.953 bedden. Er zijn 188 instellingen voor ouderenzorg: 32 serviceflatgebouwen en 156 rusthuizen en RVT. Bij deze rusthuizen en RVT worden er 27 beheerd door de publieke sector (3.564 bedden), 24 door vzw's (2.588 bedden) en 105 door de commerciële privésector (10.383 bedden).

Heden is de bevoegdheid voor de gezondheidszorg ‘verkaveld’ over het federale niveau, gewesten en gemeenschappen. Andere sprekers op het colloquium zullen hierover meer vertellen maar het spreekt voor zich dat versnippering van bevoegdheden op zich niet goed is voor de transparantie en het maken van politieke keuzes voor het budget. Soms wordt gepleit voor het ‘regionaliseren’ van de gezondheidszorg, dit is een toewijzing van de beleidsbevoegdheid aan de drie Gewesten, gecombineerd met een financiering door federale belastingen. Een fiscale financiering is verdedigbaar omdat het huidige stelsel van financiering door bijdragen aan de sociale zekerheid de arbeidskosten sterk doet stijgen. Het defederaliseren door een regionalisering (zoals is gebeurd voor de kinderbijslagen) heeft het voordeel van de duidelijkheid maar toch zijn er – op zijn zachtst gezegd – kanttekeningen.

Ik wil drie kanttekeningen voorleggen:

1. Bij een regionalisering ontstaat er een ‘harde’ grens in de gezondheidszorg tussen Brussel en de Vlaamse Rand. Verzaakt Brussel dan aan zijn centrumfunctie? Moet Vlaanderen dan meer voorzieningen uitbouwen in de Rand?
2. Wordt de tweetaligheid van de gezondheidsvoorzieningen binnen Brussel-19 gegarandeerd?
3. Bij een federale financiering blijft Vlaanderen ook meebetalen. Het brengt is dus geen oplossing voor het probleem van de interregionale transfers.



Status praesens van het aanbod Nederlandstalige gezondheidszorg in Brussel en de Rand

dr. Erika Vander Meersch huisarts
voorzitter Doktersgild Van Helmont

1. Zorgaanbod voor de Nederlandstalige Brusselaar

Door de taalbarometeronderzoeken van R. Janssens (BRIO) kennen we het taalgebruik van de Brusselaars bij de dokter : Nederlandstaligen gebruiken in de loop der jaren vaker een mix van talen i.p.v. uitsluitend Frans.

Het aantal Nederlandssprekende huisartsen in Brussel blijft beperkt , en in 2018 kende 64% van deze huisartsen een patiëntenstop.

De huisartsenwachtdienst in Brussel wordt thans georganiseerd via de GB-BW (Garde bruxelloise - Brusselse wachtdienst). De BHAK (Brusselse Huisartsenkring) werkt sedert 2016 voor de wachtdienst mee aan de GB-BW. In deze structuur wordt echter enkel tijdens het WE en op feestdagen garantie geboden op een Nederlandsprekende arts. We gaan dus 40 jaar terug in de tijd: in 1979 werd immers de Vlaamse Wachtdienst Brussel opgericht om de continuïteit van zorg voor de Nederlandstalige patiënt in Brussel te garanderen.

In de ziekenhuizen , ook de openbare , wordt de taalwetgeving sedert jaren niet steeds gerespecteerd.

Sedert enkele jaren stellen we in ons land bovendien een belangrijke instroom van buitenlandse artsen vast, die in Brussel meestal Frans als inburgeringstaal kiezen. Gezien deze artsen vaak de wachtdiensten in de ziekenhuizen verzekeren , zowel op de spoeddiensten als op de MUG-diensten, wordt de taalproblematiek er dus alleen maar groter.

Ook in de Brusselse woonzorgcentra kan men de continuïteit van zorg in het Nederlands niet steeds garanderen. Het Huis van het Nederlands kreeg van de GGC een coördinatie-opdracht i.v.m. het tweetalig maken van het personeel in de ziekenhuizen en in de WZC.

Het Huis voor Gezondheid streeft naar een kwaliteitsvol zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor de Nederlandssprekende patiënt.

2. Zorgaanbod in de Vlaamse Rand

In sommige huisartsenkringen in de rand zijn Franstalige huisartsen lid , maar die zijn allen tweetalig. Hier stellen zich geen taalproblemen bij de huisartsenwachtdienst zelf.

De taalproblemen situeren zich bij de 100-diensten, de MUG-diensten en de hoger vermelde problemen in de spoeddiensten van bepaalde Brusselse ziekenhuizen.

Heel wat patiënten uit de rand worden bij spoedopnames naar deze ziekenhuizen gebracht.

Ook in sommige WZC in de Rand worden problemen genoteerd i.v.m. Nederlandsonkundig personeel.

Juridisch institutioneel kader voor gezondheidszorg in Brussel en de Rand: stand van zaken en toekomstperspectief

Lic. jur. Wouter Pas Staatsraad Raad van State
Wetenschappelijk medewerker KU Leuven

1. Wie voert het beleid inzake gezondheidszorg in Brussel? Een eenvoudige vraag met een tweevoudig complex antwoord. In de eerste plaats is er het complexe antwoord op de vraag wie bevoegd is voor de gezondheidszorg in het Belgische federale systeem, op de tweede plaats is er het complexe antwoord op de vraag welke overheden bevoegd zijn in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

2. De bevoegdheden inzake gezondheidszorg zijn globaal bekeken verdeeld tussen de federale overheid en de gemeenschappen. De bevoegdhedenverdeling knipt het ge-

zondheidszorgproces in drie: de instelling waar de zorgen worden verstrekt, de beoefenaar die de zorgen verstrekt en de financiering van de zorgverstrekking. Wat betreft de gezondheidszorginstellingen hebben de gemeenschappen belangrijke bevoegdheden. Extra muros (buiten de ziekenhuizen) zijn ze haast volledig bevoegd. Wat de algemene ziekenhuizen betreft, is het grootste deel van de reglementering een gemeenschapsbevoegdheid, terwijl de federale overheid de hoofdbevoegdheid inzake de financiering, de programmatie en de basiskennmerken van de ziekenhuisreglementering behoudt. Voor de gezondheidszorgbeoefenaars is de federale overheid bijna volledig bevoegd, net zoals voor de regeling van de eigenlijke medische activiteiten. Ook de financiering van de gezondheidszorgen valt grotendeels onder de federale bevoegdheid via de ziekteverzekering en via het ziekenhuisbudget.

3. Deze bevoegdhedenverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen houdt in dat in het Nederlandse taalgebied, en dus ook in de Vlaamse Rand

rond Brussel, de Vlaamse Gemeenschap ten volle deze gemeenschapsbevoegdheden kan uitoefenen.

4. In het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad zijn er echter meer dan twee actoren. Vijf overheden tekenen mee het beleid uit: de federale overheid, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie, en ten slotte de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC).

5. De bevoegdheid van de gemeenschappen in het tweetalige gebied is een bijzonder en origineel kenmerk van het Belgisch federalisme, dat toelaat op een zelfde grondgebied twee verschillende overheden (Vlaams en Franse Gemeenschap) bevoegdheden te laten uitoefenen ten aanzien van hun taalkundige en culturele gemeenschap. Die bevoegdheid is, voor wat de gezondheidszorg betreft, beperkt tot de instellingen die door hun organisatie gemacht moeten worden uitsluitend te behoren tot ene of de andere gemeenschap. Het systeem verwerpt het bestaan van een subnationaliteit, zodat een gemeenschappelijk orgaan (de GGC) bevoegd is ten aanzien van bi-communautaire instellingen en rechtstreeks m.b.t. de rechten en plichten van (individuele) personen.

6. In deze complexe institutionele architectuur beschikt de Vlaamse Gemeenschap, binnen haar materiële bevoegdheden, over ruime mogelijkheden om het beleid in Brussel te beïnvloeden, op voorwaarde dat gebruik gemaakt wordt van de weg van Vlaamse instellingen in Brussel. In welke mate het Vlaamse beleid rekening houdt met Brussel of zich er specifiek op richt, is in die zin een politieke keuze, eerder dan gevolg van een juridische beperking.

7. Daarnaast kunnen de Nederlandstaligen het beleid beïnvloeden via de GGC, die – in beginsel althans – een bi-communautaire besluitvorming kent en die bevoegd is voor de tweetalige instellingen. Dit zijn instellingen die resulteren onder de Taalwet (Bestuurszaken), alsook personen of instellingen die niet onder de Taalwet vallen, en waarvan de “organisatie” in de feiten tweetalig (of beter gezegd: “niet-eentalig”) is.

8. De zesde staatshervorming heeft deze institutionele structuur behouden, en op sommige vlakken de rol van de gemeenschappen verstrekt, op andere vlakken die van de GGC. Het beeld is niet eenduidig. Dit maakt dat evenmin eenduidig is in welke richting eventuele toekomstige staatshervormingen zouden gaan. Een eventuele verruiming van de aan deelstaten toekomende bevoegdheidspakketten inzake gezondheidszorg is in Brussel mogelijk zowel via de gemeenschappen als via de GGC. Vanuit het perspectief van de belangen van de Nederlandstaligen en van het beschermen van de plaats van het Nederlands in Brussel staan twee fundamentele inschattingen tegenover elkaar: de idee dat een bescherming van het Nederlands en de Vlamingen in Brussel niet doelmatig kan zijn indien ze niet ondersteund wordt door een eigen overheid, met eigen middelen, gedragen door het geheel van de Nederlandstaligen in België, tegenover de idee dat die bescherming kan binnen een institutionele vertaling van een (bestaande of zich ontwikkelende) Brusselse identiteit, die geen louter Franstalige identiteit is maar één waarin het Nederlands en de band met Vlaanderen een zekere plaats hebben. Zoals in het verleden zullen toekomstige institutionele ontwikkelingen wellicht beide uitgangspunten tot op zekere hoogte tegemoet komen.

Memorandum Vlaams Artsenverbond 4 april 2019 NAAR EEN COMMUNAUTARISERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG EN EEN VLAAMSE SOCIALE ZEKERHEID

Voornaamste argumenten voor een Vlaamse gezondheidszorg

De voornaamste argumenten van het VAV voor een integrale Vlaamse gezondheidszorg zijn: het recht op het leggen van eigen klemtonen, een grotere efficiëntie en responsabilisering van de gemeenschappen tot een spaarzaam beleid. Wij willen een communautarisering en geen regionalisering omdat wij de band met de Vlamingen in Brussel niet willen doorknippen.

Eigen klemtonen

De contingentering wordt in beide gemeenschappen verschillend aangepakt: in de Vlaamse Gemeenschap werd reeds in 1997 een toelatingsproef vóór het eerste jaar geneeskunde ingevoerd, in de Franse Gemeenschap is dat initiatief pas recent en inconsequent ingevoerd. Dit is mede de oorzaak van de hogere artsensiteit in de Franse Gemeenschap.

De Vlaamse Gemeenschap legt een sterkere klemtoon op de preventieve gezondheidszorg. De Vlamingen volgen meer dan de Franstaligen het principe van de echelonering: eerst naar de huisarts, die eventueel verwijst naar een specialist. Ter illustratie: het Globaal Medisch Dossier (GMD) kent een veel groter succes in Vlaanderen. Vlaanderen en Wallonië hebben hun voorkeuren in de diagnostische technieken en behandelingen. Zo besteedt Wallonië per hoofd meer geld aan medische beeldvorming en klinische biologie. Vlaanderen besteedt

meer aan thuisverpleging en psychiatrische zorgen. De overconsumptie door ziekenhuizen is hoger in Franstalig België. Er is een verschillende aanpak rond palliatieve zorgen en euthanasie.

Nu reeds legt Vlaanderen dus eigen klemtonen in de gezondheidszorg: wij zullen dat nog vrijer en ruimer kunnen doen wanneer de gezondheidszorg een volledige Vlaamse bevoegdheid wordt.

Efficiënter beleid

Een efficiënt beleid veronderstelt samenhangende bevoegdheidspakketten. Welnu, de Vlaamse en Franse Gemeenschap zijn sinds 1980 in principe bevoegd voor het gezondheidsbeleid, doch de ziektekosten- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) - de hefboomen voor een goed gezondheidsbeleid - is voor het overgrote deel een bevoegdheid van de federale overheid. De scheiding tussen preventie (gemeenschappen) en curatieve geneeskunde (federaal) gaat in tegen samenhangende bevoegdheidspakketten.

Voorbeeld: Nu zijn de gemeenschappen bevoegd voor de erkenning van de ziekenhuizen en de gewesten voor de financiering van de investeringen, doch de federale overheid is bevoegd gebleven voor de werkingssubsidies. Zo wordt een spaarzaam beleid niet beloond.

Het is lachwekkend dat minstens 7 ministeriële instanties in België te maken hebben met het huidige versnipperd gezondheidsbeleid, terwijl één minister voor de Vlaamse en één voor de Franse Gemeenschap zouden volstaan na toewijzing van de volledige gezondheidszorg aan beide gemeenschappen.

Responsabilisering

Het derde argument voor de overheveling van het ganse gezondheidsbeleid naar de gemeenschappen is hen te responsabiliseren tot een spaarzaam beleid.

De huidige jaarlijkse hoge geldtransfers van de Vlaamse naar de Franse Gemeenschap, onder meer via de Sociale Zekerheid (SZ), zijn op termijn onhoudbaar. Uitgaven- en inkomstentransfers bedroegen alleen reeds via de gezondheidszorg 1,6 miljard euro.

Responsabilisering van de deelstaten voor de inkomsten betekent op zijn minst aan de deelstaten de verantwoordelijkheid geven voor het beheer van een eigen SZ-budget, hen ter beschikking gesteld door de federale overheid ("bestedingsautonomie"). Doch de responsabilisering neemt nog toe wanneer de deelstaten verantwoordelijk worden voor de inning van de inkomsten om hun SZ-beleid te voeren ("financieringsautonomie"). Uitgavenau-

tonomie in combinatie met financierings-autonomie, namelijk overheveling van de ganse bevoegdheid over de gezondheidszorg en bij uitbreiding de volledige SZ naar beide gemeenschappen, is dus de meest efficiënte maatregel voor een spaarzaam beleid.

Bijkomende argumenten voor een integrale Vlaamse gezondheidszorg

Vooreerst is er de Grondwet en de Bijzondere wet van 8 augustus 1980, die bepaalt dat het Vlaamse Parlement en de Vlaamse regering, wat het gezondheidsbeleid betreft, bevoegd zijn voor de zorgenverstreking, de gezondheidsopvoeding en de preventieve gezondheidszorg. Verder zijn er de beloften die ons door de Vlaamse politici zijn gedaan in resolutie nr. 4 van het Vlaams Parlement op 3 maart 1999. Die resolutie stelt dat het volledige gezondheidsbeleid naar de deelstaten moet overgeheveld worden, met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering.

Een ander argument is dat 12 van de 28 EU-lidstaten minder inwoners tellen dan Vlaanderen. Die zijn dus allen bevoegd voor hun SZ en gezondheidsbeleid.

Tegenwerpingen tegen een Vlaamse gezondheidszorg en SZ en Vlaamse antwoorden

1. Het meest gehoorde verwijt aan de eis van een integrale Vlaamse gezondheidszorg, en bij uitbreiding SZ, is dat het een **egoïstische eis** zou zijn.

Daarop antwoorden wij:

1.1 Solidariteit verloopt in **concentrische kringen**, met als middelste kring het gezin, en verder de gemeente of stad, de volksgemeenschap of deelstaat, de staat, de EU en de wereld. Er zijn dus verschillende financiële solidariteitsniveaus.

1.2 Vlaanderen blijft, na de splitsing van de gezondheidszorg en de SZ, in het Belgisch kader bereid tot een **onderhandelde solidariteit** met Wallonië in de vorm van een tijdelijk financieel hulpplan in een overgangsfase. De voorwaarden zijn: resultaatsverbintenis inzake de Waalse werkgelegenheidsgraad en eerbiediging van de federale loyaliteit door de Franse Gemeenschap.

1.3 Die solidariteit moet berusten op **verantwoordelijkheidszin van de Vlaamse overheid tegenover haar eigen burgers**. Het meest recente cijfer over de geldtransfers (via SZ, bijzondere financieringswet en federale begroting, dus zonder de intrestlasten op de staatsschuld) wijst op jaarlijks bijna 8 miljard euro uit Vlaanderen. Intussen komt de Vlaamse regering geld te kort om de wachtlijsten in rusthuizen snel af te bouwen, om de lange wachtlijst van gehandicapten op te vangen en om het hoofd te bieden aan de toenemende verarming ...

1.4 Ook de ontvangende partij moet haar verantwoordelijkheid opnemen.

De geldtransfers uit Vlaanderen, zoals ze nu in Wallonië worden gebruikt, halen Wallonië niet uit het slop. De verschillen in de werkloosheidsgraad en werkgelegenheidsgraad blijven nagenoeg ongewijzigd ondanks de geldtransfers.

1.5 Dat de transfers weldra zullen omkeren, is weinig waarschijnlijk.

De simulatie voorspelt op basis van de demografische evolutie dat het SZ-transfer in 2040 nog steeds in noord-zuid richting zal verlopen. En tot in 2050 zullen de sociale uitkeringen in Wallonië nog steeds hoger zijn dan in Vlaanderen.

2. “Waarom de SZ niet ineens organiseren **op het niveau van de Europese Unie (EU)**”. Het sociaal beleid blijft ongetwijfeld een nationale bevoegdheid. Wel kunnen we een zekere harmonisering van de sociale wetgeving verwachten. De houding van de EU tegenover een eventuele Vlaamse SZ is dat elke lidstaat zijn SZ naar eigen inzicht mag organiseren en dus mag splitsen.

Antwerpen, 4 april 2019
Vlaams Artsenverbond vzw

JURIDISCH INSTITUTIONEEL KADER VOOR DE VLAAMSE GE- ZONDHEIDSZORG IN BRUSSEL - STAND VAN ZAKEN EN TOE- KOMSTPERSPECTIEF

WOUTER PAS

1. In het memorandum van het Vlaams Artsenverbond van 4 april 2019 wordt een communautarisering van de gezondheidszorg en een Vlaamse sociale zekerheid gevraagd¹. Het memorandum schuift als argumenten voor een integrale Vlaamse gezondheidszorg naar voren: het recht op het leggen van eigen klemtonen, een grotere efficiëntie en responsabilisering van de gemeenschappen tot een spaarzaam beleid. Daarbij stelt het memorandum: “Wij willen een communautarisering en geen regionalisering omdat wij de band met de Vlamingen in Brussel niet willen doorknippen”. De volgende bijdrage beoogt kort te verduidelijken waarin het verschil tussen “communautarisering” en “regionalisering” bestaat², wat dit betekent voor de huidige institutionele structuur op het vlak van gezondheidszorg en welke de toekomstperspectieven zijn.

2. Bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg

2.1. De bevoegdheden inzake gezondheidszorg zijn globaal bekeken verdeeld tussen de federale overheid en de gemeenschappen. De bevoegdheidsverdeling knipt het

gezondheidszorgproces in drie aspecten: de instelling waar de zorgen worden verstrekt, de beoefenaar die de zorgen verstrekt en de financiering van de zorgverstrekking.³

- Wat betreft de *gezondheidszorginstellingen* hebben de gemeenschappen ruime 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. Ook zijn de gemeenschappen bevoegd voor de rust- en verzorgingstehuizen (RVT), de initiatieven beschut wonen, de centra voor dagverzorging, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de zogenaamde categorale ziekenhuizen (geïsoleerde G- en Sp-diensten).

Wat 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 een gemeenschapsbevoegdheid.

- Voor de *gezondheidszorgbeoefenaars* is daarentegen de federale overheid voor het overgrote deel bevoegd. De erkenningsregels voor de beroepsbeoefenaars zijn volledig

1 Zie Periodiek van het Vlaams Artsenverbod, juni 2019, 22.

2 Voor een verdergaande bespreking, zie W. Pas, “De dubbele gelaagdheid van het Belgisch federalisme: quo vadis?”, in België, quo vadis? Waarheen na de zesde staatshervorming?, P. Popelier, e.a. (eds.), Antwerpen, Intersentia, 2012, 111-154; W. Pas, “De nieuwe gewest- en gemeenschapsbevoegdheden in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad”, in *De Brusselse instellingen anno 2017. Bron van nieuwe institutionele ontwikkelingen*, E. Vandenbossche (ed), Brugge, die Keure, 2017, 7-43.

3 Zie 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, “Het gezondheidsbeleid”, in B. Seutin en G. van Haegendoren (ed.), *De bevoegdheden van de gemeenschappen*, Brugge, die Keure, 2017, 203-293.

federaal, net als de regeling van de beroepsorden zoals de orde der artsen. Door de zesde staats hervorming 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 experimenten, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Een belangrijke uitzondering daarop vormen de 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 hoofdzakelijk de federale overheid bevoegd is. Het gaat hierbij vooral om de eigenlijke ziekteverzekering en het ziekenhuisbudget. 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.

2.2. De bevoegdheden inzake gezondheidszorg vertonen daarnaast een nauwe samenhang met andere bevoegdheden, in het bijzonder de gemeenschapsbevoegdheden inzake bijstand aan personen, inzake welzijnsbeleid, en inzake onderwijs. Wat dat laatste kan gewezen worden op de opleidingen tot de gezondheidszorgberoepen, en het voorbeeld van de problematiek van de contingering van artsen.

3. Bevoegdheidsuitoefening in Brussel-Hoofdstad

In het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad tekenen vijf overheden mee het beleid uit inzake gezondheidszorg: de federale overheid, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF), en ten slotte de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC).

3.1. Het Belgisch federalisme kent, reeds vanaf het begin van het federaliseringsproces in 1970, zowel gemeenschappen als gewesten. De verklaring hiervoor ligt ten gronde in de spanning tussen de fundamentele tweeledigheid van de centrale, federale structuur, en de indeling van het land in vier taalgieden. Die indeling wijkt namelijk af van de tweeledigheid door twee bijzondere taalgieden: een tweetalig, en een klein Duitstalig gebied. De Grondwet stelt een principiële scheiding tussen gemeenschappen en gewesten voorop, maar bevat tegelijk op verschillende plaatsen de mogelijkheid hier van af te

wijken. Zo is er de “fusie” tussen het Vlaamse Gewest en de Vlaamse Gemeenschap, die het de Nederlandstaligen toelaat “*de s'affirmer comme nation une et indivisible*”⁴. Daar tegenover staat een herverdeling aan Franstalige kant, door de overdracht van Waalse gewestbevoegdheden aan de Duitstalige Gemeenschap en de overdracht van Franse gemeenschapsbevoegdheden aan het Waalse Gewest en de COCOF in Brussel. Dit laatste heeft tot gevolg dat de Franse Gemeenschap enkel bevoegdheden inzake onderwijs, cultuur en een kern van persoonsgebonden materies behoudt, terwijl de vergadering van de COCOF een volwaardig parlement is geworden, met wetgevende bevoegdheid, in tegenstelling tot de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC).

Het globale beeld toont het sterk territoriale karakter van het Belgische federalisme, op grond van de indeling in vier taalgieden, waarbij de Franse Gemeenschap slechts een zwakke rol speelt. Het Belgisch federalisme kent enkel in het tweetalige gebied de behoefte aan een correctie en een aanvulling op zijn fundamenteel territoriale karakter. Deze structuur biedt de gemeenschappen, en in het bijzonder de Vlaamse Gemeenschap, ruime mogelijkheden, maar omvat geen subnationaliteit. Het “federalisme met vier” waarvan vaak sprake is, is dus beschrijvend in zekere mate treffend, met dien verstande dat een van de vier deelstaten de Vlaamse Gemeenschap is en niet het Vlaamse Gewest. Het is dus geen “federalisme op basis van de gewesten”. Het federalisme met vier is een asymmetrisch federalisme met de Vlaamse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Brusselse Hoofdstedelijke instellingen (Gewest en GGC) en de Duitstalige Gemeenschap.

3.2. De bevoegdheid van de Vlaamse en Franse Gemeenschap in het tweetalige gebied is een bijzonder en origineel kenmerk van het Belgisch federalisme, dat toelaat op een zelfde grondgebied twee verschillende overheden bevoegdheden te laten uitoefenen ten aanzien van hun taalkundige en culturele gemeenschap.

Die bevoegdheid is, voor wat de gezondheidszorg betreft, beperkt tot de instellingen die door hun organisatie geacht moeten worden uitsluitend te behoren tot ene of de andere gemeenschap. Het systeem verwerpt het bestaan van een subnationaliteit, zodat een gemeenschappelijk orgaan (de GGC) bevoegd is ten aanzien van bi-communautaire instellingen en rechtstreeks m.b.t. de rechten en plichten van (individuele) personen. De GGC maakt dus, gelet op de begrensde bevoegdheden van de gemeenschappen in Brussel, het systeem sluitend.

Deze begrenzing belet evenwel niet dat de gemeenschapsbevoegdheden ruim worden ingevuld. De unicommunautaire instellingen omvatten openbare en private

4 P. WYNANTS, “Origines, caractères et évaporation du fédéralisme en Belgique” in *Liber Amicorum J.P. De Bandt*, Brussel, Bruylant, 2004, 1014.

rechtspersonen, evenals de organismen die ervan afhankelijk zijn. Het is niet nodig dat de instelling op een formele wijze erkend wordt door de gemeenschap om onder haar toepassingsgebied te vallen. Ook privépersonen kunnen als instelling worden beschouwd indien ze een bepaalde organisatie van bestendige aard vertonen, die het mogelijk maakt hen op grond van objectief aanwijsbare kenmerken tot een gemeenschap te rekenen. Dit kan bijv. het geval zijn bij een individuele zorgverstreker die in een bepaald georganiseerd verband werkt. Een individuele zorgaanbieder die in geen enkel georganiseerd verband werkt, kan niet als een instelling worden beschouwd. De enkele verklaring van zich te verbinden met een bepaalde gemeenschap, is een zuiver subjectief gegeven, dat niet tot gevolg heeft dat de betrokkene als een instelling kan worden beschouwd.

De individuele personen die geen instellingen zijn, zijn geen directe bestemmingen van de gemeenschapsnormen. De decreten kunnen evenwel op hen van toepassing zijn door tussenkomst van instellingen waartoe ze zich vrijwillig richten. Deze decreten kunnen rechten toekennen en verplichtingen opleggen aan personen zolang die zich vrijwillig richten tot een unicommunautaire instelling of tot een dienst van de Vlaamse resp. Franstalige overheid. Wanneer de gemeenschapsbevoegdheid betrekking heeft op de toekenning van ondersteuning en tegemoetkomingen, kan dit dus gebeuren via een unicommunautaire instelling waarbij een persoon vrijwillig aansluit of waartoe hij zich vrij wendt. Enkel een rechtstreekse toekenning zou tot de bevoegdheid van de GGC behoren.

3.3. Dit constitutioneel model leidt tot een complexe architectuur in Brussel.

Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van de situatie van de ziekenhuizen. Voor de erkenning van ziekenhuizen zijn vier verschillende overheden bevoegd: de Vlaamse Gemeenschap voor Nederlandstalige ziekenhuizen, de COCOF voor Franstalige privéziekenhuizen, de Franse Gemeenschap voor Franstalige universitaire ziekenhuizen en de GGC voor de verplicht tweetalige OCMW-ziekenhuizen. Deze regeling kan bovendien geplaatst worden tegenover de nieuwe federale regeling inzake de netwerken voor ziekenhuizen. De maximaal vier Brusselse netwerken bevatten ziekenhuizen die door verschillende overheden erkend moeten worden, en die onder verschillende taalregimes vallen. Een netwerk kan enkel erkend worden door de overheden die bevoegd zijn voor de erkenning van de ziekenhuizen die er deel van uitmaken. De regeling inzake de erkenning van loco-regionale klinische ziekenhuisnetwerken maakt enkel de erkenning van één netwerk door de Vlaamse Gemeenschap mogelijk. De andere drie netwerken zullen al dan niet gezamenlijk erkend moeten worden door het Waalse Gewest, de GGC, de COCOF en de Franse Gemeenschap. Het “Vlaamse” netwerk, met het UZ van Jette, kan enkel

samenwerken met ziekenhuizen uit het Nederlandse taalgebied, terwijl de andere netwerken geen ziekenhuizen kunnen omvatten die tot de erkenningsbevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap behoren. Bi-communautaire ziekenhuizen kunnen enkel deel uitmaken van een netwerk met andere bicommunautaire ziekenhuizen of met ziekenhuizen die behoren tot de erkenningsbevoegdheid van het Waalse Gewest, de COCOF of de Franse Gemeenschap. De Raad van State merkt op dat niet valt in te zien “waarom de bicommunautaire ziekenhuizen ondanks hun tweetalig statuut enkel een netwerk kunnen vormen met Franstalige ziekenhuizen”.⁵ Zo kan de vraag gesteld worden of het samenwerken van tweetalige ziekenhuizen met eentalig Franstalige ziekenhuizen⁶ de tweetalige dienstverlening niet onder druk zal zetten.

4. Hoe kunnen via deze institutionele architectuur de Vlamingen het beleid inzake gezondheidszorg in Brussel sturen, beïnvloeden of erop wegen ?

4.1. Binnen de eigen materiële bevoegdheden en op voorwaarde dat gebruik gemaakt wordt van de weg van Vlaamse instellingen in Brussel (waaronder, als ondergeschikt bestuur, de VGC), beschikt de Vlaamse Gemeenschap, over de instrumenten om in Brussel beleid inzake gezondheidszorg te voeren.⁷

De vraag in welke mate de Vlaamse Gemeenschap hiervan gebruik maakt, is in de eerste plaats een politieke en beleidsmatige vraag. Een vraag op welke wijze de middelen worden ingezet over de hele Vlaamse Gemeenschap. In dit verband kan verwezen worden naar de zogenaamde Brusselnorm⁸, die een politieke afspraak vormt, en die ook in het laatste Vlaamse regeerakkoord van oktober 2019 uitdrukkelijk bevestigd werd.

Daarnaast kunnen er wel enkele juridische randvoorwaarden worden aangeduid. Dit komt in hoofdzaak neer op het naleven van het grondwettelijk gelijkheidsbeginsel, hetgeen in bepaalde gevallen kan inhouden dat wanneer een bevoegdheid wordt uitgeoefend in het Nederlandse taalgebied, dit ook moet gebeuren – binnen de bevoegdheidsrechtelijke grenzen – ten aanzien van het tweetalige gebied. Bovendien dwingt de institutionele band de Vlaamse Gemeenschap om verantwoordelijkheid te nemen voor het tweetalige gebied, waarbij ze de gelijkheid ten aanzien van de inwoners van Brussel in acht

⁵ Parl.St. Kamer, 2017-2018, nr. 3275/11.

⁶ Zie bijvoorbeeld de samenwerking tussen het UZ Erasmus (ULB) en de tweetalige ziekenhuizen van Brussel-Stad (Brugmann, Bordet, Sint-Pieter, kinderziekenhuis Koningin Fabiola).

⁷ Aldus kan de Vlaamse Gemeenschap overgaan tot erkenning, programmering, subsidiëring van zorgvoorzieningen, en tot tegemoetkomingen aan de voorzieningen, via een derdebetalersregeling. Voor individuele zorgverleners en hulpverleners die gevestigd zijn in Brussel en die in geen enkel georganiseerd verband werken, kan in een intermediaire organisatie worden voorzien, waarop ze vrijwillig een beroep kunnen doen, zoals bijvoorbeeld voor de deelname aan het netwerk voor de gegevensdeling.

⁸ Die houdt in dat de Vlaamse Gemeenschap voor haar beleid in Brussel 30% van de Brusselse bevolking als haar doelgroep beschouwt en dat ze minstens 5% van de Vlaamse middelen voor gemeenschapsbevoegdheden aan beleid in en voor Brussel besteedt.

moet nemen. Dit kan geïllustreerd worden op het vlak van het onderwijs. Het Grondwettelijk Hof heeft erop gewezen dat de gemeenschapsbevoegdheid ook inhoudt dat de scholen die afhangen van de Vlaamse Gemeenschap gehouden zijn “een billijk deel” van de schoolplichtige kinderen in het tweetalige gebied op te vangen. Een ander voorbeeld kan gevonden worden in de bemerking van de Raad van State dat de Vlaamse overheid, bij het bepalen van de programmatienorm van de psychiatrische verzorgingstehuizen aan de hand van het criterium 0,6 zorggebruikers per duizend inwoners, niet zomaar enkel het inwonersaantal van het Nederlandse taalgebied in rekening kan brengen, zonder een bepaald gedeelte van het Brusselse inwonersaantal daarbij te betrekken.

4.2. Daarnaast kunnen de Brusselse Vlamingen het beleid beïnvloeden via de GGC. De besluitvorming in de GGC biedt grotere garanties voor de Nederlandstaligen dan de besluitvorming in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. De besluitvorming is in beginsel bi-communautair en paritair. In de Verenigde Vergadering is, in beginsel⁹, een meerderheid der stemmen in elke taalgroep vereist.

De GGC is bevoegd voor de tweetalige instellingen. Dit zijn in de eerste plaats instellingen die vallen onder de taalwetgeving en die gevestigd zijn in het tweetalige gebied. Ze moeten in beginsel tweetalig zijn, zowel in hun organisatie als hun werking. In het kader van de gezondheidszorg gaat het om openbare instellingen, alsook instellingen die concessiehouder zijn van een openbare dienst of die belast zijn met een taak van algemeen belang. De openbare ziekenhuizen (zoals de OCMW-ziekenhuizen) moeten een tweetalige dienstverlening aanbieden. Private ziekenhuizen vallen niet onder de taalwetgeving, hoewel ze wel in grote mate door publieke middelen worden ondersteund. De universitaire ziekenhuizen zijn verbonden aan een universiteit die zich tot één bepaalde taalgemeenschap richt en zijn dus eentalig. De spoeddiensten, net zoals de MUG-interventieteam, vallen wel onder de taalwetgeving, ook als ze georganiseerd worden door een privé-ziekenhuis. Diensten van het Gewest of van de GGC, zoals bijvoorbeeld de Brusselse Hoofdstedelijke Dienst voor Brandbestrijding en Dringende Medische Hulp, moeten een tweetalige dienst verlenen, met ambtenaren die, met uitzondering van sommige hogere ambtenaren, juridisch gezien eentalig zijn (en ingedeeld in taalkaders).¹⁰

Op de tweede plaats vallen onder de bevoegdheid van de GGC instellingen die niet aan de taalwetgeving gebonden zijn, indien hun “organisatie” daadwerkelijk tweetalig

⁹ Wanneer een meerderheid van stemmen in een taalgroep niet wordt bereikt, wordt, na een wachttermijn van dertig dagen, een tweede stemming gehouden, waarbij naast de meerderheid van stemmen in de Verenigde Vergadering, een derde van de stemmen in elke taalgroep volstaat.

¹⁰ Dit in tegenstelling tot de lokale besturen, waarvoor de regel geldt dat de ambtenaren in beginsel tweetalig moeten zijn. Een OCMW-ziekenhuis valt onder deze regeling, zodat iedere ambtenaar minstens over een elementaire kennis van de andere taal dient te beschikken.

(of beter gezegd: “niet-eentalig”) is. De feitelijke werking en organisatie van de instellingen bepalen op objectieve wijze de bevoegde overheid. De overheden kunnen niet kiezen op wie hun normen van toepassing zijn. Het bi-communautair karakter van instellingen op het vlak van persoonsgebonden aangelegenheden moet worden beoordeeld aan de hand van hun organisatie, en niet aan de hand van hun activiteiten. De grondwetgever wilde dat de instellingen op het vlak van de persoonsgebonden aangelegenheden (ziekenhuizen, bejaardentehuizen...) steeds kunnen openstaan voor allen, ook al behoren ze door hun interne organisatie tot één gemeenschap. Hun activiteiten zouden altijd gericht moeten zijn op alle Brusselaars.

5. Toekomstperspectieven tegen achtergrond fundamentele discussie over staatsbestel

5.1. In de hypothese dat er in de toekomst er nog bevoegdheidsverschuivingen zullen plaatsvinden, ten gunste van de deelstaten, rijst de vraag wat dit betekent voor Brussel. Regelmatig wordt er door sommige beleidsmakers en academici naar voren gebracht dat door een verdere de-federalisering, meer bepaald op het vlak van fiscaliteit of sociale zekerheid, de Vlamingen niet anders zouden kunnen dan het Brusselse gewest versterken (door Sinardet de “Vlaamse paradox” genoemd¹¹).

5.2.1. Door sommigen wordt geargumenteed dat de zesde staatshervorming van het voorgaande het bewijs zou brengen, en een versterking van de Brusselse instellingen zou inhouden. In het bijzonder wordt hierbij het voorbeeld van de gezinsbijslagen gegeven.¹² De bevoegdheid ter zake wordt in Brussel immers niet door de gemeenschappen uitgeoefend, maar enkel en alleen door de GGC. Er zou een tendens zijn dat op het vlak van het gezondheidsbeleid, of ruimer op het vlak van de persoonsgebonden aangelegenheden, meer gebruik zou worden gemaakt van de GGC dan van de gemeenschappen. Feit is echter dat de zesde staatshervorming de bestaande dubbele institutionele structuur heeft behouden, en daarbij op sommige vlakken de rol van de gemeenschappen verstrekt en op andere vlakken die van de GGC. Het beeld is helemaal niet eenduidig.

5.2.2. Bij de zesde staatshervorming werden aan de gemeenschappen nieuwe bevoegdheden toegekend op het vlak van gezondheidsbeleid en bijstand aan personen. Die nieuwe bevoegdheden komen in Brussel in eerste plaats de gemeenschappen toe, gelet op de extensieve uitlegging van het begrip “instellingen”. De bevoegdheid van de GGC is slechts complementair.

Hierbij rijst vervolgens de vraag of de bevoegdheden en de uitoefening ervan verplichtingen ten aanzien van personen inhouden, en of ze hetzij directe hulp aan

¹¹ D. SINARDET, “Vlaamse paradox”, *De Standaard*, 9 mei 2011.

¹² Vgl. bijv. J. Vande Lanotte, *De Belgische Unie bestaat uit vier deelstaten*, vlugschrift, 2011, 8, www.diekeure-juridischeuitgaven.be.

personen hetzij hulpverlening via diensten of instellingen betreffen.

In de toelichting bij de bijzondere wet van 6 januari 2014 werd een opsomming gegeven van de nieuwe materies waarvoor enerzijds de gemeenschappen en waarvoor anderzijds de GGC bevoegd zouden zijn.¹³ De Raad van State wijst er in zijn advies echter op dat deze stellingname gebaseerd is op een analyse van de wijze waarop de federale wetgever tot 2014 deze bevoegdheden uitoefende: hetzij door het rechtstreeks toekennen van rechten en het opleggen van verplichtingen aan natuurlijke personen ('individuele-rechtenlogica'), hetzij via instellingen ('instellingenlogica'). De Raad merkt op dat de wijze van uitoefening niet de enig mogelijke wijze hoeft te zijn. Het is immers niet uitgesloten dat aangelegenheden die op federaal niveau volgens de 'individuele-rechtenlogica' werden geregeld, na de overdracht van de bevoegdheid, door een gemeenschap volgens de 'instellingenlogica' worden geregeld.¹⁴

J. Van Nieuwenhove illustreert dit aan de hand van het Impulso-fonds. De financiering van de huisartsenkringen via dit fonds zou in Brussel tot de bevoegdheid van de GGC behoren, terwijl de Vlaamse of de Franse Gemeenschap echter een financiering kunnen uitwerken ten gunste van een huisartsenpraktijk die beschouwd kan worden als een unicommunautaire instelling.¹⁵ Een rechtstreekse ondersteuning van de individuele huisartsen (bv. via een installatiepremie) komt toe aan de GGC. Als de GGC zich richt tot groeperingen van huisartsen (rechtstreeks of door het opleggen van voorwaarden aan de artsen die betrekking hebben op de groepering) kan de GGC zich enkel richten tot bi-communautaire groeperingen. Voor een groepering van huisartsen die geacht moet worden tot een enkele gemeenschap te behoren, is dan de desbetreffende gemeenschap bevoegd.¹⁶

In de praktijk heeft de versterking van de gemeenschapsbevoegdheden aldus duidelijk ook geleid tot een versterking van de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap in Brussel. Voorbeelden hiervan zijn de uitbreiding van de Vlaamse sociale bescherming die evenzeer geldt voor personen die zich in Brussel hebben aangesloten bij het systeem. Naast de reeds langer bestaande zorgverzekering, valt daar ook de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden onder (nu 'Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood' genoemd), en dit ondanks het feit dat de bijzondere wetgever in de parlementaire voorbereiding had aangegeven dat

¹³ *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 6-8 vermeldt dat enkel de GGC bevoegd zou zijn voor de tegemoetkoming hulp aan bejaarden; het Impulso-fonds; consultaties voor tabaksontwenning; prestaties die ten laste genomen worden in het kader van de MAF; de mobiliteitshulpmiddelen. De gemeenschappen zijn daarentegen bevoegd voor hun instellingen op het vlak van vaccinaties; screening; hygiëne in scholen, fonds ter bestrijding van verslavingen; diensten voor thuisverzorging; huisartsenkringen; ziekenhuisinfrastructuur; erkenning van zorgberoepen en de subquota van gezondheidszorgberoepen; rust en verzorgingstehuizen e.d.

¹⁴ Advies 53.932/AV van 27 augustus 2013, *Parl.St.* Senaat, 2012-13, nr. 5-2232/3, 17.

¹⁵ J. VAN NIEUWENHOVE, "De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg", 406.

¹⁶ Een mogelijke cumulatie van tegemoetkomingen moet opgelost worden door afspraken.

GGC voortaan zou instaan voor de THAB.¹⁷

5.2.3. De rol van de GGC is zeker ook versterkt, in het bijzonder door de exclusieve toekenning van een aspect van de sociale zekerheid, namelijk de gezinsbijslagen. Tegelijk is er echter ook een toenemende rol van de GGC als "facilitator" voor het optreden van de gemeenschappen, als een kaderregelgever die het optreden van de gemeenschappen mogelijk maakt. Op de terreinen waar de GGC bevoegd is om rechtstreeks de rechten en plichten van individuele personen te regelen (bv. jeugd-sanctierecht), moet de rol van de GGC aldus genuanceerd worden. De bijzondere wet bevat een uitdrukkelijk voorbeeld in die zin, namelijk op het vlak van de mobiliteitshulpmiddelen. De bestaande mobiliteitshulpmiddelen binnen de gemeenschapsbevoegdheden bleven behouden (in Brussel dus via unicommunautaire diensten), terwijl in 2014 de mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de ziekteverzekering naar de bevoegdheid van de GGC gingen. Hierdoor blijven de twee stelsels van mobiliteitshulpmiddelen in Brussel naast elkaar bestaan, met weliswaar "één loket"¹⁸ waarnaar de mindervalide zich kan richten. In een overgangsmaatregel zijn het trouwens de bevoegde diensten van de Vlaamse en Franse Gemeenschap die de taak van de GGC uitoefenen en de mobiliteitshulpmiddelen van de GGC zullen toekennen, volgens de regels bepaald door de GGC en ten haren laste. Dit systeem vormt een soort van uitvoeringsfederalisme waarbij de GGC de normen uitvaardigt, het kader creëert, terwijl de diensten van de Vlaamse en de Franse Gemeenschap er uitvoering aan geven. Er zijn verscheidene andere voorbeelden, op het vlak van de inburgering, (verplichte) jeugdbescherming en kinderopvang. De GGC legt bindende regels op voor iedereen (bv. om de inburgering verplicht te maken) maar hieraan kan enkel worden voldaan in het kader van instellingen van de twee gemeenschappen (d.w.z. bv. dat het inburgeringstraject van de Vlaamse Gemeenschap of van de COCOF moet worden gevolgd). De GGC fungeert in heel wat materies dus als "regelgevende overheid", maar niet als "uitvoerende" overheid". De GGC treedt wel normerend op, maar zal slechts in beperkte mate een echte administratie en uitvoeringsinstanties ontwikkelen, zodat de taken van de GGC eigenlijk door de diensten van de twee gemeenschappen (al dan niet via de VGC en de COCOF) zullen worden uitgeoefend.

Opvallend is ook dat de zesde staatshervorming heeft geleid tot een versterking van de GGC, niet ten koste van de Vlaamse Gemeenschap, maar wel ten koste van de Franse Gemeenschap (en de COCOF). Dit moet worden gezien in

¹⁷ De toepassing van de THAB in Brussel is er gekomen nadat Raad van State erop gewezen had dat als de THAB geïntegreerd werd in Vlaamse sociale bescherming, er geen reden was om ze niet toe te kennen aan Brusselaars die zich ingeschreven hebben in het systeem van de Vlaamse sociale bescherming. Zie *Parl.St.* VI.Parl., 2015-2016, 715/1, 9-10.

¹⁸ "Één loket" betekent niet de organisatie van één dienst in het tweetalige gebied, maar wel de onderlinge afstemming door de bevoegde overheden van hun bevoegdheidsuitoefening, zodat de persoon met een handicap zich slechts tot één dienst moet wenden om al zijn rechten of aanspraken op mobiliteitshulpmiddelen te kunnen uitoefenen.

het licht van het feit dat de financieringswet de verschillende dotaties die toegekend worden om de nieuwe gemeenschapsbevoegdheden op het vlak van gezondheidszorg en bijstand aan personen te financieren, voor wat betreft de Brusselse bevolking, heeft toegekend aan de GGC. Voor de uitoefening van de bevoegdheden in het tweetalige gebied inzake gezinsbijslagen, maar ook inzake ouderenzorg, gezondheidszorg en bijstand aan personen, wordt de GGC volledig gefinancierd, in beginsel op basis van de huidige uitgaven voor deze bevoegdheden in Brussel, terwijl de Franse en de Vlaamse Gemeenschap geen bijkomende dotatie ontvangen voor de uitoefening van deze bevoegdheden in Brussel. De middelen van de vroegere federale bevoegdheden die via het RIZIV werden uitgeoefend, werden, voor wat betreft Brussel, uitsluitend¹⁹ aan de GGC toegekend. Dit is merkwaardig, aangezien uit de bevoegdheidsverdeling geenszins volgt dat de Vlaamse of Franse Gemeenschap (of voor deze laatste de COCOF) deze bevoegdheden in Brussel niet kunnen of zullen uitoefenen. Parallel met deze financieringsregeling werd een politieke afspraak gesloten²⁰ om een verschuiving van taken door te voeren van de COCOF naar de GGC. Door de financieringsregeling worden de uni-communautaire instellingen aangemoedigd om “over te stappen” naar de GGC, aangezien na verloop van de overgangperiode er in de (berekening van de) financiering van de Franse en Vlaamse Gemeenschap niet meer in middelen voor hen is voorzien. Overeenkomstig deze regeling en de vermelde politieke afspraak heeft de overgrote meerderheid van de instellingen die van de COCOF afhingen, geopteerd voor de omschakeling. Geen enkele Nederlandstalige instelling koos voor de omschakeling²¹. De versterking van de GGC in en na de zesde staatshervorming lijkt dus vooral ten koste te gaan van de COCOF, althans wat betreft de uitoefening van beleids- en normerende bevoegdheid en wat betreft de instellingen die hier onder vallen. Of de instellingen die bi-communautair van aard worden dit niet enkel formeel beweren, maar ook daadwerkelijk zijn, zoals de Grondwet vereist, is een voor de hand liggende vraag. De GGC zal de taalwetgeving en de tweetaligheid moeten naleven en doen naleven in de instellingen die van haar afhangen. De vraag is of de instellingen die beslist hebben om van een COCOF-statuut over te stappen naar een GGC-statuut hieraan voldoen. Het Verenigd College heeft in 2014 wel verklaard dat de instellingen extern tweetalig (in de openbare communicatie en in de persoonlijke communicatie in de taal gekozen door de patiënt) moeten zijn, maar heeft tegelijk uitgesloten dat er strengere of uitdrukkelijke erkennings- en controlevoorwaarden inzake taalgebruik of -kennis worden opgelegd (hoewel deze voorwaarden voor sommige instellingen wel bestaan).

5.3. Uit de zesde staatshervorming kan dus geen eenduidige conclusie getrokken worden over de richting waarin

19 Weliswaar na een uitdovende overgangsregeling van twintig jaar.

20 In het kader van het “Sainte-Émilie”-akkoord (20/9/2013) tussen de vier grootste Franstalige politieke partijen.

21 Op 1 januari 2015 kozen bv. van de 53 Franstalige rustoorden en RVT's slechts 6 niet voor de omschakeling.

eventuele toekomstige staatshervormingen zouden gaan. Een verruiming van de aan deelstaten toekomende bevoegdheidspakketten inzake gezondheidszorg is in Brussel mogelijk zowel via de gemeenschappen als via de GGC. Vanuit het perspectief van de belangen van de Nederlandstaligen en van het beschermen van de plaats van het Nederlands in Brussel staan twee fundamentele inschattingen tegenover elkaar: de idee dat de bescherming van het Nederlands en de Vlamingen in Brussel niet doelmatig kan zijn indien ze niet ondersteund wordt door een eigen overheid, met eigen middelen, gedragen door het geheel van de Nederlandstaligen in België, tegenover de idee dat die bescherming voldoende mogelijk is binnen een institutionele vertaling van een (bestaande of zich ontwikkelende) Brusselse identiteit, die geen louter Franstalige identiteit is maar één waarin het Nederlands en de band met Vlaanderen een zekere plaats hebben. Zoals in het verleden zullen toekomstige institutionele ontwikkelingen wellicht beide uitgangspunten tot op zekere hoogte tegemoet komen.

5.4. Bij een verdere de-federalisering zal altijd een rol aan de GGC toekomen. Het afwijzen van sub-nationaliteit brengt dit met zich mee. Een systeem van fiscaliteit of van verplichte²² bijdragen tot een sociale zekerheidssysteem, op basis van sub-nationaliteit, zou niet alleen belangrijke principiële vragen en bezwaren oproepen, maar lijkt ook moeilijk te verenigen met Europeesrechtelijke beginselen. Regels die direct of indirect een onderscheid maken op basis van nationaliteit, en dus ook subnationaliteit, worden door het Europees recht in beginsel afgewezen. Toch zijn er sterke argumenten voor de uitbouw van de gemeenschappen, wanneer er gekozen wordt voor verdere de-federalisering. De gemeenschapsbevoegdheden (en een eventuele uitbreiding ervan) zijn niet enkel mogelijk, ze zijn ook noodzakelijk. J.L. Dehaene was van mening dat nieuwe bevoegdheden (bv. inzake fiscaliteit) territoriaal moeten zijn, maar tegelijk wees hij erop dat de verdergaande bevoegdheden voor de gewesten, met per hypothese (fiscale) responsabilisering, het Brusselse gewest zullen confronteren met een onhoudbare last.²³ Gelet op zijn grootte en schaal zal het gewest Brussel zelf de “competences with strong cross-regional externalities”²⁴ (zoals “redistributive powers” (sociale zekerheid)) niet kunnen dragen. Alleen een financiering en een fiscaliteit die het principe van “no taxation without representation” schenden (financiering door anderen die geen inspraak hebben in de besteding, of fiscaliteit gelokaliseerd aan de hand van de werkplaats), zouden dan enig soelaas

22 Een systeem van vrije keuze op het vlak van fiscaliteit en sociale zekerheid, is moeilijk denkbaar. Wel is een vrije keuze denkbaar voor delen van de sociale zekerheid die berusten op een eigen bijdrage (verzekeringskarakter) of op algemene middelen.

23 J.L. Dehaene, in G. Pagano, *Le financement des régions et des communautés* 1970-2002. *Solidarité, responsabilité, autonomie et concurrence fiscale*, Brussel, CRISP, 2002, 9-10.

24 P. Van Parijs, “On the territoriality principle and Belgium’s linguistic future. A reply”, in *The linguistic territoriality principle: right violation or parity of esteem?*, E-book 11 van Re-Bel initiative, www.rethinkingbelgium.eu, 2011, 62.

kunnen bieden. Om dit te vermijden, zullen bevoegdheden inzake sociale rechten ofwel federaal of ofwel op de grotere (dan Brusselse) schaal van de gemeenschappen moeten worden gedragen.

Enkel een deelstaat, cultureel en sociaal gevoed door de twee gemeenschappen, kan de rol van hoofdstad vervullen. De gemeenschappen garanderen de afstemming van het beleid van Brussel met de andere taalgebieden, en vergemakkelijken de sociale mobiliteit tussen Brussel en de rest van het land. De rol van de gemeenschappen is ook cruciaal voor Brussel, om een oplossing te bieden voor het feit dat Brussel lasten draagt voor de rest van het land (zo ook op het vlak van gezondheidszorg). Ook deze ruimere lasten die Brussel draagt, kunnen enkel (mee) gedragen worden door de federale overheid, of door de gemeenschappen, die er dan ook over moeten kunnen beslissen. Het alternatief is een financiering van Brussel door anderen, zonder inspraak. Deze werkwijze moet echter zowel principieel (federalisme en democratie) als pragmatisch (efficiëntie) worden afgewezen.

Een keuze voor de gemeenschappen is dus te verantwoorden, maar wel zal er bij het toekennen van nieuwe bevoegdheden of het uitoefenen van de huidige bevoegdheden steeds rekening mee moeten worden gehouden dat de invulling door de Vlaamse Gemeenschap via “instellingen” moet verlopen. Daarbij is evenwel een ruim bereik mogelijk, zonder dat er sprake hoeft te zijn van subnationaliteit. Een gemeenschapskeuze binnen het tweetalig gebied, die sectoraal en specifiek is, die vrijwillig is, tijdelijk en wijzigbaar, die geen weerslag heeft op electorale rechten en andere rechten, en die in beginsel ruimte laat om al dan niet voor één van de twee gemeenschappen te kiezen (waardoor er dus drie keuzemogelijkheden kunnen zijn) kan niet gelijkgesteld worden met subnationaliteit.

5.5. Het toekennen van eventuele nieuwe bevoegdheden in Brussel aan de gemeenschappen met betrekking tot de gezondheidszorginstellingen of met betrekking tot de financiering van instellingen zoals ziekenhuizen, past aldus binnen dit schema. Voor zover een omweg via gemeenschapsinstellingen wordt gehanteerd, is het ook mogelijk in Brussel bevoegdheden inzake de gezondheidszorgbeoefenaars aan de gemeenschappen toe te kennen. De regeling van de eigenlijke medische activiteit lijkt moeilijk door de gemeenschappen in Brussel te kunnen worden uitgeoefend. Wat betreft de financiering van de gezondheidszorg (i.h.b. via de ziekteverzekering) lijkt een rol van de gemeenschappen enkel mogelijk via een gemeenschapskeuze bij gemeenschapsinstellingen, waarbij het opleggen van verplichtingen aan individuele burgers door de GGC zal moeten gebeuren.

De klinische netwerken in België

Presentatie dr. Marc Geboers ter gelegenheid symposium VAV op 12/10/2019

Na de goedkeuring van de federale wet op de ziekenhuisnetwerken op 14 februari in het parlement, is er een juridisch kader om de netwerkvorming (BS 28/03/2019). In deze bijdrage wil ik de stand van zaken in het najaar 2019 schetsen over de verdere aanpak van de vorming van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

1. Stand van zaken op federaal niveau

In eerste instantie moet de gekozen terminologie voor deze aanpassing van het ziekenhuislandschap toegelicht worden: “Klinische” “Locoregionale” “Ziekenhuisnetwerken”.

“Klinisch” betekent dat in de wetgeving de nadruk gelegd wordt op de organisatie van de klinische, medische zorg aan de patiënt. Een meer efficiënte organisatie van deze medische zorg is het oogmerk van deze wetswijziging. Om die reden legt de wet heel sterk de nadruk op het belang van de functie van de netwerk hoofdgeneesheer, de medisch-strategische benadering van de zorgopdrachten van de ziekenhuizen, de positie van de medische raad in de governance van deze nieuwe netwerken. Op die manier wordt er bv. geen specifieke aandacht gegeven aan een uitgebreider management structuur voor de netwerken noch aan de verpleegkundige structuur.

“Locoregionaal” betekent dat de organisatie van de netwerken in geografisch aaneensluitende gebieden dient te gebeuren. Alle ziekenhuizen (inclusief de universitaire ziekenhuizen) dienen deel uit te maken van een netwerk terwijl anderzijds geen enkel ziekenhuis mag uitgesloten worden van deelname aan een netwerk. Alleen voor grootstedelijke gebieden wordt een uitzondering gemaakt op de regel dat deze locoregionale zones elkaar niet mogen overlappen.

“Ziekenhuisnetwerken” betekent dat in een eerste benadering de netwerkvorming zich richt op algemene ziekenhuizen én universitaire ziekenhuizen. Psychiatrische ziekenhuizen hoeven niet betrokken te worden in deze fase van de netwerkvorming, evenmin als de geregionaliseerde revalidatieziekenhuizen in Vlaanderen. Het staat deze instellingen vrij om te participeren maar er is geen verplichting.

Met het goedkeuren van deze wet en de publicatie in het Belgisch Staatsblad, is de eerste fase van de federale verantwoordelijkheid in deze hervorming van het ziekenhuislandschap afgewerkt. Toch blijven er een aantal

punten die momenteel op federaal niveau niet of onvoldoende uitgeklaard zijn. Zo is de inhoud van de medische portfolio van de ziekenhuizen onvoldoende uitgeklaard. In de oorspronkelijke visietekst werden er “zorgopdrachten” omschreven. Dit zijn de uiteenlopende functies en erkenningen die momenteel door de ziekenhuizen worden uitgebaat. De opsplitsing van een exhaustieve lijst van meer dan honderd van deze te omschrijven zorgopdrachten, geeft onduidelijkheid voor de sector in het kader van de besprekingen tussen de ziekenhuizen over het samenstellen van hun medisch-strategisch plan. Het gaat hierbij om zorgopdrachten die als loco- of supraregionaal worden omschreven met een verdere opsplitsing in algemeen, gespecialiseerd, universitair of niet-universitair. In de loop van de volgende jaren dient deze lijst, mede op basis van objectieve studies door het KCE (Kenniscentrum), verder opgebouwd en gefinaliseerd te worden.

De omschreven netwerkstructuur en de governance van deze nieuwe structuur is summier omschreven in de wettekst. Vooral de participatie van de artsen in deze structuren leidt tot onduidelijkheid en discussies. Ook de positionering van de medische raad op het niveau van het netwerk én de manier waarop dient omgegaan te worden met bijkomende adviesbevoegdheden binnen het “consensusmodel” blijven onduidelijk.

Vanaf het begin is duidelijk gesteld dat België maximaal 25 klinische locoregionale ziekenhuisnetwerken zal tellen, wat neerkomt op een gemiddelde bevolkingsdichtheid van 400 à 500.000 personen per netwerk. De Interministeriële Conferentie legt vast dat de verdeling per regio als volgt is: maximaal 14 in Vlaanderen, 4 in Brussel en 8 in Wallonië.

Vorbereidend werk voor het omschrijven van enkele basis zorgopdrachten werd verricht in federale werkgroepen, in samenwerking met de regionale overheden. Het betreft hier de volgende zorgopdrachten: Moeder en Kind, Spoedgevallen en de Ouder wordende Populatie. De verschillende werkgroepen hebben hun besluiten hieromtrent voorgelegd aan de federale overheid ter bespreking op een Interkabinetten Werkgroep. Aanvullend zullen in de loop van het volgende jaar studies van het KCE dit dienen te onderbouwen op een wetenschappelijke manier.

2. Stand van zaken op Vlaams niveau

De Vlaamse overheid heeft (samen met de federale overheid) begin 2018 al gepeild naar de intenties tot locoregionale samenwerking tussen de ziekenhuizen. Aansluitend werd de vraag aan de sector gesteld om deel te nemen, als piloten, aan een oefening om een sjabloon voor het opstellen van regionaal Zorgstrategisch Plan

tussen de deelnemende ziekenhuizen. Het doel is om op basis van aangeleverde, diverse input van data op basis van een sjabloon de medisch-strategische oefening voor de toekomst te maken.

Alle zich vormende ziekenhuisnetwerken hebben zich op deze oproep ingeschreven om deel te nemen in de pilootfase. Met ondersteuning van een door de overheid aangeduid consortium (LIGB – Deloitte – Omnicare) wordt sinds het voorjaar van 2019 aan deze oefening gewerkt door de 13 zich vormende netwerken (in deze oefening worden ze samenwerkingsinitiatieven genoemd gezien er nog geen formele erkenning van de netwerken is). Het doel van dit pilootproject is om de aangeboden data en het sjabloon kritisch te evalueren als hulpmiddel om tot een sluitend medisch-strategisch plan te komen.

Ondertussen heeft de Vlaamse overheid het opzet van het Zorgstrategisch plan wel verankerd in een Besluit Vlaamse Regering (26 april 2019) waar 3 types van Zorgstrategisch plannen worden onderscheiden: het Regionaal Zorgstrategisch Plan met het oog op de netwerkvorming, het Thematisch Zorgstrategisch Plan in het kader van specifieke zorgopdrachten (bv. S2 centra), het Individueel Zorgstrategisch Plan per ziekenhuis met het oog op het verwerven van VIPA-financiering voor bouwprojecten.

De Vlaamse overheid heeft ondertussen ook een herorganisatie van de eerstelijns doorgevoerd met de introductie van eerstelijnszones, regionale zorgzones en regionale zorgplatformen. In het kader van de netwerkvorming tussen de ziekenhuizen zijn deze nieuwe structuren een belangrijke gesprekspartner voor het uitbouwen van de medisch-strategische zorgplannen. De uitgetekende regionale zorgzones zijn echter niet congruent met de zich vormende ziekenhuisnetwerken wat vaak leidt tot onduidelijkheid. Sommige zich vormende ziekenhuisnetwerken moeten op die manier met meerdere regionale zorgzones en/of eerstelijnszones in overleg gaan.

Momenteel zijn er 13 zich vormende klinische locoregionale ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen (algemene ziekenhuizen):

1. KOM-netwerk: AZ Veurne, AZ Damiaan Oostende, AZ Zeno Knokke, AZ Alma Eeklo, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ Sint-Jan Brugge-Oostende
2. Mid-West-Vlaanderen: AZ Jan Yperman Ieper, AZ Delta Roeselare-Menen-Torhout, AZ Sint-Andries Tielt
3. E-17 netwerk: AZ Groeninge Kortrijk, AZ Onze-Lieve-Vrouwvan Lourden Waregem, AZ Sint-Vincentius Deinze, AZ Maria Middelaes Gent, AZ Glorieux Ronse, AZ Sint-Elisabeth Zottegem
4. Gent: UZ Gent, AZ Sint-Lucas Gent, AZ Jan Palfijn Gent, AZ Oudenaarde`

5. Waas en Dender: AZ Nikolaas Sint-Niklaas, AZ Lokeren, AZ Sint-Blasius Dendermonde
6. Antwerpen: Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, Gasthuiszusters Antwerpen
7. Helix: UZ Antwerpen, AZ Monica Antwerpen, Az Sint-Jozef Malle, AZ Klina Brasschaat, AZ Rivierenland Bornem-Rumst
8. West Vlaams Brabant en Oost-Vlaanderen: UZ Brussel, AZ Mariaziekenhuis Halle, Onze-Lieve-Vrouw-ziekenhuis Aalst, Stedelijk Ziekenhuis Aalst
9. Briant: AZ Heilig Hart Lier, AZ Sint-Maarten Mechelen, AZ Imelda Bonheiden, Az Jan Portaels Vilvoorde
10. Kempen: AZ Turnhout, AZ Herentals, AZ Dimphna Geel, A Heilig Hart Mol
11. Oost-Vlaams-Brabant: UZ Leuven, AZ Heilig Hart Leuven, AZ Diest, AZ Heilig Hart Tienen
12. Zuid-West-Limburg: AZ Jessa Hasselt, AZ Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder, AZ Vesalius Tongeren, AZ Sint-Trudo Sint-Truiden
13. Noord-Oost-Limburg: Ziekenhuis Oost-Limburg Genk, AZ Maas en Kempen Bree, AZ Mariaziekenhuis Pelt

De Vlaamse overheid heeft de intentie om de ziekenhuisnetwerken te erkennen (zoals overigens door de wet voorzien is) vanaf 1 januari 2020. De aanvragen tot deze erkenning worden in het najaar 2019 aan de overheid toegestuurd.

Het BVR betreffende het Zorgstrategisch Plan heeft ingang vanaf 1 januari 2021 wat de zich vormende netwerken de kans geeft om nog gedurende 1 jaar te werken aan deze medisch-strategische planning.

3. Stand van zaken op niveau Brussel en Wallonië

Voor de netwerkvorming in Brussel en Wallonië geldt wettelijk dezelfde datum om tot erkenning van de netwerken over te gaan: 1 januari 2020. Beide regio's blijven zich echter geconfronteerd zien met een zelfde probleem, namelijk de wettelijke onmogelijkheid tot verregaande samenwerking tussen publieke en private ziekenhuizen in één structuur. Hiervoor is een wetswijziging nodig die nog niet werd doorgevoerd. De intentie om dit obstakel uit de weg te ruimen is duidelijk aanwezig om op die manier de verdere netwerkvorming tussen de ziekenhuizen mogelijk te maken.

Na de recente verkiezingen hebben de regeerakkoorden zowel van de Brusselse als de Waalse regering deze intentie heel duidelijk geformuleerd. Ondertussen worden stappen gezet tot verdere samenwerking tussen regionale partners om tot geformaliseerde locoregionale structuren te komen.

4. Toelichting over de Zorgstrategische planning in Vlaanderen

De pilootprojecten Zorgstrategische Planning in Vlaanderen willen zich zoveel mogelijk op beschikbare objectieerbare data en indicatoren baseren. Het doel is om voor elk samenwerkingsinitiatief de huidige populatie en zorgbehoefte te omschrijven. Ook de bestaande samenwerkingsverbanden worden in kaart gebracht. Op die manier wordt inzicht gekregen voor de verschillende partnerziekenhuizen in de huidige patiëntenstromen op locoregionaal niveau. Op basis van de beschikbare cijfers dient dan een inschatting gemaakt van de evolutie van deze zorgbehoefte. Overleg met andere zorgactoren in de regio dienen deze oefening te verfijnen. Hierbij wordt vooral rekening gehouden met de eerstelijnsactoren maar ook bv. met geestelijke gezondheidszorg en de revalidatieziekenhuizen (waarvan sommige volop betrokken zijn in de netwerkvorming).

Er dient ook aandacht besteed te worden aan het formuleren van kwaliteitsbewaking en de na te streven kwaliteitswinst door verdere samenwerking. Vanzelfsprekend zal men ook proberen in te schatten welke inzet van mensen en middelen men nodig heeft om deze toekomstige uitdagingen te counteren. Ten slotte dient ook bekeken te worden met welke governance-structuur men het best de toekomst tegemoet kan treden.

Zoals hoger vermeldt, treden deze Zorgstrategische plannen in werking vanaf 1 januari 2021 in werking en zijn ze geldig voor een periode van 7 jaar. Deze regionale zorgstrategische plannen zullen ook als basis dienen voor meer specifieke planning in verband met thematische zorgstrategische plannen (voor toekomstige erkenningen van zorgopdrachten) en de individuele zorgstrategische plannen (van ieder ziekenhuis apart) in het kader van VIPA-financiering voor bouwprojecten in het kader van de netwerkvorming.

Concreet betekent dit dat financiering van individuele dossiers in principe maar zal kunnen na het definitief neerleggen van de regionale zorgstrategische plannen en het indienen van de daaruit afgeleide individuele zorgstrategische plannen. Bijzondere noden tot financiering van bouwprojecten zal berusten op de beoordeling van de dringendheid (de zogenaamde "precaire dossiers") waarbij omwille van bv. brandveiligheid (ver)bouw(ings)werken onafwendbaar zijn. In het kader van het project van "Hospital of the future", dat tijdens de vorige legislatuur werd gelanceerd, kan ook ruimte gecreëerd worden voor innovatieve projecten in het kader van de netwerkvorming.

Conclusie

Na heel wat jaren voorbereiding is door de goedkeuring van de federale wet op de hervorming van het ziekenhuislandschap, de weg vrijgemaakt om concreet met de klinische locoregionale ziekenhuisnetwerken aan de slag te gaan. De verschillende regio's hebben duidelijk de intentie om, zoals wettelijk voorzien, de netwerken te erkennen vanaf 1 januari 2020. De Vlaamse overheid probeert via de Zorgstrategische Planning het medisch-strategisch opzet van de netwerken in een concreet plan om te zetten. Er is een grote bereidheid in de Vlaamse ziekenhuizen om hiermee aan de slag te gaan. Toch blij-

ven er heel veel aspecten onduidelijk en blijft het finaal doel van de netwerken voor heel wat actoren op het veld onduidelijk. Ook de focus op de patiënt is niet altijd even duidelijk aanwezig, mede door het formeel administratief karakter van de stappen die momenteel worden gezet. Toch is de hervorming van het ziekenhuislandschap een belangrijke en grondige aanpassing die in het recente verleden van de ziekenhuiswereld zijns gelijke niet kent. We kunnen alleen maar hopen dat de verdere evolutie de intentie om te komen tot een meer kwaliteitsvolle, efficiënte zorg voor de burger zal bewaarheid worden.

Brussel en de Vlaamse Rand

Economische en financiële aspecten van de gezondheidszorg

Prof. Dr. Em. Jan Degadt
Symposium Vlaams Artsenverbond
Brussel, 12 oktober 2019

*Opgedragen aan wijlen dr. Robrecht Vermeulen,
Fellow Traveller en goede vriend*

Ter inleiding

De gezondheidszorg is niet alleen een noodzakelijke voorwaarde voor het welzijn van onze bevolking. De sector is ook een van onze belangrijkste economische sectoren. De behoefte aan gezondheidszorg genereert enorme geldstromen en zorgt voor aanzienlijke werkgelegenheid en inkomensvorming. Aansturing door wetenschappelijk onderzoek en innovatie zijn bijkomende randvoorwaarden voor een goede performantie. De gezondheidszorg, in de ruime betekenis van het woord, heeft zich ook ontwikkeld tot een belangrijk exportproduct voor onze economie. Het hoeft ons dan ook niet te verwonderen dat er een belangrijk kostenplaatje aan vast hangt. Het is bovendien een sector waar heel wat actoren of z.g. stakeholders bij betrokken zijn. En zoals wel vaker gebeurt in ons ingewikkelde land, het is ook een sector met een bijzonder ingewikkelde institutionele organisatie, waarvan de gevolgen het sterkst voelbaar zijn in Brussel en de Vlaamse Rand.

In deze bijdrage ligt de focus vooral op de economische en financiële aspecten. In een *eerste paragraaf* geven wij een overzicht van de belangrijkste actoren in de gezondheidszorg. De centrale figuur is vanzelfsprekend de zorgbehoevende of de patiënt. Dan zijn er de zorgverstrekkers, zowel vrijwilligers, in het bijzonder mantelzorgers, als de professionele zorgverstrekkers. Deze vormen een

zeer heterogene groep, met onder meer artsen, apothekers, paramedici, verpleegkundigen, zorgkundigen, ondersteunend personeel.

Er zijn ook nog andere actoren. Naast de 'mensen' zijn er de 'instellingen'. In de eerste plaats is er de overheid, in al zijn geledingen. De gezondheidszorg genereert ook een enorme geldstroom, die voor ongeveer 80 % gecontroleerd wordt door de overheid, wat voor België neerkomt op een budget van ongeveer 34 miljard € op jaarbasis. Naast de overheid is er ook een zeer ruim 'middenveld' van allerlei instanties en organismen die 'iets' doen in onze gezondheidszorg, onder meer: mutualiteiten en verzekeringsinstellingen, ziekenhuizen en andere zorgverstrekkende instellingen, sociale partners, universiteiten en wetenschappelijk onderzoek, toeleverende bedrijven. Al deze actoren spelen hun rol in de zorgverstrekking maar zij hebben en bewaken natuurlijk ook hun eigen economische en financiële belangen.

In een *tweede paragraaf* bespreken wij de configuratie van de gezondheidszorg in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest en de Vlaamse Rand rond Brussel en de wederzijdse invloed van Brussel en de Rand. Naast de institutionele context, die ook in andere bijdragen voor dit symposium aan bod komt, gaat de aandacht hier vooral naar andere contextvariabelen zoals de snel evoluerende demografie, de verstedelijking en de economische ontwikkeling. In een *derde paragraaf* komen enkele aandachtspunten uit de actualiteit aan bod, in het bijzonder het onderzoek over het taalgebruik in Brussel en de Vlaamse Rand, het Vlaamse regeerakkoord en het Brusselse regeerakkoord.

1. De gezondheidszorg en zijn actoren

1.1 Algemeen overzicht

Zoals reeds in de inleiding werd aangegeven is de zorgbehoevende of patiënt in principe de centrale figuur. Hij of zij is uiteraard de bestaansreden van de sector. In de praktijk heeft elke zorgbehoevende of patiënt een heel

specifieke zorg- of gezondheidsproblematiek zodat de zorg sterk moet 'gedifferentieerd' worden en afgestemd op de individuele noden. Vaak is de relatie tussen de zorgbehoevende/patiënt en de gezondheidswerker heel persoonlijk. Gezondheidszorg is uitgesproken 'maatwerk', waarbij de mogelijkheden tot standaardisering beperkt zijn.

Toch is de zorgbehoevende of patiënt in de gezondheidszorg niet zomaar een 'lijdend voorwerp' maar wel degelijk een mondige partner. Bovendien is hij of zij ook burger, kiezer en consument. Vaak worden de z.g. patiëntenrechten afgedwongen via politieke of wetgevende weg. Zo hebben bijvoorbeeld Nederlandstalige patiënten recht op Nederlandstalige zorg in Vlaanderen en Brussel. Dat men ook anderstaligen in andere talen kan verzorgen doet hiervan niets af.

Natuurlijk is een goede gezondheidszorg maar mogelijk dank zij de inzet van goede gezondheidswerkers. In het Vlaams regeerakkoord van 2019 wordt het als volgt geformuleerd: *'De cliënt/patiënt staat centraal, maar ook de zorgverstrekker verdient blijvende aandacht.'*

De gezondheidswerkers of zorgverstrekkers vormen een heterogene groep. Het kunnen de zorgbehoevende zelf zijn (zelfzorg) of personen uit zijn/haar omgeving (mantelzorgers). Verder zijn er zowel vrijwilligers als professionele zorgverstrekkers. De laatstgenoemde groep is zeer verscheiden, met onder meer artsen, apothekers, paramedici, verpleegkundigen, zorgkundigen, ondersteunend personeel.

De professionele gezondheidswerkers volgen hun roeping maar het is ook hun beroep. Dat impliceert dat ook aan een aantal regels van professionaliteit moet worden voldaan. Zo moet het werk in de gezondheidszorg, zoals in andere sectoren, 'werkbaar' zijn en moet de verloning 'competitief' zijn. Er is ook nood aan een beroepsethiek. De sector is ook, net als andere sectoren, onderworpen aan economische wetmatigheden. Als het werk te zwaar wordt of de verloning te klein, dreigen burn-out en leegloop.

Gezondheidswerkers werken in loondienst of als zelfstandige, vaak als vrije beroeper. Ook zij krijgen een vermelding in het Vlaamse regeerakkoord van 2019: *'De regering erkent het belang van zelfstandigen en vrije beroepen in de realisatie van kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg, in het bijzonder in de eerste lijn. Ze waakt erover dat in de hervormingen voldoende aandacht gaat naar hun noden en uitdagingen.'* (Vlaams regeerakkoord 2019)

Naast de zorgbehoevenden en de zorgverstrekkers zijn er nog andere actoren, in het bijzonder de overheid. De overheid is regelgever (is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor de erkenning van de kwalificaties van de zorgverstrekkers) en ondersteuner. De overheid beheert enorme geldstromen. Belangrijk om noteren is ook dat er niet 'een' verantwoordelijke overheid is: de gezondheidszorg

strekt zich 'transversaal' uit doorheen de bevoegdheidsdomeinen van ongeveer alle overheden. In ons land zijn dat: gemeenten en provincies, gewesten en gemeenschappen, federaal en – niet te vergeten – internationale instellingen. De verdeling van de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden is heden niet optimaal. Eigenlijk kunnen wij spreken over een versnippering. Dat wordt ook door de bevoegde politici erkend. Wij citeren bijvoorbeeld uit een gesprek van Vlaams Minister Wouter Beke in *Zorgwijzer* (december 2019, p. 10): *'(...) Maar al in 2011 heb ik gezegd dat de kiemen voor de zevende staatshervorming in de zesde staatshervorming ingebakken zitten. Er is nu eenmaal geen homogeniteit in bevoegdheden. Zolang die er niet is, moeten de verschillende niveaus samenwerken'*. De institutionele aspecten worden in een volgende bijdrage voor dit symposium verder uitgediept.

Ten slotte is er het zeer ruime 'middenveld' met onder meer ziekenhuizen, woonzorgcentra, mutualiteiten en toeleveranciers.

Al die instanties spelen hun rol maar in een ingewikkeld raderwerk als onze gezondheidszorg zijn zij ook op elkaar aangewezen. Als er ergens eentje niet goed draait, ontstaan er problemen in het hele systeem. Ook al hebben al deze actoren een belangrijke rol in de zorgverstrekking zelf, zij hebben en bewaken natuurlijk ook hun eigen specifieke economische en financiële belangen. Dat is meteen ook onze focus voor deze bijdrage.

Ook de overheid heeft algemene economische en financiële belangen. Zij moet er uiteraard over waken dat het hele systeem financieel haalbaar blijft. Hiermee bedoelen wij niet alleen dat de geldstromen tussen de actoren voldoende groot moeten zijn om de werking van het systeem in stand te houden. Er moet ook ruimte zijn voor innovatie, wetenschappelijk onderzoek, investeringen. Er mag geen onder financiering zijn maar er moet wel een blijvende druk zijn om de zorgverstrekking zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. De overheid moet er over waken dat het vele belastinggeld uiteindelijk terecht komt in de zorg en niet gebruikt wordt voor het opbouwen van monopolierentes bij de actoren.

De overheid moet ook bepaalde politieke keuzes maken, zowel voor het financieren als voor het verstrekken van de gezondheidszorg. Bij het financieren zijn meerdere pistes mogelijk. Zo is het denkbaar om voor het grootste deel van de bevolking een stelsel van volledig geprivatiseerde ziekteverzekeringen uit te bouwen. Als iedereen vrij kan kiezen is het echter niet zeker dat de hele bevolking zal gedekt zijn door deze verzekeringen. De kans is groot dat een minderheid (10 %, 15 %?) door de verzekeringsmaatschappijen worden beschouwd als niet verzekerbaar zodat zij uit de boot vallen wegens een te groot risico of omdat zij niet in staat zijn om de premies te betalen.



In een land als het onze heeft men dat potentieel probleem bijgestuurd door de ziekteverzekering algemeen verplichtend te maken. Men kiest weliswaar zelf een mutualiteit maar men is wel degelijk verplicht om aan te sluiten. Dat geldt zowel voor de loontrekkenden als de zelfstandigen als degenen die een uitkering genieten. In ons land is 98 % tot 99% van de bevolking aangesloten bij de wettelijke ziekteverzekering. Er is bij ons een brede consensus dat de ziekteverzekering verplicht moet zijn voor iedereen. In andere landen is deze consensus minder evident dan wij soms denken. De vraag of een ziekteverzekering wettelijk kan opgelegd worden is in de Verenigde Staten de kern van de politieke discussie rond de 'Affordable Care Act' of ACA, bij ons beter bekend als de z.g. Obamacare.

Voor het verstrekken van de gezondheidszorg zelf kan de overheid opteren voor een 'vrije markt'. De zorgverstrekkers zijn dan markt gestuurde private ondernemingen. De prijs van de zorg wordt dan bepaald door vraag en aanbod. Dat is het beeld dat wij hebben over de gezondheidszorg in de Verenigde Staten. Het beeld moet in de praktijk genuanceerd worden.

Het weekblad *The Economist* (23-30 november 2019, p. 57) wijst er bijvoorbeeld op dat er in de Verenigde Staten ongeveer 6.000 ziekenhuizen zijn, waarvan 1.300 markt gestuurde (*for-profit*) ondernemingen zijn. De andere ziekenhuizen zijn non-profit instellingen of overheidsinstellingen. Maar toch. Hetzelfde weekblad citeert een toename van de winstmarges in de ziekenhuizen van 4,4 % in 2001 tot 6,4 % in 2017. Zij danken die winstmarges onder meer aan hoge prijsstijgingen. De kosten voor hospitalisatie stijgen gemiddeld met ongeveer 5 % op jaarbasis.

De vrije markt is niet de enige optie. Een overheid kan ook beslissen om de gezondheidszorg zelf te 'nationaliseren' en aan te bieden als publiek goed: de gezondheidsbedrijven worden staatsbedrijven en de gezondheidswerkers worden overheidsambtenaren. De patiënt of de zorgbehoevende kan dan de nodige zorgen krijgen zonder te betalen omdat de financiering gebeurt door algemene middelen van de overheid. Dat is, in grote lijnen, het idee achter de *National Health Service* (NHS) in het Verenigd Koninkrijk.

In de praktijk zijn er uiteraard heel wat varianten of mengvormen voor de organisatie van de gezondheidszorg. Een van de gevaren is het ontstaan van z.g. klassengeneeskunde met een 'onderkant' en een 'bovenkant'. Aan de 'onderkant' is er een gratis of goedkope 'basiszorg', maar vaak met een lage kwaliteit en/of lange wachttijden. Aan de 'bovenkant' is er hoogstaande, maar ook dure zorg. Die is dan in de praktijk voorbehouden voor 'klanten' met een hoog inkomen of een goede privé-verzekering.

In ons land is er een gemengd systeem. Zo zijn bijvoorbeeld heel wat gezondheidszorgen toegankelijk voor iedereen, met vaste tarieven. Maar er zijn uitzonderingen.

Bijvoorbeeld ziekenhuizen kunnen hogere prijzen aanrekenen aan patiënten in een individuele kamer.

In de gezondheidszorg volgen niet alleen de overheden maar ook de actoren uit het middenveld vaak een eigen economische of financiële agenda. Dat geldt zowel voor de non-profit en de overheidsinstellingen als voor de commerciële, markt gestuurde bedrijven.

Er bestaan heel wat studies over de organisatie van de gezondheidszorg. Wij houden het hier bij enkele relevante observaties vanuit economisch perspectief.

- Zeker in de ziekenhuissector maar ook in bijvoorbeeld de ouderenzorg werken zowel commerciële bedrijven naast non-profit instellingen (meestal vzw's) en openbare instellingen. Er is niet een directe band met de grootte of de dimensie van het bedrijf. Een commercieel bedrijf kan zowel de kenmerken vertonen van een KMO als deel uitmaken van een internationale financiële groep. Universitaire ziekenhuizen zijn non-profit maar kunnen heel grote organisaties zijn. Hoe dan ook, de gezondheidsverstrekkers werken in een competitieve omgeving en zijn tot op zekere hoogte concurrenten van elkaar. Net als in andere bedrijven zijn zij verplicht een 'strategie' uit te tekenen.
- De 'mix' van de gezondheidsbedrijven en -instellingen naar type en dimensie is zeer specifiek in tijd en ruimte en kan anders liggen in elk land. De vraag ligt ook voor welke 'mix' leidt tot de beste kwaliteit en de beste prijs-kwaliteitsverhouding voor de belastingbetaler en de patiënt. Leiden privatisering en 'vermarkting' tot 'betere' en 'goedkopere' gezondheidszorg? Het eerder geciteerde artikel in *The Economist* wijst er op dat een commerciële logica in een oligopolistische marktomgeving (een markt met een beperkt aantal sterke spelers) leidt tot prijsstijgingen.
- Niet alleen commerciële maar ook technologische en organisatorische veranderingen kunnen schaalvergrotingen noodzakelijk maken. Dat geldt niet alleen voor ziekenhuizen en instellingen voor ouderenzorg maar ook voor bijvoorbeeld dokterspraktijken die geleidelijk evolueren tot groepspraktijken of netwerken, vaak met een multidisciplinair aanbod.
- De actoren in de gezondheidszorg vormen een raderwerk. Elke schakel moet functioneren. De taakverdeling tussen de actoren moet periodiek geëvalueerd en waar nodig herschikt worden. Zowel overheidsbedrijven als non-profit en de commerciële bedrijven moeten een 'stress test' kunnen doorstaan: is de organisatie financieel en bedrijfseconomisch gezond? Wij denken hierbij in de eerste plaats aan de rapporten van de bank Belfius over de ziekenhuizen maar de overweging geldt ook voor andere organisaties. Genereert een artspraktijk bijvoorbeeld voldoende inkomen voor alle medewerkers. Kunnen de ziekenhuizen en de woonzorgcentra hun gebouwen onderhouden en vernieuwen? Is er ruimte voor innovaties en investeringen? Is het werk werkbaar voor alle zorgverstrekkers en medewerkers?

- Het spreekt vanzelf dat het beleid ook de internationale context nauwlettend in de gaten moet houden. Bijvoorbeeld: de bedrijfseconomische concentratie in de farmaceutische nijverheid leidt tot monopolievorming en, in combinatie met hoge onderzoekskosten, tot sterke prijsstijgingen voor bepaalde geneesmiddelen en dus tot duurdere zorg.

1.2 Enkele cijfergegevens

Wij willen het overzicht illustreren met enkele cijfergegevens. De volgende tabel geeft de bestedingen aan gezondheidszorg, berekend in US dollar per capita en als percentage van het bruto binnenlands product (bbp). Het gaat om cijfers van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor het jaar 2014. Wij vergelijken de cijfers voor België met de buurlanden en met de Verenigde Staten.

Tabel 1. Bestedingen voor gezondheidszorg in 2014

	\$ per capita	% bbp
België	4.392	10,6
Nederland	5.202	10,9
Duitsland	5.182	11,3
Frankrijk	4.508	11,5
Luxemburg	6.812	6,9
Verenigd Koninkrijk	3.377	9,1
Verenigde Staten	9.403	17,1

Het hoge cijfer voor de Verenigde Staten kan wijzen op een goed uitgebouwde gezondheidszorg maar een deel van de verklaring ligt ongetwijfeld ook in de hoge prijzen voor de Amerikaanse gezondheidszorg. Binnen Europa valt het Groothertogdom Luxemburg op met hoge bestedingen per capita voor zijn gezondheidszorg. In verhouding tot het bruto binnenlands product (bbp) is het percentage klein maar dat is omdat het bbp er zeer hoog is in verhouding tot de bevolking.

Ook Eurostat, de statistische studiedienst van de Europese Commissie, levert een aantal interessante statistieken aan. Wij nemen opnieuw de totale bestedingen voor de gezondheidszorg maar houden nu ook rekening met het totale bedrag, de financiering en het aandeel van de zorgverstrekkers.

Tabel 2. Bestedingen voor gezondheidszorg in 2016

	Miljoenen euro	Euro per inwoner	% bbp
België	42.430	3.744	10,0
EU-28	1.481.936	2.905	9,9
Nederland	72.789	4.274	10,3
Luxemburg	3.267	5.613	6,2
Duitsland	351.701	4.271	11,1
Frankrijk	257.194	3.847	11,5
Verenigd Koninkrijk	233.886	3.566	9,7

Deze en de volgende tabellen moeten met de nodige voorzichtigheid gelezen worden omdat sommige definities kunnen afwijken in de verschillende landen. Toch zien wij dat de financiering van de gezondheidszorg door verplichte verzekeringen in ons land hoger is dan het Europees gemiddelde en de rechtstreekse overheidstussenkomst lager. In Nederland is dat nog meer uitgesproken. Het Verenigd Koninkrijk volgt duidelijk een ander model. Wij hadden het eerder even over de *National Health Service* (NHS). Het aandeel van de overheid in de financiering van de gezondheidszorg is er uitgesproken hoger dan het Europese gemiddelde. De verplichte verzekeringen zijn er minder uitgebouwd.

Tabel 3. Financiering van de gezondheidszorg in 2016 (%)

	EU-28	België	Nederland	Verenigd Koninkrijk
Overheid	36,7	17,8	6,1	79,4
Verplichte verzekeringen	42,7	61,0	74,8	0,1
Privé verzekeringen	3,6	5,1	6,1	3,3
Consumenten	15,7	15,9	11,5	15,1
Andere/statistische afwijking	1,3	0,2	0,5	2,1
Totaal	100,0	100,0	100,00	100,0

Tabel 4. Aandeel van de zorgverstrekkers in de financiering in 2016 (%)

	EU-28	België	Nederland	Verenigd Koninkrijk
Ziekenhuizen	37,4	34,0	34,6	41,7
Ambulante zorg	25,4	36,5	18,2	24,5
Residentiële zorg op lange termijn	10,1	8,1	25,8	11,7
Andere/statistische afwijking	27,1	21,4	21,4	22,1
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

In de volgende tabellen keren wij terug naar het eigen land, in het bijzonder het zorgaanbod in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest in 2018 (op 1 januari). De cijfers zijn overgenomen van het BISA (Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse) op basis van gegevens van de FOD Volksgezondheid en Home-info Brussel.

Tabel 5. Aantal beoefenaars van een medisch beroep (op basis van woonplaats).

	Aantal	Dichtheid (per 10.000 inwoners)
Artsen	7.219	60
Apothekers	1.869	16
Tandartsen	1.172	10
Verpleegkundigen	9.844	82
Kinesitherapeuten	3.258	27
Zorgkundigen	7.858	66
Vroedvrouwen	835	7

Tabel 6. Ziekenhuisaanbod

Aantal ziekenhuizen (hoofdvestigingen)	23
Waarvan: privé	18
Waarvan: openbaar	5
Totaal aantal bedden	8.953

Tabel 7. Instellingen voor ouderenzorg

	Aantal instellingen	Aantal bedden
Serviceflatgebouwen	32	1.642
Rusthuizen en RVT	156	16.535
Waarvan: publieke sector	27	3.564
Waarvan: vzw's	24	2.588
Waarvan: commerciële privésector	105	10.383
Totaal	188	18.177

2. Configuratie van de gezondheidszorg in Brussel en de Vlaamse Rand

De configuratie van de gezondheidszorg wordt bepaald door tal factoren. In deze paragraaf bespreken wij een viertal factoren die in het bijzonder een impact hebben op Brussel en de Vlaamse Rand: de graad van verstedelijking, de demografie, de economische ontwikkeling en de institutionele organisatie.

Verstedelijking

Brussel en de Vlaamse Rand vormen samen een sterk verstedelijkt gebied. Voor de gezondheidszorg brengt dit kansen en uitdagingen met zich mee. Er is uiteraard, zoals in alle verstedelijkte gebieden, een huizenhoog mobiliteitsprobleem. De bereikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen is niet altijd optimaal. Daar staat tegenover dat een verstedelijkt gebied met een grote bevolkingsconcentratie op een beperkte oppervlakte ook een 'markt' creëert voor een volledig netwerk van gezondheidsvoorzieningen. Vaak is er vooral op het platteland een probleem van niet-beschikbaarheid van sommige voorzieningen omdat de bevolkingsgrootte of de bevolkingsdichtheid te

klein is. In een gebied zoals Brussel plus Vlaamse Rand bestaat de mogelijkheid om een volledig raderwerk uit te bouwen met alle voorzieningen, gaande van basiszorg en eerste lijn tot algemene ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen.

Natuurlijk veroorzaakt de concentratie van bevolking en economische activiteit op een beperkte oppervlakte ook een opwaartse druk op de kostprijs van de gezondheidszorg. In het economisch vakjargon spreekt men over 'crowding out op de inputmarkten'. In mensentaal betekent dit dat vooral arbeid en vastgoed een hogere kostprijs hebben in een stedelijke omgeving. Sommige instellingen, bijvoorbeeld ziekenhuizen en rusthuizen, kunnen proberen om de hogere kosten door te rekenen, wat aanleiding kan geven tot hogere prijzen. Onderzoeken of enquêtes door onder meer de CM (Christelijke Mutualiteit) of de verbruikersorganisatie Test-Aankoop, tonen aan dat de voorzieningen in Brussel en de Rand niet altijd de goedkoopste zijn.

Demografie

Twee kenmerken springen in het oog in Brussel en de Vlaamse Rand: de leeftijds piramide en de diversiteit.

In de eerste plaats is er de leeftijdsstructuur van de bevolking. De bevolking in Vlaanderen, België en de Europese Unie vergriest maar Brussel en de Rand vormen een uitzondering. De bevolking groeit en wordt jonger. De verjonging betekent dat er bijkomende investeringen nodig zijn voor het onderwijs. Toch is een verschuiving van investeringen van ouderenzorg naar onderwijs op zich zeker geen oplossing. Het aandeel van de ouderen mag dan wel kleiner worden in een context van een groeiende en jonger wordende bevolking maar hun aantal daalt geenszins in absolute waarde. Bovendien is er de toename van de levensverwachting waardoor ook het aantal ouderen toeneemt met nood aan aangepaste zorg.

Het tweede kenmerk van de demografie is de groeiende diversiteit van de bevolking. Zoals overal zijn er cultuurverschillen tussen de autochtone bevolking en de bevolkingsgroepen met een achtergrond in de migratie. Dat heeft zeker ook zijn belang voor de gezondheidszorg. Maar in Brussel en de Vlaamse Rand is er meer aan de hand: er zijn ook betekenisvolle aantallen van andere groepen zoals expats, ambtenaren van internationale instellingen, toeristen, vluchtelingen of studenten. Elke groep heeft een zeer specifiek statuut en heeft ook behoefte aan aangepaste gezondheidszorg. Een bijzonder aandachtspunt is hierbij de potentiële ongelijkheid, niet alleen tussen deze groepen onderling maar ook voor wat betreft de spreiding over de ruimte.

Economische ontwikkeling

België is geenszins een arm land. Brussel is zelfs de derde rijkste regio van de (huidige) EU, gemeten aan het bbp

per inwoner (na Londen en het Groothertogdom Luxemburg). Het land, en zeker ook Brussel, beschikt dus in principe over de technische en economische mogelijkheden om performante gezondheidszorg uit te bouwen. Er zijn uiteraard kanttekeningen. Het hoge bbp per inwoner in Brussel betekent geenszins dat de gemiddelde Brusselaar een grootverdiener is. Er is immers ook een grote pendarbeid. Bovendien heeft de Belgische overheid in het verleden een grote overheidsschuld opgebouwd. Tot vandaag zijn er nog steeds chronische budgetproblemen, wat de beleidsruimte ook voor de gezondheidszorg beperkt.

Toch profiteert ook de gezondheidszorg van de algemene economische ontwikkeling. Er zijn positieve evoluties: de levensduur wordt groter, er zijn technische verbeteringen en er is vooruitgang in de medische wetenschap. Hierdoor verbetert de kwaliteit van het leven voor vele zorgbehoevenden, niet in het minst ook voor senioren. Toch zijn er ook aandachtspunten. De gezondheidszorg is een zeer arbeidsintensieve sector. Bovendien is er vooral ook nood aan gekwalificeerde medewerkers. De 'productiviteit' stijgt in de gezondheidszorg minder snel dan in bijvoorbeeld de industrie of de landbouw. Om medewerkers aan te trekken moet de verloning in de gezondheidsinstellingen de evolutie in de andere sectoren zoveel mogelijk volgen. Dat heeft twee gevolgen: in de eerste plaats stijgt de kostprijs. In de tweede plaats probeert men de productiviteit in de zorg op te trekken door aanpassingen in de arbeidsorganisatie. Dat leidt tot frustratie en een daling van het welbevinden bij de gezondheidswerkers.

In Brussel en de Vlaamse Rand is er het bijkomend gegeven dat voldoende kennis van de Nederlandse taal bij de zorgverstrekkers noodzakelijk is om een goede kwaliteit van de zorg te garanderen. In een krappe arbeidsmarkt is men soms verplicht om anderstalige medewerkers aan te trekken en hen taallessen aan te bieden, wat de kostprijs van de zorg verhoogt.

Institutionele organisatie

Brussel en de Vlaamse Rand vormen geen politieke of administratieve eenheid. Het gebied vormt een uitgelezen laboratorium voor alle 'finesses' van onze staatshervormingen. Er is een gewestgrens en er is een taalgrens tussen Brussel en de Vlaamse Rand maar er is geen staatsgrens en evenmin een economische grens. Binnen de Belgische en Europese ruimte is er volledige bewegingsruimte voor personen, goederen, diensten en kapitalen. Zoals reeds eerder aangeduid is de politieke verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg 'verkaveld' tussen de federale overheid en de deelstaten. Er is dus geen sprake van 'homogene bevoegdheidspakketten' zoals bijvoorbeeld voor Onderwijs (volledig naar de gemeenschappen) of Defensie (volledig naar de federale overheid).

Een belangrijk gegeven is dat ons land ook voorziet in een aantal basisrechten voor de actoren. Zo kiest de

patiënt de zorgverstrekker en heeft de patiënt recht op verzorging in het Nederlands in Vlaanderen en Brussel. Gezondheidswerkers, in het bijzonder artsen, hebben recht op therapeutische vrijheid.

Zoals ook uit andere bijdragen voor dit symposium blijkt, is de verkaveling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden vooral in Brussel bijzonder ingewikkeld. Het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest is volledig bevoegd voor 'grondgebonden' materies. De gezondheidszorg zelf is uiteraard een 'persoonsgebonden' materie maar het Gewest is wel verantwoordelijk voor bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, mobiliteit en milieubeleid. Voor de 'persoonsgebonden' materies, waaronder de gezondheidszorg, zijn in Brussel zowel de Vlaamse en Franse Gemeenschap verantwoordelijk (bijvoorbeeld voor de Universitaire Ziekenhuizen) als de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), die een instelling is van het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest.

De gezondheidszorg in de gemeenten van de Vlaamse Rand rond Brussel is integraal een bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap maar het spreekt vanzelf dat Brussel als grootstad een centrumfunctie uitoefent voor de inwoners van de Rand. De Rand is een welgekomen 'afzetmarkt' voor sommige Brusselse instellingen. Zo is het bijvoorbeeld geenszins een toeval dat de in Brussel gelegen universitaire ziekenhuizen dicht bij de Rand gevestigd zijn.

De verplichte aansluiting bij de ziekteverzekering is een federale bevoegdheid en geldt dan ook in principe voor alle inwoners in zowel Brussel als de Vlaamse Rand. In Vlaanderen is er een Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). Aansluiting is verplicht in de Rand en is een optie in Brussel.

Kan er iets gedaan worden aan de 'verkaveling' van de bevoegdheden?

Zoals reeds aangestipt is de bevoegdheid voor de gezondheidszorg 'verkaveld' over het federale niveau, gewesten en gemeenschappen. Deze versnippering van bevoegdheden is op zich niet goed voor de transparantie, in het bijzonder bij het maken van politieke keuzes voor het budget. Soms wordt gepleit voor het 'regionaliseren' van de gezondheidszorg, dit is een toewijzing van de beleidsbevoegdheid aan de drie Gewesten, gecombineerd met een financiering door federale belastingen. Dit was bijvoorbeeld een suggestie in een interview van Professor Huisartsgeneeskunde Jan De Maeseneer in het weekblad Knack (nr. 38 van 18 tot 24 september 2019). Een fiscale financiering is verdedigbaar omdat het huidige stelsel van financiering door bijdragen aan de sociale zekerheid de arbeidskosten sterk doet stijgen. Zijn pleidooi voor een gegarandeerde groei in de financiering van 3 % bovenop de inflatie kan ook zorgen voor stabiliteit in het systeem. Het defederaliseren door een regionalisering (zoals is gebeurd voor de kinderbijslagen) heeft het voordeel van de duidelijkheid maar toch zijn er – op zijn



zachtst gezegd - kanttekeningen. Ik wil drie kanttekeningen voorleggen: (1) Bij een regionalisering ontstaat er een 'harde' grens in de gezondheidszorg tussen Brussel en de Vlaamse Rand. Verzaakt Brussel dan aan zijn centrumfunctie? Moet Vlaanderen dan meer voorzieningen uitbouwen in de Rand? (2) Wordt de tweetaligheid van de gezondheidsvoorzieningen binnen Brussel-19 gegarandeerd? (3) Bij een federale financiering blijft Vlaanderen ook meebetalen. Het brengt op zich dus geen oplossing voor het reeds lang aanslepende probleem van de interregionale transfers. Er moet op zijn minst grondig nagedacht worden over de verdeelsleutels.

3. Aandachtspunten uit de actualiteit

3.1. Het taalgebruik in Brussel en de Rand

De afbakening van de gewesten in ons land is gegroeid uit de afbakening van de taalgebieden. Anders uitgedrukt: de huidige grenzen van Vlaanderen, Brussel en Wallonië waren oorspronkelijk taalgrenzen. Vlaanderen en Wallonië waren en zijn oorspronkelijk eentalig. Brussel was en is wettelijk en administratief tweetalig Frans en Nederlands. De beide talen staan juridisch op gelijke voet. Geen van de beide talen heeft een statuut als 'minderheidstaal' of 'meerderheidstaal', ook al zijn er numerieke verschillen. De Vlaamse Rand is eentalig Nederlands. Wel zijn er zes gemeenten met zogenaamde taalfaciliteiten. Dat betekent niet dat het Frans er wordt erkend als een z.g. minderheidstaal maar wel dat individuele burgers er het recht hebben om het Frans te gebruiken voor bepaalde administratieve contacten of formaliteiten met de overheid.

Een en ander heeft geleid tot een stelsel van taalwetten en regelingen. De taalwetgeving is overwegend een federale wetgeving. In de gezondheidszorg zijn de openbare instellingen onderworpen aan deze taalwetgeving. Dat geldt in het bijzonder voor de openbare ziekenhuizen.

Men zou kunnen verwachten dat de taalwetgeving een minimum garandeert ten aanzien van de Nederlandstalige en Franstalige zorgbehoevenden die zoeken naar zorg in de eigen stad. Niets belet overigens de zorgverstrekkers om de tweetaligheid beter uit te bouwen dan strikt wettelijk vereist. Niets belet de zorgverstrekkers bovendien om, in het bijzonder in Brussel, ook plaats in te ruimen voor andere talen dan het Nederlands of het Frans. Die verruiming van de meertaligheid mag er natuurlijk niet komen ten koste van een van de officiële landstalen.

Tot zover de principes. Maar hoe is dan de feitelijke toestand? Ook hier geldt het principe: meten is weten. De metingen gebeuren periodiek door het Brussels Informatie-, Documentatie- en Onderzoekscentrum (BRIO). De meest recente Taalbarometer werd in 2018 opgesteld door Rudi Janssens (VUB).

In het Taalbarometeronderzoek is er ook een hoofdstuk over de gezondheidszorg. Het belang van het taalgebruik in een zorgcontext mag immers niet onderschat worden. *'Bij ziekte wil iedereen in een voor hem/haar vertrouwde taal kunnen communiceren met de dokter of in het ziekenhuis'*. In principe moeten patiënten in Brussel in het Frans of het Nederlands kunnen communiceren met hun arts en in het ziekenhuis. Zoals reeds gesteld: dat is een minimum. Bij voorkeur is er ook ruimte voor andere talen maar dit mag niet ten koste van het Nederlands of het Frans. Het Taalbarometeronderzoek stelt een achteruitgang vast bij het gebruik van het Nederlands bij consultaties bij de huisarts. In ziekenhuizen is er een evolutie naar het gebruik van meerdere talen. De metingen van de Taalbarometer zijn wetenschappelijk ondersteunde vaststellingen maar deze metingen bieden (nog) niet een verklaring. Misschien is de Brusselse patiënt meer meertalig geworden maar het is ook mogelijk dat vele zorgverstrekkers juist minder tweetalig zijn geworden, waardoor de patiënt zich moet aanpassen. Het leent zich in ieder geval tot waakzaamheid en verder onderzoek.

De gemeenten in de Vlaamse Rand rond Brussel zijn in principe eentalig Nederlandstalig. In de praktijk is er, mede door de immigratie vanuit zowel Brussel en Wallonië als vanuit het buitenland, een diversiteit aan talen gegroeid. Men kan dit niet zomaar gelijkstellen met een nieuwe verfransingsgolf zoals men die vroeger heeft gekend en waarvan de gevolgen vooral voelbaar zijn in de zes gemeenten met z.g. taalfaciliteiten. Men kan heden eerder spreken over een problematiek van 'ontnederlandsing'. Deze is vooral merkbaar bij gezinnen met jonge kinderen. Het Agentschap Binnenlands Bestuur heeft, in samenwerking met Statistiek Vlaanderen, een statistisch overzicht van de toestand in de Rand opgesteld: 'Een blik op de Vlaamse Rand 2019', met een Toelichtingsnota. Er wordt onder meer gepeild naar de nationaliteit van de moeder en de taal die moeders met hun kinderen praten. De telling gebeurt op basis van gegevens van Kind en Gezin. Het blijkt dat 58,7 % van de moeders in de Vlaamse Rand de Belgische nationaliteit hebben (2017). Ter vergelijking: voor de provincie Vlaams-Brabant is het percentage 71,7 %, voor het Vlaams Gewest 69,9 %, voor het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest 33,3 %. Uit dezelfde telling (2017) blijkt dat 40,9 % van de moeders Frans spreken met hun kinderen, tegenover 31,7 % Nederlands. De rest spreken andere talen. In het Vlaamse Gewest spreken 71,1 % van de moeders Nederlands, tegenover 5,8 % Frans. In het Brusselse Gewest spreken 31,4 % van de moeders Frans tegenover 19,1 % Nederlands.

Het is dus duidelijk dat de Vlaamse Rand in de nabije toekomst op taalkundig vlak een aantal kenmerken zal krijgen die afwijken van de rest van Vlaanderen. Wel heeft de Vlaamse overheid in de Vlaamse Rand meer hefbomen voor een taalbeleid dan in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest.

Voor alle duidelijkheid: de ‘Vlaamse Rand’ wordt in het statistisch onderzoek bepaald als de zes gemeenten in Vlaams-Brabant die taalfaciliteiten hebben plus dertien gemeenten die grenzen aan een van de zes gemeenten met taalfaciliteiten of aan een van de negentien gemeenten van het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest. Het onderzoek noteert ook grote onderlinge verschillen tussen de onderzochte gemeenten zelf.

De contingentering

In het verleden werd er een beperking doorgevoerd van het aantal studenten die de studies van arts of tandarts mogen aanvatten. De bedoeling was om een ‘overproductie’ van artsen en tandartsen te voorkomen waardoor de beoefenaars van deze beroepen een ‘marktconform’ inkomen kunnen verwerven. Heden is er eerder een dreiging van een tekort dan wel een overschot van artsen en tandartsen en staat deze beperking onder druk. Een bijkomend gegeven is dat de beperking altijd strenger is toegepast in Vlaanderen dan in Franstalig België waardoor het artsentekort vooral aan Nederlandstalige kant is te voelen. De nieuwe Vlaamse minister van Onderwijs, Ben Weyts, wil het aantal studieplaatsen aan de universiteiten uitbreiden maar sommige verenigingen van artsen en studenten vrezen een overaanbod aan afgestudeerden. Dat zou als gevolg kunnen hebben dat niet elke houder van een diploma ook een RIZIV nummer zal krijgen van de federale overheid met daaraan gekoppeld de bevoegdheid om het beroep effectief uit te oefenen.

3.2. Het Vlaamse regeerakkoord

Vlaamse zorg en Vlaamse Sociale Bescherming in Brussel?

De inwoners van het Vlaamse Gewest, dus ook de Vlaamse Rand, zijn verplicht om een aansluiting te nemen bij de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). Voor de Brusselaars geldt deze verplichting niet, maar zij kunnen zich wel vrijwillig aansluiten waardoor zij recht hebben op zorg in door de Vlaamse Gemeenschap erkende of gesubsidieerde instellingen. In Brussel heeft ook de GGC (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) bepaalde bevoegdheden voor de gezondheidszorg. Er bestaat echter vandaag geen Brussels equivalent voor de Vlaamse VSB. Een gesprek tussen de Vlaamse Gemeenschap en de GGC dringt zich dan ook op. Dat wordt ook erkend door de Vlaamse regeringspartijen. Wij citeren uit het Vlaamse regeerakkoord:

‘We bieden de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest verder de mogelijkheid om aan te sluiten bij de VSB en te genieten van de rechten op VSB. Gezien de specifieke situatie van Brussel gaan we in dialoog met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie om de afstemming zo goed mogelijk te regelen in een Samenwerkingsakkoord.’ (Vlaams regeerakkoord, 2019)

‘We werken verder aan een gecoördineerd welzijns- en gezondheidszorgbeleid voor Brussel, in overleg met alle

relevante partners. We waken er over dat de Vlaamse Sociale Bescherming in zijn integraliteit aangeboden blijft worden in Brussel. We stimuleren de Brusselaars via een promotiecampagne om zich bij de VSB aan te sluiten. We evalueren nauwgezet de impact van de persoonsvolgende financiering op het welzijnsbeleid in Brussel. Gelet op de hoge armoedecijfers in Brussel hebben we bij de uitoefening van onze gemeenschapsbevoegdheden specifieke aandacht voor armoedebestrijding’ (Vlaams regeerakkoord 2019) Wil Vlaanderen relevant blijven in Brussel, dan moet het zich ook engageren om verder te investeren in sectoren zoals de gezondheidssector. De Brusselaar heeft in de praktijk de keuze om al dan niet gebruik te maken van de diensten die aangeboden of gesubsidieerd worden door de Vlaamse Gemeenschap. Er is dan ook nood aan een criterium voor het bepalen van de investeringen van de Vlaamse Gemeenschap in Brussel. Ook hierover zijn er afspraken in het Vlaams regeerakkoord: de z.g. Brusselnorm.

‘We blijven investeren in onze gemeenschapsbevoegdheden in Brussel. De Brusselnorm staat centraal bij het investeren in infrastructuur en dienstverlening ten behoeve van de Brusselaars. De Vlaamse Gemeenschap beschouwt voor haar beleid in Brussel 30% van de Brusselse bevolking als haar doelgroep en besteedt minstens 5% van de Vlaamse middelen voor gemeenschapsbevoegdheden aan beleid in en voor Brussel.’ (Vlaams regeerakkoord, 2019)

Engagement in de Rand?

Zoals dat ook het geval is in andere steden oefent Brussel als grootstad een centrumfunctie uit op de inwoners van de Vlaamse Rand. Heel wat inwoners uit de Vlaamse Rand doen ook voor hun gezondheidszorg een beroep op zorgverstrekkers uit de hoofdstad. Sommige instellingen spelen daar actief op in. Zo hebben de drie universitaire ziekenhuizen binnen Brussel-19 een locatie gekozen dichtbij de Vlaamse Rand. Een wat ongewild neveneffect is dat de Vlaamse Gemeenschap (te?) weinig heeft geïnvesteerd in de Vlaamse Rand. Wij citeren uit de ook eerder geciteerde Toelichtingsnota van de Vlaamse Administratie bij ‘Een blik op de Vlaamse Rand 2019’.

‘Zowel in het regeerakkoord van de Vlaamse Regering voor de periode 2009-2014 als in dat voor de periode 2014-2019 wordt de achterstand op het vlak van welzijns- en gezondheidsaanbod in de Vlaamse Rand en bij uitbreiding in het arrondissement Halle-Vilvoorde aan de kaak gesteld. Verschillende oorzaken liggen aan de basis van die achterstand: hogere grond- en infrastructuurprijzen, beperkte mobiliteit in de regio, tekort aan initiatiefnemers en zorgkrachten, kleinere bestaande voorzieningen en een grote groep van anderstaligen die beroep doen op een zorgaanbod in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest’ (p. 28)

3.3. Het Brusselse regeerakkoord: betere toegang tot de gezondheidszorg, aanpak van de ongelijkheid en aandacht voor de tweetaligheid

Niet alleen het Vlaamse beleid maar ook het Brussels



beleid is relevant voor de gezondheidszorg in Brussel en de Vlaamse Rand. De politieke meerderheid in de GGC is dezelfde als in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Wij hadden het eerder reeds over de dreiging van ongelijkheid, ook ruimtelijk. Dat wordt erkend in het Brussels regeerakkoord. Wij citeren:

‘Het beleid inzake welzijn, gezondheid en sociale cohesie is van essentieel belang voor het Brussels Gewest. In de globale cijfers voor het Brussels Gewest komt tot uiting hoe groot de sociaal-ruimtelijke ongelijkheid is binnen ons grondgebied: er bestaat een al te groot verschil in armoede tussen de Brusselse wijken en gemeenten.’ (Brussels regeerakkoord, 2019)

‘Bij de uitvoering van deze plannen wil de Regering een dubbele omslag maken in het welzijns- en het gezondheidsbeleid: een sociale omslag naar een vermindering van de sociale ongelijkheid en een organisatorische omslag naar een betere organisatie van de zorgverstrekking en het welzijnsbeleid met garanties voor de toegankelijkheid, de kwaliteit en de duurzaamheid van de zorg.’ (Brussels regeerakkoord, 2019)

Wij hadden het eerder ook over de noodzaak tot tweetaligheid in de gezondheidszorg. Ook dit probleem wordt erkend, zij het dat men spreekt over ‘externe tweetaligheid’.

‘In een bredere context verbindt de Regering zich tot de naleving van het principe van « externe tweetaligheid ». Dit principe zal loyaal worden uitgevoerd. Er worden begeleidingsmiddelen voorzien voor de toepassing ervan, samen met gerichte maatregelen zoals opleiding (ook tijdens de werkuren) en premies, zodat reële vooruitgang kan worden geboekt in de verschillende organisaties.’ (Brussels regeerakkoord, 2019)

Tot besluit

De gezondheidszorg is niet alleen essentieel voor het welzijn van de bevolking, het is ook een belangrijke economische sector waar vele en zeer uiteenlopende actoren aanzienlijke geldstromen beheren. Zorgbehoevenden of patiënten zijn niet zomaar een doelgroep van de zorg. Zij zijn ook burgers en consumenten. Gezondheidsbedrijven, of zij nu publiek zijn of privé, dan wel werken op non-profit basis of markt gestuurd, zijn onderworpen aan economische wetmatigheden: zij werken in een competitieve omgeving, moeten financieel voldoende sterk staan en moeten, zeker in een krappe arbeidsmarkt, voorzien in werkbaar werk voor hun medewerkers.

De overheid moet politieke keuzes maken voor de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg en moet zorgen voor het nodige wetgevende en administratieve kader.

Brussel en de Vlaamse Rand vormen een verstedelijkt en dichtbevolkt gebied. De welvaart is hoog maar ook wel ongelijk verdeeld. In principe zijn er mogelijkheden om een volledig en performant netwerk van gezondheidsvoorzie-

ningen uit te bouwen. Er zijn echter zowel kansen als kanttekeningen. De mobiliteit is een probleem. De demografie is heel specifiek: de bevolking in Brussel en de Vlaamse Rand is jonger dan in de rest van Vlaanderen, België en Europa en is bovendien ook heel divers. De arbeidsmarkt is krap. De politieke verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg is, in tegenstelling tot andere beleidsdomeinen zoals bijvoorbeeld onderwijs of defensie, sterk versnipperd tussen de federale overheid en de deelstaten.

Een bijzonder aandachtspunt is de taalsituatie, in het bijzonder de positie van het Nederlands. In Brussel vergroot de kennis van het Nederlands maar verzwakt de positie van het Nederlands in de zorg. In de Rand dreigt een ‘ontnederlandsing’ in bepaalde gemeenten. Zorg om de taal heeft niet alleen te maken met de kwaliteit van de zorg of met de rechten van de patiënten en zorgbehoevenden. Er zijn ook belangrijke financieel-economische aspecten aan de problematiek. In een krappe arbeidsmarkt wordt het steeds moeilijker om Nederlands kundige zorgverstrekkers te vinden en moet men dus investeren in mogelijkheden voor deze medewerkers om onze taal aan te leren. Een ander discussiepunt is de contingentering of de beperking van het aantal studenten die de studies van arts of tandarts kunnen aanleren. Dit debat heeft meerdere aspecten en wordt zeker vervolgd.

Referenties

- *Beleidsnota 2019-2024 Vlaamse Rand*, ingediend door viceminister-president Ben Weyts
- *Beleidsnota 2019-2024 Brussel, Een sterke band tussen Brussel en Vlaanderen*, ingediend door minister Benjamin Dalle
- *Een blik op de Vlaamse Rand 2019*, Toelichtingsnota, Vlaamse Overheid, Agentschap Binnenlands Bestuur
- *Cijferboek Vlaamse Rand 2019*, Vlaamse Overheid, Agentschap Binnenlands Bestuur
- *Migraties tussen de gewesten in België*, oktober 2019, gemeenschappelijk onderzoeksrapport BISA Brussel, Statistiek Vlaanderen en IWEPS Wallonie
- *BISA Perspective Brussels, Mini-BRU, Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in cijfers*, editie 2019
- *Vlaams Regeerakkoord 2019-2024*
- *Brussels Regeerakkoord 2019-2024*
- Interview met Vlaams Minister Wouter Beke, *Zorgwijzer*, December 2019, p. 6-10
- Interview met Professor Jan De Maeseneer, *Knack*, 18-24 September 2019
- American Health Care. Diagnosis: opaque, *The Economist*, 23-29 November 2019, p. 57-58
- Rudi Janssens, 2018, *Meer-taligheid als opdracht. Een analyse van de Brusselse taalsituatie op basis van taalbarometer 4*, VUB-PRESS, 135 p.

Nederlandstalige gezondheidszorg in Brussel en de Vlaamse Rand

Dr Erika Vander Meersch
huisarts, voorzitter Doktersgild Van Helmont

I) ZORGAANBOD VOOR DE NEDERLANDSTALIGE BRUSSELAAR

A) Zorggebruikers

Thuis taal huidige Brusselaars : volgens het taalbarometeronderzoek (TB) van 2018 van R. Janssens voor BRIO (Brussels Informatie-, Documentatie- en Onderzoekscentrum) was de thuistaal van de Brusselaars bij 52,2 % eentalig Frans , bij 5,6 % was dit eentalig Nederlands , bij 10,7 % een mix Ndl/Fr , bij 10,1 % een mix van Fr/andere talen en bij 21,4 % was dit een andere taal.

Taalgebruik patiënten :

Uit gegevens van de verschillende taalbarometeronderzoeken (TB) van R. Janssens halen we ook cijfers i.v.m. het taalgebruik van de patiënt bij de arts in Brussel :

“Taalgebruik van de Nederlandstalige Brusselaar bij de dokter”

	TB1 2001	TB3 2013
Frans	50,4%	20,6%
Nederlands	41,2%	46%
NDL/Fr	6,2%	18,3%
Ndl/Fr/Eng	-	12,7%

Er wordt dus met de jaren steeds gemakkelijker een mix van Ndl/ Fr gesproken , en zelfs mix met Engels .

B) Zorgverleners : de uiteenzetting wordt beperkt tot artsen en verpleegkundigen .

Artsen :

hoeveel huisartsen en specialisten werkzaam in Brussel zijn ingeschreven bij de Orde van Artsen van Vlaams-Brabant en Brussel?

Idem voor de artsen werkzaam in de Rand.

De Orde weigerde dit mede te delen wegens hun privacy-regels .

Een aantal Franstalige artsen kent ook wel voldoende Nederlands om correct met de patiënt in het Nederlands te kunnen communiceren . Hierover bestaan er geen gegevens .

I - Extra-muros :

Hoe kan een Nederlandstalige patiënt in Brussel een Nederlandssprekende huisarts of specialist , verpleeg-

kundige , andere zorgverlener vinden ?

Zorgzoeker.be : is een tool die oorspronkelijk door het Huis Voor Gezondheid in Brussel ontwikkeld werd maar sedert enige tijd uitgerold werd voor heel Vlaanderen.

Is thans : “ de socialekaart.be” . Dit wordt niet goed bijgewerkt , is onvolledig en niet gebruiksvriendelijk.

Men zoekt ook via buur , familie , apotheker , vroegere huisarts .

“Brussels boekje “ , een uitgave van het Kenniscentrum WWZ (welzijn , wonen , zorg), is een adressengids voor welzijn en gezondheid en bevat veel informatie betreffende Nederlandskundige zorgverleners in 1^{ste} lijn . Is soms onvolledig .

De BHAK, **Brusselse Huisartsenkring** (erkende Vlaamse huisartsenkring in Brussel) , telt 82 leden in 2019 . Er waren ook 21 HAIIO's (huisartsen in beroepsopleiding) werkzaam in deze praktijken.

In 2018 kende 64% van de artsen van de BHAK een patiëntenstop !

Verpleegkundigen : in het “Brussels boekje” vinden we +/- 45 praktijken waarbij men in het Nederlands terecht kan.

2 - Huisartsenwachtdiensten

In 1979 was het VAV, toen nog VGV, 1 van de medestichters van de Vlaamse Wachtdienst Brussel .

Deze wachtdienst werd toen opgericht om de continuïteit van zorg voor Nederlandstalige patiënten in Brussel te kunnen verzekeren in het Nederlands tijdens het WE en op feestdagen , wat voordien absoluut niet het geval was. Later werd de wachtdienst omgevormd tot huisartsenkring , de BHAK .

In samenwerking met de BHAK werd de Huisartsenwachtpost Terranova opgericht in 2007 : dit was de enige Brusselse HWP die zorg in het Nederlands kon garanderen.

In 2016 besloot de BHAK om een samenwerking met de Franstalige huisartsenwachtdiensten van de FAMGB aan te gaan via een nieuwe structuur “Garde bruxelloise-Brusselse Wachtdienst”, met het doel minder wachten te moeten presteren .

Gezien de meeste Franstalige collega's geen of bitter weinig Nederlands kennen kon met de GBBW geen garantie geboden worden op Nederlandstalige zorg .

Een aantal (oudere) leden van de BHAK uitten hun bezorgdheid hierover en er werden daarom adviezen ingewonnen bij de Orde van Artsen , de PGC(Provinciaal Geneeskundige Commissie) en de bevoegde minister (Minister De Block) :

De PGC adviseerde 2 wachtposten waar de patiënt in het Nederlands terecht kan en een Selor-taalttest niveau C1.

Advies Orde : “Een fusie van beide wachtdiensten kan niet tegengehouden worden mits voldaan wordt aan het wettelijk kader en aan de deontologische vereisten , waartoe zowel de grondige kennis van de streekta(a)l(en)

behoort als de gelijke verplichtingen voor artsen van beide taalgroepen w.b. wacht doen. Aan de patiënt wordt de keuze gelaten of de factor tijd ondergeschikt is aan de factor taalbeheersing.”

Advies Minister De Block : “De krachtlijnen van de hervormde wachtdienst bieden m.i. te weinig garanties op een gedegen kwaliteitsvolle verzorging in de eigen taal voor de Nederlandstalige patiënt in Brussel.”

Het toenmalig bestuur van de BHAK zette deze samenwerking met de GBBW in 2016 toch door .

Tevens werd de doorverwijzing naar de Vlaamse HWP Terranova geblokkeerd en werkte men liever aan de verdere uitbouw van (Franstalige)HWP .

Thans wordt in de GBBW slechts in 1 van de 5 HWP tweetalige zorg gegarandeerd tijdens het WE en op feestdagen, niet tijdens de week. Tevens is tijdens het WE en op feestdagen slechts 1 tweetalige rijdende wachtarts van dienst, evenmin tijdens de week.

Van de +/- 1400 leden van de FAMGB hebben er +/- 50 het Selor-taalattest , niveau B2 (= lager dan niveau gevraagd door de PGC) .

In 2019 staan +/- 60 leden van de BHAK en 20 HAIO's uit die praktijken ook in voor de tweetalige wachtbeurten.

3 - Ziekenhuizen

De uiteenzetting wordt hier beperkt tot de algemene ziekenhuizen .

Via de taalwetgeving van 1932 en 1963 dient de tweetaligheid (waarmee bedoeld wordt de 2 officiële landstalen voor het tweetalig hoofdstedelijk gebied) van de ziekenzorg in Brusselse openbare ziekenhuizen gegarandeerd . Deze taalwetgeving geldt niet voor de privé-ZH en de universitaire ZH , behalve voor de spoedgevallendiensten.

Rudy Janssens en Antoon Cox deden onderzoek naar het taalgebruik in deze ZH :

“Taalgebruik in de Brusselse Ziekenhuizen “ BRIOfiche dd 30/11/2013 .

Taalgebruik Brusselaars in de Brusselse ZH

	TB1 (2001)	TB3 (2013)
Frans	87,5 %	67,4 %
Nederlands	4,9 %	2,5 %
Ndl/Fr	4,4 %	9,6 %
Ndl/Fr/Eng		17,1 %

Uit deze taalbarometeronderzoeken stellen we vast dat Brusselaars uit een eentalig Nederlandstalig gezin in een Brussels ZH in 2013 in 20,2% der gevallen enkel Frans spraken , in 31,2 % enkel Nederlands , in 33,1 % een mix van Nederlands /Frans en in 13,7% der gevallen een mix

van Ndl/Fr/Engels.

Patiënten kunnen zich theoretisch vooraf informeren of de arts die ze willen raadplegen in het ZH wel Nederlands kent .

Sommige ZH geven op hun website de taalkennis van hun artsen aan.

De openbare ZH verstrekken hierover geen informatie.

Het probleem is wel anders bij bezoek op de spoeddiensten en bij spoedopnames .

De taalproblematiek vinden we ook terug bij de dienst 100 en de MUG: 80 % van de MUG-artsen in Brussel kent geen Nederlands .

(Dr Gerlant Van Berlaer , kinder-en spoedarts UZ Brussel , in Artsenkrant nr 2588 dd 24/5/2019)

In het tijdschrift “Spoedmagazine” van jan-maart 2019 schreef Dr Steven Raeymaeckers een opiniestuk over de MUG-interventies in Brussel en de Rand .

De dienst 112 Brussel zal voor een interventie steeds beroep doen op ziekenwagen van Brussel , zelfs indien een Vlaamse ziekenwagen sneller ter plaatse kan zijn. Brussel negeert het principe van snelste adequate hulp : elk woord is van belang maar dat wordt duidelijk niet juist begrepen.

Maar : de dienst 112 Leuven zal voor de Vlaamse rand rond Brussel wel assistentie vragen van een ziekenwagen van Brussel , vaak bemand met eentalig Franssprekende ambulanciers.

De MUG van het Erasmus-ZH wordt opgeroepen voor Dilbeek , Lennik , Gooik , St Pieters Leeuw. Hun personeel is Nederlands onkundig.

Sedert 2014 kent Brussel en belangrijke instroom van buitenlandse artsen , die vooral werkzaam zijn in de ZH , vaak op de spoeddiensten .

Gezien het vrije verkeer van mensen in Europa kan ons land deze instroom van bv. Roemeense , Poolse en Letse artsen niet beletten . Deze artsen kiezen meestal Frans als inburgeringstaal in ons land en hier stelt zich dus een groot probleem gezien deze artsen vaak ingezet worden om de wachtdiensten te verzekeren in de ZH en de MUG te bemannen.

(De Standaard 07/02/2019)

Dit belangt zowel de patiënten van Brussel als deze van de Rand aan . Patiënten uit de Rand worden immers vaak opgenomen in Brusselse ZH.

Schriftelijke taalklachten verzamelen van Nederlandstalige patiënten blijft al jaren praktisch onmogelijk : patiënten zijn bang dat ze minder goed gaan verzorgd worden als ze klacht indienen.

W.b. de verpleegkundigen is de toestand niet beter . Gezien het permanent te kort aan verpleegkundigen voert ons land die ook permanent in : het grootste deel uit Europa .

Degenen die afkomstig zijn uit een niet-Europees land moeten een taaltest afleggen, degenen uit een ander Europees land niet.

Er is wel een voorstel om dit ook voor hen verplicht te laten gelden (Yoleen Van Camp).

4 - Palliatieve zorg

A) Thuiszorg

In Brussel zijn 3 teams erkend door de GGC : Palliabu , Semiramis en Continuing Care .

De medewerkers van deze teams zijn verre van tweetalig .

De Vlaamse huisartsen in Brussel doen voor hun Nederlandstalige patiënt meestal beroep op Omega , de palliatieve thuiszorg-equipe voor de regio Halle- Vilvoorde en voor de Nederlandstalige patiënten in Brussel .

B) Een aantal ZH hebben een eenheid palliatieve zorg:

St Jan-ZH , Europa-ZH , Brugmann , St Pieters-ZH , Bordet en St Luc .

Kan Nederlandstalige patiënt hier overal terecht in eigen taal ?

5 - Preventie-programma's :

Preventie is een bevoegdheid van de gemeenschappen. Gezien de andere aanpak in Vlaanderen en in Wallonië stelt dit voor de Brusselse bevolking soms een praktisch probleem .

Het overleg binnen de GGC (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) hierover dient beter georganiseerd .

Borstkankerscreening : er bestaat hiervoor een protocolakkoord tussen GGC, Brussel-hoofdstad , VI Gemeenschap en Fr Gemeenschap sedert 2004. Dit leidde tot de oprichting van Brumammo = Brussels coördinatiecentrum voor opsporing van borstkanker. De uitnodigingsfolder is tweetalig .

Colonkankeropsporing : in Brussel werden inwoners , ook Vlaamse , uitgenodigd in het Frans . Vanuit de Vlaamse Gemeenschap werden de Vlamingen uit de doelgroep in Brussel nooit aangeschreven : men moest er zelf actief naar vragen !

Sedert 2019 verloopt de coördinatie hiervoor ook via Brumammo en ontvangen de personen uit de doelgroep een tweetalige uitnodigingsbrief.

Vaccinatieschema's

De aanbevolen vaccinatieschema's lopen niet helemaal gelijk tussen Vlaamse en Franse Gemeenschap maar er is gelukkig wel overeenstemming in de toe te dienen vaccinaties .

Gratis vaccins aanvragen voor kinderen en registreren van vaccinaties gebeurt via Vaccinet voor Vlaanderen en via e.vax voor de Franse Gemeenschap .

6 - Woonzorgcentra

Onderzoek onder leiding van Prof. D. Devroey, met Cecile Kalala Ntumba , Vakgroep Huisartsgeneeskunde VUB 2012 : "Taal gerelateerde problemen in Brusselse woonzorgcentra " .

Voor dit onderzoek werden de hoofdverpleegkundigen van alle Brusselse woonzorgcentra gecontacteerd : slechts 21 centra (= 13%) vulden deze vragenlijsten volledig in .

Hiervan hadden er 12 een tweetalig statuut , 2 een Nederlandstalig en 7 een Franstalig .

In deze WZC was slechts 4% van de bewoners van buitenlandse afkomst .

Van de bewoners sprak 80% slechts 1 taal , waarvan 72,6% enkel Frans , 6,9% enkel Nederlands.

Van de zorgverstrekkers sprak 94% Frans en 6% Afrikaans (Opm: dit betreft verschillende Afrika. Talen) 23% Arabisch 21% Nederlands 7% Engels

Om de continuïteit van de zorg in het Nederlands te kunnen garanderen (dus met inbegrip van nachten en WE) heeft men minstens 5 Nederlandssprekende zorgverstrekkers nodig.

Van de 7 WZC met Franstalig statuut waren er 3 zonder 1 Nederlandssprekende zorgverstrekker en slechts 1 met minstens 5 Nederlandssprekende zorgverstrekkers.

Van de 12 WZC met 2-talig statuut was er 1 zonder 1 Nederlandssprekende zorgverstrekker en 6 met minder dan 5 Nederlandssprekenden .

Ook de animatie-activiteiten werden niet steeds aangeboden in 2 talen , wat soms tot sociale isolatie van de bewoner leidde .

9 van de 21 WZC meldden moeilijke communicatie met bewoners omwille van de taalbarrière .

Er werd wel gezocht naar oplossingen als o.a. taallessen , vertalingen via internet of woordenboek , gebarentaal , inschakeling van familie , ...

Reden van de beperkte deelname aan de enquête : tijdsgebrek ? Geremd om melding te maken van de taalproblematiek ?

Huis voor Gezondheid

Dit is een Brusselse netwerkorganisatie die Nederlandssprekende zorgverleners aantrekt , ondersteunt en verbindt.

- Streeft naar een kwaliteitsvol zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor de Nederlandssprekende patiënt .
- Trekt naar middelbare scholen om studenten aan te trekken voor een opleiding in de zorg.

- Probeert studenten warm te maken voor een werkplek in Brussel en werkt daarom bvb aan het faciliteren van stageplaatsen in Brussel (artsen en verpleegkundigen).

Huis van het Nederlands : is 1 van de organisaties die taalacties organiseert in Brussel.

Kreeg een coördinatie-opdracht van de GGC i.v.m. het tweetalig maken van het personeel in ZH en WZC.

In 2019 werden taalacties georganiseerd voor 4 privé-ZH-groeperingen , in totaal 11 vestigingen .

Vooral voor verzorgend personeel , minder voor onthaal- en administratief personeel. Soms eens voor artsen . In 2018 volgden 353 medewerkers op vrijwillige basis les (gemiddeld 32u).

II) ZORGAANBOD IN DE VLAAMSE RAND :

Hieronder vallen volgende 19 gemeenten : Asse, Beersel, Dilbeek, Drogenbos, Grimbergen, Hoeilaart, Kraainem, Linkebeek, Machelen, Meise, Merchtem, Overijse, Sint Genesius Rode, Sint Pieters Leeuw, Tervuren, Vilvoorde, Wemmel, Wezembeek-Oppem, Zaventem.



(Vlaamse overheid , Agentschap binnenlands bestuur)

We tellen 2 algemene ziekenhuizen in de rand , nl het O-L-Vrouw-ZH Aalst,campus Asse, en het Portaels-ZH in Vilvoorde.

Uit gegevens van onderzoek van R. Janssens “Taalgebruik in de Vlaamse Rand” BRIO-matrix-fiche dd 10/12/2014 blijkt dat 50% van de inwoners uit een eentalig Nederlandstalig gezin komt , en 20% uit een eentalig Franstalig gezin . Verder zijn er veel buitenlanders die Engels of Duits als 1^{ste} taal hebben.

1 - In welke ZH worden de inwoners van de rand opgenomen ?

Deze gegevens vinden we terug bij de FOD Volksgezondheid,Dienst Data en Beleidsinformatie Minimale Ziekenhuisgegevens : MZG 2016 klassieke hospitalisatie ,

marktaandeel per gemeente van herkomst van de patiënten met min. van 5% , alle leeftijdscategorieën samen . De cijfers voor 2017 zijn bijna gelijk . Volgende cijfers geven 70 tot 80% weer van de ziekenhuisopnames per gemeente.

We weten hier niet hoeveel van deze opnames via spoed verliepen .

Tevens weten we hier ook niet per ZH welke de taal van deze patiënten is :enkele voorbeelden

Dilbeek

UZ Brussel Jette 25,3%

O-L-Vrouw Aalst 25,7 %

ErasmusZH Anderlecht 12,0%

IRIS- ZH- Zuid Etterbeek 7,1 %

St Pieters Leeuw

AZ Maria Halle 35,9%

ErasmusZH Anderlecht 20,4%

UZ Brussel Jette 10,6%

Drogenbos

EuropaZH Ukkel 30,4 %

Erasmus Anderlecht 17,8

E.Cavell 12,0%

IrisZH Zuid Etterb 10,0 %

St MariaZH Halle 6,5 %

Kraainem

St Luc Woluwe 50,9%

E. Cavell Oudergem 9%

EuropaZH Ukkel 8,5%

St JanZH Brussel 5,4%

UZ Leuven 5,8%

Zaventem

St Luc 25,6%

nUZ Leuven 23,4%

AZ Portaels 14,2%

EuropaZH Ukkel 5,9%

UZ Brussel 5,2%

Globaal stellen we vast dat de nabijheid/bereikbaarheid van het ziekenhuis een rol speelt .

2 - Huisartsenwachtdiensten/ spoeddiensten ZH

Naargelang de huisartsenkring zijn er al dan niet ook Franstalige huisartsen lid , maar die zijn dan tweetalig en nemen deel aan de lokale huisartsenwachten.

In enkele gemeenten zouden Franstalige artsen deelnemen aan de wacht in Brussel .

Enkele kringverantwoordelijken melden dat opnames via spoed in een Brussels ZH soms “moeilijk” verlopen wegens taalproblemen , en dit sedert jaren. Er wordt geen verbetering vastgesteld, integendeel.

3 - Woonzorgcentra

R. Janssens en D. Kavadias brachten voor Brio een rapport uit in jan. 2018 “ In de ban van de Rand” .
Er werden soms klachten genoteerd van inwoners over Nederlands onkundigheid van personeel , vooral in jobs die met zorg te maken hebben .
Het Agentschap Zorg en Gezondheid plaatste in maart 2019 6 WZC in Vlaams-Brabant onder verscherpt toezicht , o.a. wegens te kort aan personeel en te weinig personeel dat Nederlands sprak .

Besluit :

De sedert jaren gekende taalproblematiek in de zorgsector in Brussel en de Rand blijft een probleem , vooral w.b. wacht- ,spoed- en MUG-diensten.
De toestand zou zelfs verslechteren, o.a. door de buitenlandse artsen die in de ziekenhuizen vooral ingezet worden voor de wacht- en spoeddiensten.
Ook in de WZC kan soms een onaanvaardbaar te kort aan Nederlandssprekend personeel vastgesteld worden.

Het MaxiPlan, de rem op je medische kosten

Terugbetaling van **50 %** van **alle** wettelijke remgelden tot **1.000 euro!**

Tandzorgen tot **500 euro**

Hoorapparaten tot **500 euro**

Orthodontie tot **250 euro**

Geboorteforfait tot **200 euro**

Anticonceptie tot **25 euro**

Ontdek meer voordelen op vnz.be of bel gratis 015 28 90 90

vnz, verrassend voordelig

vnz
Vlaams & Neutraal
Ziekenfonds

Vraag en antwoord, debat na het symposium

Geert Debruyne : Een vraag voor Marc Geboers in verband met de nieuwe netwerken van ziekenhuizen. Is het onmogelijk om netwerken te vormen over de verschillende gemeenschappen heen ?

Marc Geboers : Hier is over gediscuteerd maar uiteindelijk heeft de politiek dit op een andere manier opgelost
Jurgen Constant (VNZ) : Kan Vlaanderen de middelen in kader Brussel- norm koppelen aan taaleisen en het respecteren taalwet . Ook een vraag in verband met andere bevoegdheden : de kinderbijslag is geregionaliseerd is dit niet tegen grondwet ?

Marc Geboers : De Franstaligen hebben in Brussel mijn inziens de grondwet overtreden in deze materie door de bevoegdheden over te dragen naar de Gemeenschappelijke Gemeenschaps Commissie (GCC).

Wouter Pas : De grondwet laat toe dat bijzondere wetgever uitzonderingen voorziet (art 129 grondwet). Wat betreft het doorgeven van bevoegdheden van COCOF naar GCC : een instelling valt onder een bepaalde overheid, een organisatie wordt geacht niet uitsluitend tot Franse gemeenschap te behoren. Als een organisatie Franstalig is de Franstalige gemeenschap bevoegd. Men heeft vastgelegd dat ze als organisatie extern 2 taligheid zullen hanteren. Anderzijds stelt men geen taaleisen aan personeel. Het is dus juridisch onzeker, als iemand een procedure opstart bij het Grondwettelijk hof kunnen we hier nog plezier aan beleven

De Heer Becu (VVA) : De Vlaamse gemeenschap beschouwd 30% van de Brusselaars als Nederlandstaligen die recht hebben op ondersteuning. In de realiteit ligt dit percentage veel lager. Gebeurt de financiering nog altijd op deze 30% regel ? Is dat dan geen overfinanciering ? Kunnen Franstaligen vanuit opportunisme gebruik maken Vlaamse ondersteuning ?

Jan Degadt : De Brussel norm omschrijft een doelgroep. De politieke doelgroep wordt vastgelegd op 30% Moeten de leden van die doelgroep aan de voorwaarden voldoen? In onderwijs is er een vrije keuze gezinshoofd. In de zorg is er ook keuze vrijheid om zich aan te sluiten. Er zijn geen taalvereisten voorzien .

Wouter Pas : Het gaat inderdaad over een doelgroep. In het onderwijs financiert Vlaanderen 20 tot 25% van de Brusselse scholieren. Er is een verschil tussen de doelstelling en de werkelijke financiering die men vrij maakt. Vlaamse gemeenschap in Brussel richt zich niet alleen tot Nederlandstaligen maar alle kinderen. Juridisch kan je niet weten wie Vlaming is of niet. Er is voorlopig geen subnationaliteit.

Marc Moens (VAS , VBS) : Vraag voor de Heer Pas : in verband met de subquota in artsenopleiding Dit is anders georganiseerd in Vlaanderen als in Franstalig landsgedeelte. In Vlaanderen ligt bevoegdheid sinds 6^{de} staathervorming bij minister welzijn en gezondheidszorg, in Franstalig landsgedeelte ligt bevoegdheid bij minister president. Franstalige minister hoger onderwijs delegeert dit naar Minister President van de Federation bruxelles-wallonie. Hoe in Brussel regelen ?? Er is immers verschillende regelgeving

Wouter Pas : verwarring bewijst dat presentatie geslaagd is, jurist weet het zelf ook niet. Bijzondere wet zegt dat dit de bevoegdheid is van GCC . Je kan dit lezen als : moet per taalgroep bepaald worden. Anderzijds nauwe band met invulling onderwijsbevoegdheid, opleiding arts en mogelijkheid zich te specialiseren. Meer elementen wijzen dat het aansluit bij onderwijsbevoegdheid. Het kan dan beter door onderwijs worden ingevuld worden

Dirk De Wolf (VAZG) Ik zou graag een hypothese voorleggen : naar mijn aanvoelen is de meest realistische stap in de defederalisering van de gezondheidszorg een communautarisering zonder splitsing van de sociale zekerheid. Dit betekent werken met dotaties aan de gemeenschappen met een eigen bestedingsautonomie van de gemeenschappen. Vinden de panelleden dit realistisch op korte termijn ? 3 tot 4 politieke partijen zijn hier mee akkoord, dit is ook niet uniek, er bestaat een gelijkaardig systeem voor Schotland en Wales binnen het UK.

Erica Vander Meersch : Dit is een optie die men kan nemen. Geen oordeel over betere waarborg

Jan Degadt : Ook in Duitsland en Oostenrijk is er een gelijkaardig systeem. Het is belangrijk ook het gevoelige punt van de transfers goed te bekijken anders wordt fundamenteel probleem niet opgelost. Wat zijn de implicaties van deze vorm van defederalisering op de transfers? Structureel probleem moet op voorhand uitgepraat worden.

Marc Geboers : Het Brussels verhaal is zeer complex heb ik vandaag geleerd. Op zichzelf lijkt me dit als idee

bijzonder interessant. Eigen idee over tegengaan versnippering zorg, andere accenten in verschillende regio's. Techniciteit van hele verhaal in Brussel wordt wellicht complex

Wouter Degadt : Als er een defederalisering komt zal het die vorm hebben. Het is dezelfde constructie als bij verdeling kinderbijslag, verdeling dotaties, zelf beslissen welk beleid. Ik voorzie veel moeilijkheden bij het bepalen van de verdeelsleutel dotaties. Bij gezinsbijdragen is dit nog vrij eenvoudig. Wat zijn criteria bij gezondheidszorg ? Hoe responsabilisering inbouwen dat geld goed geïnvesteerd wordt.

Gilles Verstraeten (NVA parlamentslid Brussel) : Brussel is uiterst complex wat gemeenschapsbevoegdheden betreft. GGC is meer en meer een actor, bv ook ivoor de inburgering, e trajecten in Brussel. Deze verlopen 2-talig. Er is een boeiende discussie ontstaan met vraag staatsraad in kader Vlaamse bescherming. Een Brusselse zorgverzekering, niet rond geraakt, keuze tussen verzekering Br en VL geen duidelijkheid. Fr willen verplichte Br zorgverzekering kan dat grondwettelijk ? GGC kan het niet onmogelijk maken andere gemeenschappen om bevoegdheid uit te voeren.

Wouter Pas : Ik kan mij hier moeilijk over uitspreken. De Raad Van Staten zal zich hierover moeten buigen. , bevoegdheidsrechtelijk is het mogelijk dat er verschillende systemen naast elkaar bestaan. Vraag is natuurlijk quid met accumulatie uitkeringen en quid met de kost van parallelle systemen ?

Guido Allaerts : Ken een gewest dergelijke zelfstandigheid financieel wel aan ? Bestaan er statistieken over hoe groot een gemeenschap of gewest moet zijn om zich financieel te bedruipen ? Brussel leeft immers volledig van dotaties.

Jan Degadt : De literatuur over de schaalgrootte van een land of regio is niet duidelijk. Binnen de Europese Unie zijn er landen zoals Malta, Luxemburg en Cyprus die een BBP en demografie hebben die kleiner is dan Brussel. Vlaanderen zit op EU vlak ergens in het midden. Schaalgrootte is overigens niet bepalend. Luxemburg is één van de rijkste lidstaten hoewel een klein land. Er zijn landen met grote regionale verschillen en ongelijkheden zoals wij Noord/Zuid en Duitsland Oost/West, ook in UK zelden discussie N/Z. Er bestaat geen optimale schaalgrootte. Je kan ook zeggen dat sommige landen te groot zijn. Ook dat maakt besluitvorming moeilijk, kijk maar naar de USA.

Geert Debruyne : vraag voor Erica, u stelt aanbod voor in Brussel, hoe afdwingbaar is de eis dat elke patiënt in zijn moedertaal wordt aangesproken ?

Erica Vander Meersch : Er is een tekort aan Nederlands-talige huisartsen in Brussel. Niet elke Vlaamse patiënt kan in zijn eigen taal terecht. Gelukkig spreken een aantal Franstalige artsen voldoende Nederlands om te helpen. Dit recht is echter niet afdwingbaar.

Geert Debruyne : In openbare ziekenhuizen is men toch verplicht Nederlandstalig ?

Erica Vander Meersch : maar in realiteit gebeurt dit niet
Jan Degadt : In openbare diensten gelden taalwetten, in alle openbare diensten moet men in eigen taal terecht kunnen, diensten gesubsidieerd door de Vlaamse gemeenschappen zijn verplicht Nederlandstalig zoals VUB hospitaal

In bijkomende orde kan wel dienstverlening organiseren in andere taal. Het UZ in Jette kan Franstalige en Engelstalige zorg aanbieden. Voor privé ziekenhuizen gelden de taalwetten niet. Ook in privé artspraktijk heeft elke arts taalvrijheid. Het behoort wel tot de deontologische plicht van de arts om steeds te trachten zijn patiënt te verstaan. Je kan een Franstalige arts echter niet verplichten Nederlands te spreken

Ingrid Knapen kinesite : Wat met keuzevrijheid patiënten in de nieuwe netwerken van ziekenhuizen ?

Marc Geboers : Deze netwerken hebben geen enkel impact op vrije keuze patiënt en op de therapeutische vrijheid van de zorgverstrekker. Door bewegingen in netwerken komen er vragen naar infrastructuur, zo is er ook in de Kempen een ballon opgelaten. Proximiteit zorg is echter een belangrijk punt. Bedoeling is kwalitatief hoogstaande zorg zo veel mogelijk bij patiënt te brengen. De netwerkvorming heeft niet de bedoeling alles te centraliseren. Heel technische zaken knowledge en skills samenbrengen. Dubbele beweging centraliseren hoogtechnologische zaken, decentraliseren zorg taken.

Elke Sleurs (gynaecoloog en Vlaams Parlements lid) : In de meeste netwerken in Oost Vlaanderen en West Vlaanderen is het netwerkverhaal een goed verhaal. Er is wel de Gentse context waar één ziekenhuis uit de zuidrand naar een "E17" netwerk gaat. Patiënten van de zuidrand van Gent worden naar Kortrijk gestuurd voor bepaalde technische zaken terwijl 3 km verder alles aanwezig

Marc Geboers : We hebben hier naar verwezen. Er is een zeker spanningsveld in de evolutie van netwerken. De aanpak “bottom up” kan een goed project uitwerken. Als ziekenhuizen elkaar vinden in eenzelfde filosofie die past in het zorg strategisch plan Vlaanderen is dit OK. Er zijn nu weeffouten die niet optimaal georganiseerd zijn, dit creëert een spanningsveld.

In die regio's hebben lokale actoren de eerste stappen gezet. Nu komt de volgende stap wat komt hier uit voor de erkenning van deze netwerken. In eerste instantie moet de basiszorg locoregionaal beschikbaar zijn. Er moet mogelijk zijn om het gesprek aan te gaan voor optimalisatie. Spanningsveld tussen eigen lokaal project versus directieven vanuit Vlaamse overheid.

Chris Geens , huisarts op rust in Sint Pieters Leeuw, de rand. Ik ben beheerder van huis gezondheid en ziekenhuis Halle : er komt veel kijken bij het uitwerken van netwerken. Ik wil verwijzen naar wat er in Aalst gebeurt. Ik ben verschoten over de cijfers van de ziekenhuizen : met basiszorg verdient een ziekenhuis onvoldoende. Je moet specifieke technische zaken kunnen doen. Als alle gespecialiseerde zorg in een lokaal ziekenhuis wordt doorgeschoven en je alleen basiszorg levert hoe kan je dan als ziekenhuis overleven?

Marc Geboers: Uw opmerking is terecht, de insteek van de zorg strategische plannen gaan in die richting : basiszorg regionaal en dan specialisatie supra regionaal. Verdeling werk moet lang voor programmatie afgesproken worden . Basiszorg organiseren is belangrijk, dit neemt niet weg dat het andere er is en specifiek probleem

specifieke context, trial en error. Overheid kan elementen opleggen om duidelijkheid te krijgen in het netwerk. Leiderschap is heel belangrijk tussen ziekenhuizen : this is what it takes : cardio, pet scan, nmr : supraregionaal rekening houden met financiële leefbaarheid van ziekenhuizen. Er blijven behoeften ook in de lokale infrastructuur : zoeken naar evenwichten. Dit is een behoorlijke klus voor alle ziekenhuizen.

Chris Geens : Ik heb een patiënt in Kempen opgenomen, Geel, neurochirurg : doorverwezen verwijst door naar Genk. In Halle hebben we jaren gevochten voor een eigen MUG. Nu gaan alle MUG patiënten naar Erasmus. In dat ziekenhuis moet je echter Arabisch of Frans kennen. De MUG rijdt trouwens verloren in het noorden van Waals Brabant en Henegouwen. Er is daar ook een tekort aan huisartsen. Het ziekenhuis van Tubize is ook dicht. Franstalige artsen kunnen niet meer terecht.

Geert Debruyne : de actualiteit achtervolgt ons, in het Vlaamse regeerakkoord wordt iets toegelicht over contingentering. Dit wordt nieuwe bevoegdheid via planingscommissie. Ik verwijs naar onze persmededeling die in symposiummap is afgedrukt, we vinden dit goede beslissing.

Vlaanderen moet nadenken over de noden in Vlaanderen en niet alleen over subquota. Men moet echter geen illegaliteit in de hand werken, elke arts die opgeleid is moet riziv nummer verkrijgen, in Franstalig België lukt dit al 20 jaar. Met deze woorden wil ik alle sprekers nogmaals danken, en nodig ik alle aanwezigen uit op de receptie alwaar de discussie kan worden verder gezet.



Beleidsnota gezondheidszorg: perspectief 2030: Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving.

Prof. Em. Jan De Maeseneer, Universiteit Gent

In de (schaarse) maatschappelijke debatten over de vormgeving van de gezondheidszorg komen vandaag vooral twee visies naar voor: enerzijds het benadrukken van een **sterke solidariteit** om de financiering van de zorg te kunnen handhaven, anderzijds het beklemtonen van de nood aan **decentralisatie** van de organisatie om een goede zorgverstrekking te realiseren. Beide oriëntaties zijn waardevol en kunnen de hoeksteen vormen van een modern gezondheidssysteem, gekenmerkt door relevantie, toegankelijkheid, kwaliteit, gerichtheid op de persoon en de populatie, kosteneffectiviteit, duurzaamheid en innovatie.

We stellen een grondige hertekening van de gezondheidszorg voor, om de uitdagingen en kansen van de 21^{ste} eeuw tegemoet te treden met als perspectief 2030: vergrijzing met meer patiënten met meerdere (chronische) aandoeningen en problemen van geestelijke gezondheid, een belangrijke sociale gezondheidskloof, nieuwe en soms dure technologische ontwikkelingen en medicatie, een actieve mondige patiënt, toenemende diversiteit, globalisering. Bovendien is er een complex netwerk van beslissingsorganen en procedures, die stilaan hun houdbaarheidsdatum hebben overschreden.

We pleiten voor een **Nationaal GezondheidsSysteem** (NGS), gefinancierd via de federale fiscaliteit, dat verantwoordelijk is om de voorwaarden te scheppen om de, nationaal in het parlement vastgelegde globale gezondheidsdoelen, te realiseren. Het budget kan jaarlijks met 3 % groeien (boven inflatie), en wordt tussen de 3 gewes-

ten verdeeld, op basis van de objectieve zorgnoden en zorgprognoses in elk gewest, na een voorafname van 5% voor activiteiten van primaire en secundaire preventie en een voorafname voor Onderzoek en Ontwikkeling door de Gewesten.

De **Gewesten** kunnen bij de uitvoering opdrachten en middelen toevertrouwen aan (clusters van) steden en gemeenten (verdere decentralisatie). Gewesten zijn **bevoegd voor alle aspecten van organisatie, financiering, uitvoering, kwaliteitszorg, participatie, innovatie, behalve voor deze bevoegdheden die expliciet aan de nationale overheid zijn toevertrouwd**.

Deze nationale bevoegdheden zijn: de vastlegging van tarieven en betalingsmechanismen, de ligdagprijs voor de ziekenhuisbedden; eventuele 'globale en gebundelde financiering'; registratie, prijszetting en terugbetaling van geneesmiddelen en 'medical devices'. De *nationale interprofessionele commissies*, samengesteld uit vertegenwoordigers van de overheden, de zorgorganisaties, zorgverstrekkers, patiënten/burgers en samenleving zorgen voor de vastleggingen. Deze commissies worden ondersteund door het *Nationaal Instituut voor de Volksgezondheid*, waarbinnen de *Wetenschappelijke Raad* zorgt voor proactieve advisering. Volgende bevoegdheden zijn ook federaal: bestrijding van rampen, epidemieën, de voedselveiligheid, luchtkwaliteit, geluidshinder; de vastlegging van de lijst van de gezondheidsberoepen en de bijhorende algemene criteria (uitvoering Europese Richtlijnen); coördinatie van de relaties van de Gewesten met relevante internationale instanties; de opdrachten en





financiering van de 7 universitaire ziekenhuizen, met een eigenstandige financiering. De conferentie van de 3 Ministers van Volksgezondheid van de Gewesten speelt een belangrijke rol. In de nota wordt een aanzet gegeven rond hoe b.v. het Vlaamse Gewest binnen zijn autonomie zorg voor gezondheid (en welzijn) zou kunnen organiseren. Een **zorgvuldige transitie** is een basis-voorwaarde voor deze grondige hervormingen. Nieuwe rollen voor overheid en alle actoren zijn essentieel. Hierbij treden de mutualiteiten niet langer op als verzekerings- en terugbetalingsinstellingen of aanbieders van zorg in gezondheid en welzijn, maar worden kritische, pluralistische middenveldorganisaties ('civil society organisations') die burgers/patiënten informeren, mobiliseren, samen brengen, verbinden en versterken om individueel en als groep acties te ondernemen voor en te participeren in het creëren van "gezondheid" in een solidaire en zorgende samenleving ('health literacy', zelfzorg, mantelzorg, informele zorg,...).

We stellen voor dat een onafhankelijke **Commissie van Experts** dit voorstel verbetert en een plan voor realisatie uittekent met perspectief 2030. Deze Commissie moet tegen 2023 de te wijzigen grondwetsartikelen en uitgewerkte innovatie-voorstellen voorbereiden. Intussen stellen we voor om reeds nu een aantal "quick wins" te realiseren, via verbeter-voorstellen, waarvan de nota enkele voorbeelden beschrijft.

Tot slot: investeren in een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, zorgt voor **verbinding en sociale cohesie** in een diverse samenleving, en dat is wat de bevolking én de politiek vandaag nodig hebben.

De volledige nota (45 pagina's) is terug te vinden op: www.jandemaeseneer.eu

Reacties naar: jan.demaeseneer@ugent.be met ref. "Beleidsnota 2030"

Geachte leden Redactieraad Knack,

Wat een miskleun een dergelijk artikel over cannabis!
Waarom laat de Knack-redactie zoiets toe?

Laat dan de kolom: "JA én NEE"! "PRO én TEGEN" terug toe, zoals destijds over tabak, toen ik als cardioloog en senator een bijdrage mocht leveren in verband met het verbod van het roken in cafés.

Dat zou eerlijker zijn dan dit éézijdig verlokkelijk pseudo-wetenschappelijk artikel "Pro Cannabis", dat aanzet tot proberen om sex en genot te faciliteren.

Reeds gedacht aan de nefaste bijverschijnselen van cannabis als "Contra Cannabis"? Wees dan eerlijk en laat hierover ook wetenschappers aan het woord! Ipv de rubriek "Waar/Onwaar" te laten besluiten met "Eerder Waar"! Straks gaan jullie nog "Pro poppers" reclame maken!

Cannabis werd reeds in 1920 in Egypte als illegaal beschouwd omdat er een schrikbarend hoog percentage schizofrenie werd waargenomen onder de gebruikers: wat een enorm verlies aan potentieel van jeugd naast onkosten laste van de maatschappij?

Heeft u al experts psychiaters hierover gehoord? En aan het woord gelaten? Cannabis blijkt een manifeste trigger te zijn voor psychose en 1/4 onder ons zou drager zijn van een gen, dat psychose-gevoelig zou zijn. De jeugd speelt 'vogelpik' en met vuur in zake schade aan het méést waardevolle van het menselijk wezen: de hersenen. Niemand weet a priori drager te zijn van een dergelijk gen. Het percentage THC in wiet van tegenwoordig is veel hoger door gespecialiseerde kweek. Het wordt niet uitgeplast zoals een pint bier, maar het stapelt zich op in het vet, dus ook in het vet van de hersenen! Ik ken twee patiënten die een epilepsieaanval kregen na éénmalig cannabisgebruik. En het verslavend effect in acht genomen, hoeveel zitten er niet op

verslavingsafdelingen?

Reeds urologen gehoord? Over wietgebruikers wiens remmen los geslagen zijn en die als volwassenen terug bedplassen? Leuk om te vrijen in beddenlakens - nat van urine - in de optiek van een cannabis boost voor seksleven?

Reeds pneumologen geraadpleegd en thoraxchirurgen? Jonge wietgebruikers krijgen emfyseem, net zoals oude zeventigjarige tabakrokers. De hete TCH laat de alveolen ontploffen bij adolescenten van twintig, dertig jaar, met invaliditeit tot gevolg.

Dit is een zeer betreurenswaardig artikel en vraagt om **rechtzetting!** Alvorens zo een dom artikel te publiceren, laat u beter de auteur Stefanie Van Den Broeck, onderzoeksjournalist, het percentage gebruikers navragen op een psychoseafdeling. Zij dekt zich in en laat professoren aan het woord, o.a. Christophe Stove (RUG): wél degelijk enkel bij recreatief gebruik en de effecten op seksleven zijn veeleer negatief bij hoge dosissen. Maar er zijn ook professoren - om geen namen te noemen -, die onverbloemd cannabisgebruik promoten zonder de contra's.

Bezin voor je begint en speel niet met fake news over drugs door niet alles te vermelden en doe adolescenten niet dromen van een boost van hun ontluikend seksleven. Een alles gelovende jeugd wordt zo op het slechte pad geleid. Cannabis verhoogt de zintuiglijke prikkels, dat doen LSD en andere drugs ook. Als keuzevak volgde ik toxicologie bij Prof De Schepper (KUL). Ook alcohol faciliteert het seksleven maar performeert niet; dat wist Shakespeare al! Macbeth, Act 2, scene 3 "Drink provokes the desire but it takes away the performance".

Dr Van Ermen Lieve
Cardioloog
Gewezen Senator



Ook een expert heeft
soms een expert
nodig.

Wij brengen
onze service
tot bij u in de
praktijk.

Maak een afspraak
op kbc.be/mediservice



IN HET
VOLGENDE
NUMMER VAN
PERIODIEK

POLITIEKE
ACTUALITEIT

CULTUUR
BOEKEN
FILMS
TENTOONSTELLINGEN



CULTUUR
MUZIEK



SYMPOSIUM



**GEZONDHEIDSZORG
VOOR DE VLAMINGEN**

met bijzondere aandacht
voor Brussel en
de Vlaamse Rand

MEDISCHE
ACTUALITEIT

(F)ACTUEEL

