

Gezondheidsrecht

Gezondheidszorgbeleid met gezond.... verstand

Peter DEGADT
gedelegeerd bestuurder Zorgnet Vlaanderen

I. Onze gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen

1. België gaat er prat op te beschikken over een uitstekend gezondheidszorgstelsel: je kan vlot tot bij een arts geraken, er zijn nauwelijks wachtlijsten voor een ziekenhuisopname en internationale rapporten loven de toegankelijkheid van ons systeem. Belgen hebben de tweede grootste tevredenheidsgraad in Europa.¹ Dat belet niet dat er *nu reeds* een aantal lacunes in het zorgaanbod bestaan, in het bijzonder in de ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

De samenleving vindt gezondheidszorg een echte **prioriteit** en hanteerde de afgelopen jaren een jaarlijkse groeinorm van 4,5% bovenop de index. De overheid besteedde in 2010 jaar 24,2 miljard euro aan gezondheidszorg. Dat is bijna 20% van alle inkomsten die de federale overheid int, niet alleen voor zichzelf, maar ook voor rekening van de sociale zekerheid en de deelstaten. Tellen we bij de federale budgetten voor gezondheidszorg de bijdragen van de patiënten en de investeringen van de Gemeenschappen in ouderenzorg, preventie, vaccinatie en infrastructuur, dan komen we volgens de OESO aan 10,3% van het BBP. Enkel de Verenigde Staten, Zwitserland, Frankrijk en Duitsland scoren hoger.² Medische (r)evoluties op het vlak van diagnostiek en behandeling, medisch-technologische innovaties, betere medicatie en nieuwe vaccinaties resulteren in betere preventie, een snellere genezing en een korter ziekenhuisverblijf.

Onze gezondheidszorg kan dus mooie resultaten voorleggen: mede door haar inbreng is de levensverwachting gestegen tot 77 jaar voor mannen en bijna 83 jaar voor vrouwen.³ En we kunnen ons gelukkig prijzen met een steeds grotere groep gezonde en actieve senioren.

Ondanks dit prachtig resultaat zijn er een aantal fundamentele uitdagingen. We noemen er enkele:

- 1° De **vergrijzing** brengt een enorme kost mee voor de sociale zekerheid in het algemeen en voor de gezondheidszorg in het bijzonder. 65-plussers hebben statistisch 80% meer kans op een ziekenhuisopname dan jongeren en 85-plussers zelfs 150% meer kans. Nu reeds wordt meer dan 13% van het gezondheidsbudget besteed tijdens het laatste levensjaar van de patiënt. Volgens de recentste vooruitzichten van het Planbureau stijgt het aantal 65-plussers in België van 17,2% in 2010 tot bijna 26% van de totale bevolking in 2050. Binnen deze groep stijgt het aantal 80-plussers nog sneller. Men spreekt dan van de **vergrijzing binnen de vergrijzing**. In 2050 zullen er in België ruim 1,25 miljoen 80-plussers zijn, op een totale bevolking van 12,5 miljoen. De snelle toename van de groep 80-plussers stelt zich het scherpst in Vlaanderen. In 2050 zullen meer dan 760.000 Vlamingen ouder zijn dan 80 jaar, d.w.z. één op de tien Vlamingen is in 2050 ouder dan 80 jaar. Naast de grote impact van ouderdomsziekten zoals bv. dementie en diabetes, zal dus de nood aan bijkomende gespecialiseerde opvang en nieuwe

¹ Second European Quality of Life Survey, Eurofund Eur Agency, 23 March 2009.

² Zie OECD health data 2009.

³ Zie http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/sterfte_leven/tafels/index.jsp

verzorgingsvormen voor ouderen de komende jaren exponentieel toemen. De kosten voor patiënt en maatschappij zullen bijzonder groot zijn: de studietoelichting voor de vergrijzing schat de budgettaire kost van de vergrijzing op 31,8% van het BBP in 2060 tegenover 25,5% in 2009.⁴

- 2° De **ongelijkheid in gezondheid** tussen verschillende bevolkingsgroepen is een bijzonder aandachtspunt. Deze kloof uit zich in grote verschillen in levensverwachting: de laagst geschoolde man sterft gemiddeld 7,5 jaar vroeger dan de hoogst geschoolde en het verschil wordt groter. De ongelijkheid is nog frappanter in het aantal gezonde levensjaren. Een hooggeschoolde vrouw van 25 jaar heeft nog 47 gezonde jaren voor de boeg. Een ongeschoolde vrouw mag gemiddeld op 18 gezonde jaren minder rekenen. Ook hier wordt de achterstand steeds groter.
- 3° Een kenmerk van de medische evolutie is **fragmentering**. De nieuwe mogelijkheden zijn aanzienlijk, maar richten zich tot kleinere doelgroepen. Nieuwe technologie vergt subspecialisatie, multidisciplinaire samenwerking en coördinatie bij de professionals. Gebruikers vragen dat ze in een gefragmenteerd gezondheidszorgsysteem niet van het kastje naar de muur worden gestuurd maar dat zorg op maat wordt aangeboden.⁵
- 4° In de **geestelijke gezondheidszorg** is het absoluut aangewezen vooruitgang te boeken. Suïcide is een belangrijk probleem: in Vlaanderen zijn er jaarlijks 14,7 per 100.000 inwoners. In vergelijking met Duitsland (9,8) en Nederland (8,7) scoren we dus heel slecht. Wereldwijd staan we op een, met Finland gedeelde, derde plaats na Japan en Korea.⁶ Psychisch zieken blijven bovendien vaak verstoken van heel wat kansen en perspectieven die de maatschappij biedt en daarom moeten we mogelijkheden tot betere maatschappelijke (re)integratie creëren.
- 5° Artsen, verpleegkundigen, paramedici en verzorgenden verdienen grotere aandacht. De gezondheidszorg is doordrongen van consumentisme die grote druk legt op **gezondheidswerkers**. We moeten oog hebben voor de draagkracht van de professionals. Schaarste aan voldoende gekwalificeerd personeel bezwaart onze toekomst.
- 6° Gezondheidszorg moet **betalbaar** blijven voor de patiënt of cliënt. Momenteel betaalt hij reeds 24% van de factuur voor zorg uit eigen zak. Ondanks lofwaardige initiatieven allerhande, denken we bijv. aan de maximumfactuur, zal het probleem in de toekomst onvermijdelijk groter worden, zeker naarmate commerciële geneeskunde en zorg een groter marktaandeel verwerven.
- 7° Nieuwe **conglomeraten** leggen zich niet langer toe op één onderdeel van gezondheids- of welzijnszorg maar bieden binnen netwerken en ketenzorg een breed gamma aan van acute zorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, thuiszorg, kinder- en jeugdzorg, gehandicaptenzorg... Die uitgebreidere dienstverlening t.a.v. patiënten/cliënten/bewoners laat toe aandacht te besteden aan acute medische problemen maar bevordert de globale benadering van ziektebeelden en zorgaanvragen. Uiteraard creëren deze conglomeraten ook schaalvoordelen op het beheersniveau.

⁴ Jaarlijks verslag studietoelichting voor de vergrijzing, 2010.

⁵ PriceWaterhouseCoopers Healthcast. The customization of diagnosis, care and cure. March 2010.

⁶ OECD social indicator 2007.

- 8° Naast de vergrijzing worden we geconfronteerd met het fenomeen van de **ontgroening**. De inkrimping van de financiële basis van de sociale zekerheid zal de solidariteit tussen actieven en niet-actieven onder druk zetten en nieuwe vragen oproepen, bv. inzake de inter- en intragenerationele solidariteit.⁷
- 9° In de perceptie beschikt België over de tweede beste gezondheidszorg ter wereld. Internationaal moet kwaliteit echter bewezen worden. We moeten dus dringend werk maken van systemen die onze geleverde **kwaliteit** objectiveren en kenbaar maken.⁸ De Vlaamse Gemeenschap kiest bv. resoluut voor accreditatie van zorg.
- 10° De **economische en financiële crisis** en het falend budgettair beleid van het laatste decennium leverden een staatsschuld op van 100% van het BBP en een tekort op de lopende begroting van meer dan 5% van het BBP. De Hoge Raad voor Financiën stelt een besparingstraject voor om tot en met 2015 jaarlijks drie miljard euro te besparen en om tegen dan opnieuw tot een begrotingsevenwicht te komen.

Ten slotte stellen we in meer of mindere mate ontluikende fenomenen vast: de opkomst van online consultaties en behandelingen (telemedicine), de intrede van 'e-business', de opmars van predictieve geneeskunde (door verder schrijdende implementatie van genetica), translationele geneeskunde, nanogeneeskunde en telemonitoring, het toenemende belang van biotechnologie m.b.t. geneesmiddelen, verhoogde participatie van de patiënt met de daaraan gekoppelde verantwoordelijkheid...

Zoals Zorgnet Vlaanderen in maart 2007 betoogde in zijn dossier "Communautarisering van het gezondheidsbeleid" bestaan er in ons land cultuurverschillen tussen de Gemeenschappen, waaronder een ongelijke visie op gezondheidszorg. Communautarisering heeft daarom de intrinsieke meerwaarde om het beleid af te stemmen op deze verschillen in gezondheidscultuur én op de verschillende noden van de bevolking. Dit sluit bovendien aan bij de vaststelling dat vele maatschappelijke factoren die een belangrijk impact hebben op de volksgezondheid, gemeenzaam geëvalueerd via gezondheidsindicatoren, nu reeds onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen en Gewesten vallen zoals bv. milieu (geluid, luchtkwaliteit...), huisvesting, onderwijs, sport, gezinsbeleid, arbeid en tewerkstelling, opleiding en natuurlijk preventieve gezondheidszorg (borstkankerscreening, voeding...). Die elementen hebben in veel gevallen *de facto* meer en grotere impact op de gezondheid en het welbevinden van de bevolking dan een louter curatieve benadering.

Een echt volksgezondheidsbeleid moet zich dus ook op deze facetten kunnen richten om het beste resultaat te bereiken, zowel in termen van gezondheid en welzijn van de bevolking als in termen van kostenefficiëntie voor de overheid.

⁷ Briec Van Damme m.m.v. Ivan Van de Cloot en Marc De Vos. 2010. *Het grijze goud. Hoe de babyboomers van ouderenzorg een succesverhaal kunnen maken*. Itinera-Institute.

⁸ Stefaan Callens & Diego Fornaciari. 2010. "De recente zorg van de wetgever voor de kwaliteit van zorgen". *Recht in beweging*, 17de VRG-Alumnidag 2010: 141-155.

Dit sluit aan bij een wereldwijde uitdaging voor gezondheidszorgsystemen, met name een passend antwoord te bieden op de zorgvragen van patiënten met chronische aandoeningen. Daarvoor is het essentieel dat welzijns- en gezondheidszorg een complementair pakket van oplossingen bieden. Internationale wetenschappelijke studies (o.a. *Innovative Care for Chronic Conditions model*⁹) hebben aangetoond dat deze immense uitdaging éénheid van regie op gemeenschapsniveau absoluut vereist.

Het ziet er bovendien ook naar uit dat de overheid in de toekomst nog meer middelen zal moeten investeren in gezondheidszorg. Om een idee te geven van de orde van grootte: de laatste zes jaar is het federale gezondheidszorgbudget ongeveer met 50% gestegen; momenteel bedraagt het, zoals hoger reeds vermeld, meer dan 24 miljard euro. Reken en tel wat dit budgettaire betekent in zake overheidsbeslag over vijf jaar...Extra uitgaven voor gezondheidszorg impliceren in de huidige context waarbij er jaarlijkse drie miljard euro moet bespaard worden volgens de Hoge Raad voor Financiën onvermijdelijk dat andere overheidsdomeinen, zoals bijv. justitie, onderzoek en ontwikkeling, onderwijs, wegen en infrastructuur, milieu, ... extra zullen moeten inleveren.

Hierbij aansluitend verwijzen we naar een recente studie van OECD waarbij landen met een gelijkaardig zorgsysteem vergeleken worden op vlak van efficiëntie. Uit de studie blijkt dat een slimmere aanwending van de beschikbare middelen Belgen mogelijks drie extra levensjaren zou bezorgen terwijl de efficiëntiewinsten in vergelijkbare landen minder uitgesproken zijn¹⁰.

Het wordt dus onvermijdelijk om alle stakeholders verantwoordelijkheid te geven en verantwoordelijk te maken. Zo kan de bestaande solidariteit verankerd worden en transparant gemaakt. Dit moet mee helpen voorkomen dat de motor van ons gezondheidszorgsysteem begint te sputteren of zelfs vastloopt. Achter de feiten aanhollen, leidt tot stilstand en achteruitgang.

Sommigen preken **vermarkting** en **commercialisering** als de oplossingen. Zorgnet Vlaanderen pleit daarentegen nadrukkelijk voor het behoud van de **solidariteit** als basis van het gezondheidsstelsel.

De hierboven geschetste uitdagingen nopen tot een fundamentele re-engineering van ons gezondheidszorgbeleid. Het paritaire overlegmodel van de sociale zekerheid, en de ziekteverzekering in het bijzonder, bestendigt weliswaar evenwichten tussen grote belangengroepen maar leidt niet de noodzakelijke, grondige en verregaande hervormingen.

Zorgnet Vlaanderen pleit voor een verdere **communautarisering**, met homogene persoonsgebonden bevoegdheden, zoals reeds voorzien werd in de

⁹ WHO Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. 2002

¹⁰ JOURNARD I, Health care systems efficiency and institutions, OECD Working Papers, n° 769, 2010.

Grondwet¹¹, wat moet toelaten om onze gezondheidszorg te moderniseren. Tegelijk verdedigt Zorgnet Vlaanderen de **solidariteit** tussen Belgische burgers.

II. De bestaande bevoegdheidsverdeling

2. De **Grondwet** bepaalt dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor culturele aangelegenheden, onderwijs, gebruik van talen en natuurlijk de **persoonsgebonden aangelegenheden**. Daarnaast zijn de Gemeenschappen ook bevoegd voor de onderlinge samenwerking tussen de Gemeenschappen, de internationale samenwerking, met inbegrip van het sluiten van verdragen, voor bovenvermelde aangelegenheden.

De begrippen "culturele aangelegenheden" en "persoonsgebonden aangelegenheden" werden uitgewerkt in een bijzondere wet.

Artikel 5 van de bijzondere wet tot hervorming van de instellingen van 8 augustus 1980 benoemt de **persoonsgebonden aangelegenheden**:

- Wat betreft het gezondheidsbeleid:
 - Het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, met uitzondering van:
 - a) de organieke wetgeving;
 - b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;
 - c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
 - d) de basisregelen betreffende de programmering;
 - e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;
 - f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hierboven;
 - g) de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.
 - De gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxies.

¹¹ Zie art. 128 GW "§ 1. De Parlementen van de Vlaamse en de Franse Gemeenschap regelen, elk voor zich, bij decreet, de persoonsgebonden aangelegenheden, alsook, voor deze aangelegenheden, de samenwerking tussen de gemeenschappen en de internationale samenwerking, met inbegrip van het sluiten van verdragen. Een wet aangenomen met de in artikel 4, laatste lid, bepaalde meerderheid, stelt deze persoonsgebonden aangelegenheden vast, alsook de vormen van samenwerking en de nadere regelen voor het sluiten van verdragen.

§2. Deze decreten hebben kracht van wet respectievelijk in het Nederlandse taalgebied en in het Franse taalgebied, alsmede, tenzij wanneer een wet aangenomen met de in artikel 4, laatste lid, bepaalde meerderheid er anders over beschikt, ten aanzien van de instellingen gevestigd in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die, wegens hun organisatie, moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap."

- Wat betreft de bijstand aan personen¹²:
 - Het gezinsbeleid met inbegrip van alle normen van hulp en bijstand aan gezinnen en kinderen.
 - Het beleid inzake maatschappelijk welzijn, met inbegrip van de organieke regels betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, met uitzondering van....
 - Het beleid inzake onthaal en integratie van inwijkelingen;
 - Het beleid inzake mindervaliden, met inbegrip van mindervaliden, met uitzondering van ...
 - Het bejaardenbeleid met uitzondering van de vaststelling van het minimumbedrag, van de toekenningsvoorwaarden en van de financiering van het wettelijk gewaarborgd inkomen voor bejaarden.
 - De jeugdbescherming, met inbegrip van de sociale bescherming en de gerechtelijke bescherming, maar met uitzondering van ...
 - De sociale hulpverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale re-integratie.

De facto leidt dit tot volgende verdeelde bevoegdheden:

§1. De algemene en psychiatrische ziekenhuizen

3. De federale overheid (FOD Volksgezondheid) is bevoegd voor de programmatie, de normering en de vaststelling van het budget. De **federale sociale zekerheid** financiert via de verplichte ziekteverzekering (RIZIV) de artsenhonoraria, de geneesmiddelen en implantaten, forfaits dagziekenhuis...

De **Gemeenschappen** zijn bevoegd voor de planning, erkenning en inspectie op basis van de federale normen. Zij kunnen bijkomend normeren voor zover dit niet in strijd is met de federale regelgeving. Zij zijn ook bevoegd voor het investeringsbeleid inzake infrastructuur en medische uitrusting en het kwaliteitsbeleid.

De Gemeenschappen financieren de investeringen slechts gedeeltelijk (in Vlaanderen in principe 60% van de aanvaarde bouwkosten). Het saldo komt ten laste van de federale overheid. Bijgevolg worden er periodiek **protocolakkoorden** afgesloten tussen de Gemeenschappen en de federale overheid om afspraken (de zogenaamde bouwkalender) te maken over de verdeling van de investeringskosten.

Het globaal budget van het Rijk voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen werd voor het jaar 2010 vastgesteld op 6,8 miljard euro, verdeeld als volgt: 5,8 miljard euro voor de algemene ziekenhuizen en 1 miljard euro voor de psychiatrische ziekenhuizen.

¹² Voor de volledige tekst, zie: Bijzondere Wet tot hervorming der instellingen, 08.08.1980, art. 5.

§2. Andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

4. De federale overheid (FOD Volksgezondheid) is bevoegd voor de programmatie en de normering voor de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en initiatieven voor beschut wonen (BeWo). Zij is tevens bevoegd voor de samenwerkingsverbanden tussen psychiatrische instellingen en diensten onder de vorm van een overlegplatform. Het budget van de PVT's wordt gedeeltelijk vastgelegd door de FOD Volksgezondheid en gedeeltelijk door het RIZIV. Het budget van de BeWo's wordt volledig uitgetekend door de FOD Volksgezondheid. Tot slot sluit het RIZIV met bepaalde voorzieningen specifieke revalidatie-overeenkomsten af, zoals bijv. voor de psychosociale revalidatie van volwassenen.

De **Vlaamse Gemeenschap** is bevoegd voor de planning, inspectie en erkenning op basis van de federale normen. De Vlaamse Gemeenschap kan aanvullende erkenningsnormen formuleren die niet in strijd zijn met de federale regelgeving, bijvoorbeeld in het kader van het Vlaams kwaliteitsbeleid. Daarnaast kan de Vlaamse Gemeenschap prioriteiten bepalen met betrekking tot de planning van psychiatrische voorzieningen.

De Vlaamse Gemeenschap is wel exclusief bevoegd voor de planning, het toezicht, de erkenning en de financiering van de ambulante Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's). De CGG's doen voor hun infrastructuur een beroep op VIPA-subsidies van de Vlaamse Gemeenschap.

Met het oog op de uitbouw van een geïntegreerde en op elkaar afgestemde geestelijke gezondheidszorg kunnen Gemeenschappen, Gewesten en de federale overheid **protocolakkoorden** afsluiten.

Het RIZIV maakt in 2010 een budget van ongeveer 144 miljoen euro vrij voor de BeWo's, de PVT's en nazorg aangeboden door psychiatrisch ziekenhuizen. De Vlaamse Gemeenschap investeert 55 miljoen euro in de CGG's.

§3. Woonzorgcentra en thuiszorg

5. De Gemeenschappen zijn bevoegd voor programmatie, erkenning, kwaliteitszorg, animatie, inspectie en bouwsubsidies voor de woonzorgcentra's, de rust- en verzorgingstehuizen (RVT), de serviceflats, de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf.

De **federale overheid** (FOD Volksgezondheid) is dan weer bevoegd voor de normering van de RVT's en de centra voor dagverzorging.

De **federale sociale zekerheid** staat via de verplichte ziekteverzekering (RIZIV) in voor het grootste gedeelte van de kostenfinanciering van de sector van de ouderenzorg. Die betreft o.a. de zorg in woonzorgcentra en RVT's, logopedieverstrekingen, ergotherapie, het verzorgingsmateriaal, ... maar ook de maatregelen die werden afgesproken binnen de protocolakkoorden.

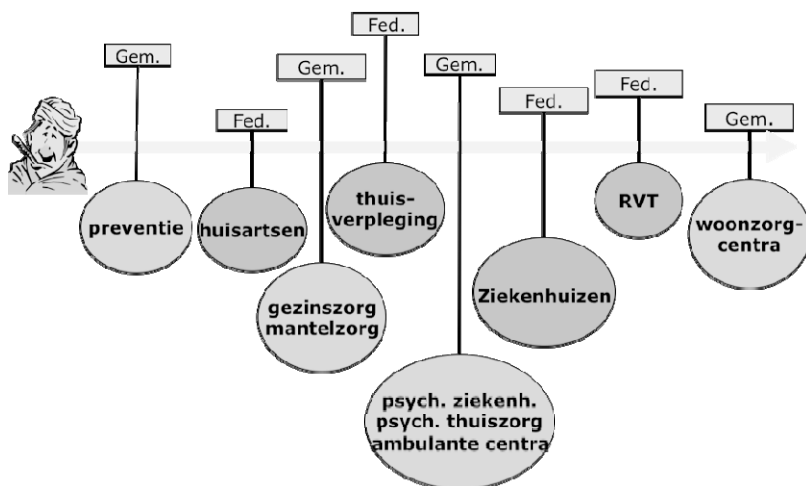
De federale overheid en de verschillende bevoegde gemeenschaps- en gewest-overheden sluiten daarenboven **protocolakkoorden** af m.b.t. het te voeren ou-

derenzorgbeleid. De federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten hebben immers beslist om, in het kader van de Interministeriële Conferentie, voorstellen uit te werken met het oog op een coherent ouderenzorgbeleid. Dit beleid tracht te voorzien in de opvang, begeleiding en verzorging van zorgbehovende ouderen. Protocolakkoorden zijn voor de sector van de ouderenzorg hét beleidsinstrument om nieuwe initiatieven te kunnen nemen.

Het RIZIV maakt in 2010 een budget van ongeveer 2,2 miljard euro vrij voor de woonzorgcentra.

De **Gemeenschappen** zijn bevoegd voor de thuis- en gezinshulp. De federale verplichte ziekteverzekering (RIZIV) staat dan weer in voor de financiering van de thuisverpleegkundigen. De uitoefening van de geneeskunst (huisartsen) en de paramedische beroepen (ook in een extramurale context) behoort tot de federale bevoegdheid.

Heden ten dage zijn we m.a.w. geconfronteerd met een kluwen aan bevoegdheden.



III. De noodzakelijke re-engineering van onze gezondheidszorg

6. 30 jaar geleden verdeelde de bijzondere wet van 8 augustus 1980 de bevoegdheden inzake gezondheidszorg vanuit een aanboderichte benadering waarbij (prestatie-)financiering en normering zich richtten op het instandhouden en ontwikkelen van instellingen, diensten en specialismen. Ondertussen is er veel veranderd en komen er gigantische uitdagingen op ons af.

De vergrijzing vormt ongetwijfeld de grootste. Om die op te vangen is er een beleidsomslag nodig van acute naar chronische zorg. Acute zorg, met inbegrip

van revalidatie, zal immers geïntegreerd moeten worden met chronische zorg in een zorgpad voor de cliënt/patiënt. Daarbij zal een efficiënte organisatie cruciaal zijn om de kwaliteit te borgen en de kosten onder controle te houden. Er is ook meer en betere afstemming nodig met andere beleidsdomeinen zoals wonen en welzijn (cf. het wetenschappelijk onderbouwde model *Innovative Care for Chronic Conditions*).

De tweede grote uitdaging is de budgettaire sanering. Met 22 miljard besparingen in de komende vier jaar zal de gezondheidssector niet buiten schot blijven. Willen we de toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de patiënt waarborgen, dan zal de sanering moeten gerealiseerd worden via efficiëntiewinsten. Een verlaagde bestaafing, langere wachtlijsten of een verlies van kwaliteit zijn geen opties.¹³ Conclusie: een grondige re-engineering van het Belgisch gezondheidssysteem dringt zich op.

Willen we in de toekomst een **betaalbare gezondheidszorg**, die bovendien ook iets wil doen aan de schrijnende ongelijkheid in gezondheid, dan dient het systeem te worden omgeschakeld van eerder aanbodgericht naar meer vraaggestuurd, onder meer door het formuleren en uitwerken van gezondheidsdoelstellingen. De uitgangspunten van die doelstellingen zijn de **zorgvraag** van de patiënt of cliënt en de **continuïteit van de zorgverlening**.

De huidige regelgeving slaagt er dikwijls niet in om sectoroverstijgende en kruisbestuivende initiatieven te stimuleren en te versterken. Integendeel, de verschillende reglementaire bepalingen leggen verschillende accenten waardoor ze elkaar tegenspreken en remmend werken. Enkele voorbeelden.

Preventiebeleid is een bevoegdheid van de Gemeenschappen, maar ook de federale overheid financiert preventiecampagnes (bijvoorbeeld tegen roken en tegen kanker). Beide overheden organiseren en financieren vaccinatieprogramma's. In de thuiszorg worden de huisartsen en de thuisverpleegkundigen door de federale overheid aangestuurd en gefinancierd, maar de thuishulpdiensten dan weer door de Gemeenschappen. De woonzorgcentra hangen in principe af van de Gemeenschappen, maar de personeelsuitgaven worden federaal gesubsidieerd. Ook de dagprijs voor de bewoners is een federale materie, met dien verstande dat de Gemeenschappen bepalen welke kosten in de dagprijs vervat zijn. Als het daarentegen over rust- en verzorgingstehuizen gaat, heeft de federale overheid de volledige bevoegdheid.

In de algemene ziekenhuizen worden de artsen federaal gefinancierd, alsook de kosten voor verblijf en verzorging. De onroerende investeringen daarentegen zijn ten laste van de Gemeenschappen. Alhoewel... ook sommige medische apparatuur en investeringen ten laste zijn van het federaal budget... In de geestelijke gezondheidszorg worden de residentiële voorzieningen federaal gefi-

¹³ Nu al hebben onze ziekenhuizen een veel lagere verpleegkundige bestaafing dan gebruikelijk in de EU. De efficiëntiewinst kan dus niet gerealiseerd worden door het nog verder opdrijven van de werkdruk. De Vlaamse ziekenhuizen hebben ook veel fusies gerealiseerd om een economisch schaalvoordeel te behalen dat ligt tussen de 200 en de 400 bedden. Met gemiddeld 339 bedden hebben de Belgische ziekenhuizen een goede schaalgrootte. Alleen Nederland en Hongarije doen op dit vlak beter.

nancierd, en ambulante centra door de Gemeenschappen, terwijl psychiatrische patiënten die thuis verblijven en daar in meer of mindere mate intensieve behandeling nodig hebben volledig tussen de mazen van het net vallen.

Innovatieve en vernieuwende tussenvormen van zorg, als antwoord op de vergrijzing, worden momenteel in het Belgische kluwen van bevoegdheden, verplicht gerealiseerd in overleg tussen federale overheid en Gemeenschappen en Gewesten. Daarbij zitten **negen excellenties rond de tafel**, worden er nog meer verschillende visies verkondigd, is traagheid het ordewoord en ontstaan er meestal dure compromissen.

Een **geïntegreerd, vraaggestuurd model van gezondheidszorg**, waarin de zorgverstrekkers ten bate van patiënten, bewoners of cliënten als vanzelfsprekend hun weg vinden, is met de huidige bevoegdheidsverdeling tussen de federale en gemeenschapsoverheden onmogelijk geworden. Verschillende visies, gebrekkige communicatie tussen de bevoegde overheden en het ontbreken van performante coördinatie tussen alle verschillende beleidsinitiatieven leiden er toe dat ons gezondheidszorgsysteem heel wat minder efficiënt is dan verwacht. Deze gebrekkige efficiëntie heeft een aanzienlijke meerkost.

IV. Geïntegreerde en vraaggestuurde zorg: een concept

7. Een geïntegreerd, vraaggestuurd model heeft geen slaagkans zonder **duidelijke taakafspraken tussen de verschillende overheden**. Die taakverdeling hoort zich niet te richten op instellingen of personeelsuitgaven, maar op de objectieven, met name de **gezondheidsdoelstellingen**.

Daarom stelt Zorgnet Vlaanderen voor dat de Gemeenschappen de politieke verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg, zoals voor alle andere persoonsgebonden materies, conform de Grondwet, als één homogeen geheel opnemen. Dat betekent dat de uitzonderingen inzake gezondheidsbeleid in de bijzondere wet van 8 augustus 1980 worden opgeheven. Zorgnet Vlaanderen pleit echter niet alleen voor responsabilisering van de Gemeenschappen, maar ook van de zorgverstrekkers, ziekenfondsen en patiënten, bewoners en cliënten. Dit pleidooi impliceert dat de overheid vertrouwen schenkt aan het middenveld door ruimte en initiatiefrecht te erkennen, te stimuleren en te honoreren, en door kunstmatige barrières en tussenschotten tussen deelsectoren op te heffen.

De grote uitdagingen dwingen ons het status quo te verlaten. Een verdere communautarisering is noodzakelijk. Die moet leiden tot een beter en beheersbare organisatie van de gezondheidszorgen, ten gunste van *alle* burgers in elk van de Gemeenschappen. Wij presenteren een **concept** voor de manier waarop de taakverdeling tussen de verschillende overheden kan worden uitgetekend voor een efficiëntere, meer geïntegreerde en vraaggestuurde gezondheidszorg.

Onze **uitgangspunten** zijn de volgende:

- De Gemeenschappen krijgen homogene en volledige bevoegdheid over gezondheidszorg.
- De interpersoonlijke solidariteit tussen de Belgische burgers wordt bewaard. De federale sociale zekerheid int de bijdragen.
- Deze gelden worden verdeeld onder de Gemeenschappen volgens een af te spreken verdeelsleutel en hen definitief toegewezen.
- Deze uitgangspunten maken een omschakeling naar een geïntegreerde gezondheidszorg mogelijk. Een dergelijke bevoegdheidsverdeling is in de ons omringende landen reeds van toepassing en heeft er de nationale solidariteit versterkt en bovendien een aantal opmerkelijk resultaten geboekt¹⁴.
- Een federale solidariteit tussen alle burgers. Zo zal een consultatie bij een huisarts in Oostende een zelfde terugbetalingstarief hebben als een raadpleging in Brussel of Dinant.

Zorgnet Vlaanderen stelt dus onderstaande rolverdeling tussen federale overheid en Gemeenschappen voor.

§1. Federaal niveau: homogeen financierings- en verzekeringsbeleid

A. Inkomsten worden federaal geïnd

8. Op federaal niveau komen de sociale partners, de federale regering en de Gemeenschappen jaarlijks overeen hoe groot het budget van de ziekteverzekering zal zijn en hoe dit gefinancierd wordt: sociale bijdragen, staatstoelagen, alternatieve financiering, eigen bijdragen patiënt...

Het behoud van de financiering van de gezondheidszorg in de federale sociale zekerheid borgt de solidariteit tussen de Belgische burgers, actief of niet-actief, arm of rijk.

B. Verdeling van het beschikbare budget

9. Na de vastlegging van de grootte en de financiering van het budget wordt dit via een **enveloppe** verdeeld tussen de Gemeenschappen. Om deze enveloppes te bepalen, wordt een verdeelsleutel overeengekomen die rekening houdt met demografische gegevens.

In een studie stelt het RIZIV¹⁵ duidelijk dat de uitgaven per inwoner in Vlaanderen, Wallonië en Brussel quasi **identiek** zijn. Een Vlaming kost op jaarbasis

¹⁴ Veit-Sauca B., Regionalisation of perinatal care helps to reduce neonatal mortality and morbidity in very preterm infants and requires updated information for caregivers. Arch. Pediatr. 2008 Jun; 15(6):1042-8

¹⁵ Cf. nota ARGV 2007/48 van 12 april 2007 ten behoeve van de algemene raad van het RIZIV

gemiddeld 1.627,90 euro aan de ziekteverzekering, een Waal 1.673,99 euro en een Brusselaar 1.635,30 euro.

Met andere woorden, een **eenvoudige verdeelsleutel op basis van eenzelfde bedrag per capita** sluit aan op de huidige geografische spreiding van de uitgaven. De partners kunnen de verdeelsleutel eventueel moduleren op grond van maatschappelijke evoluties.

Een soortgelijke verdeling op grond van een objectieve parameter wordt nu reeds toegepast in Ierland, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken.

De Gemeenschappen worden op die manier **geresponsabiliseerd** voor het eigen beleid. Niets belet hen om bijkomende **eigen middelen** te investeren. Het wordt evenwel onmogelijk om de factuur af te wentelen op de federale overheid.

Deze responsabilisering is een belangrijke aansporing om bijv. met een gericht preventiebeleid de totale kost beter te beheren, de efficiëntie te verhogen en de terugverdieneffecten bijkomend te kunnen investeren.

C. Een federale lijst van terugbetaalbare verstrekkingen

10. Het vastleggen en goedkeuren van inhoud, prijs, tarief en terugbetaling van gezondheidszorgen, hierna **gezondheidszorgproducten** genoemd, gebeurt eveneens in overleg met alle partners. Derhalve ontstaat een federale lijst met alle mogelijke verstrekkingen die zorgverstrekkers aan patiënten kunnen aanbieden en die door de bevoegde Gemeenschap worden gefinancierd.

Deze benadering garandeert dat, voor *alle* inwoners van België, de inhoud, de randvoorwaarden, het tarief en de terugbetaling van de gezondheidszorgproducten gelijkvormig worden vastgesteld. Het betreft hier een *exclusieve* bevoegdheid van een centraal overleg.

Het centrale overleg krijgt een cruciale rol. In een nieuw op te richten orgaan, dat we bijv. het **centraal overlegcomité** (COC) zouden kunnen noemen, vindt het overleg plaats en zullen alle gezondheidszorgproducten en hun kenmerken vastgesteld en goedgekeurd worden. In het COC zetelen de stakeholders, met inbegrip van de Gemeenschappen. Met het oog op het realiseren van hun beleid is het immers nodig dat ook de Gemeenschappen, net zoals de mutualiteiten en de zorgverstrekkers, gezondheidszorgproducten kunnen voorstellen en laten goedkeuren die in aanmerking zullen komen voor terugbetaling via de verplichte ziekteverzekering.

Een aantal concrete voorbeelden kan verduidelijken hoe deze gezondheidszorgproducten er, *vandaag en in de toekomst*, kunnen uitzien. Het zal duidelijk worden dat in de meeste gevallen de notie "gezondheidszorgproduct" heel dicht aansluit bij concepten waarmee zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen vandaag reeds werken. Voor individuele zorgverstrekkers zoals artsen, zelfstandige verpleegkundigen, kinesisten, thuiszorg, ... vallen de gezondheidszorgproducten vandaag samen met de nomenclatuur van geneeskundige

verstrekkingen. Dit betekent dat er *de facto* geen enkele omschakeling dient te gebeuren om deze verstrekkingen onmiddellijk in de logica van het systeem van de gezondheidszorgproducten in te passen.

Voor woonzorgcentra zijn de gezondheidszorgproducten tot op vandaag in essentie de verschillende dagforfaits per patiënt die de instellingen mogen aanrekenen aan het RIZIV. In de toekomst kunnen deze forfaits omgezet worden in basiszorgmodules of specifieke zorgmodules van de woonzorgcentra.

Wat de initiatieven voor beschut wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de CGG's¹⁶ en de revalidatie-overeenkomsten voor patiënten met psychische problemen betreft, zouden de gezondheidszorgproducten op vandaag kunnen worden geassimileerd met de huidige prijzen per verblijfsdag en in de toekomst uitgedrukt worden in termen van zorgopdrachten die onderdeel zijn van voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's.

D. De verzekeringsinstellingen

11. De verzekeringsinstellingen blijven een belangrijke rol spelen.

De lokale verbonden in Vlaanderen en Wallonië zullen instaan voor de toepassing van de verplichte verzekering voor inwoners uit hun respectievelijk Gewest.

Brusselse verzekeringsinstellingen treden toe tot de regeling van de Vlaamse of Franse Gemeenschap. De inwoners van Brussel kiezen vrij hun verzekeraar en de regeling die hij koos.

E. Patiëntenmobiliteit

12. Het principe van de vrije patiëntenkeuze wordt behouden. Elke verzekerde heeft zonder discriminatie recht op gezondheidszorg in alle regio's, zoals het ook in Europa het geval is. De kosten voor zijn verzorging worden gedragen door zijn eigen verzekeringsinstelling.

Het systeem van de federale lijst met gezondheidszorgproducten garandeert bovendien dat de terugbetaling voor gelijke prestaties in alle landsdelen dezelfde zal zijn.

F. Brussel

13. In tegenstelling tot vandaag, stellen we voor dat er in Brussel nog slechts twee overheden bevoegd zouden zijn voor gezondheidszorg, met name de Vlaamse en Franse Gemeenschap.

¹⁶ Deze logica veronderstelt dat de CGG's erkend worden als zorgverstrekker.

Zoals in punt 1.3 uitgelegd zullen Brusselaars zich aansluiten bij een verzekeringsinstelling die ofwel tot de Vlaamse ofwel tot de Franse Gemeenschap behoort. Men kiest vrij zijn verzekeringsinstelling. Deze aansluiting doet rechten ontstaan in ofwel de Vlaamse ofwel de Franse Gemeenschap en zal uiteraard zijn invloed hebben op de verdeling van het federale budget tussen betreffende Gemeenschappen.

Zorginstellingen en zorgverstrekkers kiezen voor een regeling van de Vlaamse of Franse Gemeenschap. Zij zullen derhalve aan hun normen voldoen om door hen erkend te worden.

Individuele zorgverstrekkers, zoals bijv. artsen of thuisverpleegkundigen, die aan de vereisten van beide Gemeenschappen voldoen, kunnen desgevallend een dubbele erkenning bekomen.

Een burger die verzekerd is bij de Franse Gemeenschap en door een door de Franse Gemeenschap erkende zorgverstrekker of instelling wordt verzorgd, valt men exclusief onder het gezondheidszorgsysteem van de Franse Gemeenschap. Hetzelfde geldt uiteraard voor de Vlaamse Gemeenschap.

Indien Vlaamse verzekerden zich laten verzorgen door een door de Franse Gemeenschap erkende zorgverstrekker, en omgekeerd, zal het systeem van de patiëntenmobiliteit spelen (cf. punt 1.4).

G. Instellingsfinanciering

14. Aangezien het budget voor verzorgingsinstellingen in hoofdzaak personeelskosten en andere vaste kosten financiert, is het systeem van de federale lijst met gezondheidszorgproducten minder geschikt voor bijv. ziekenhuisfinanciering.

Wij stellen voor dat de vaststelling van instellingsbudgetten de onmiddellijke bevoegdheid van de Gemeenschappen wordt zodat zij, binnen het hun toegevoegde budget, verantwoordelijk zijn voor de criteria die de basis van de financiering vormen.

Er zal een correctie gebeuren voor de patiënten die verzekerd zijn binnen het stelsel van een andere Gemeenschap. Deze correctie geschiedt door voorafname op het federale gezondheidsbudget alvorens dit verdeeld wordt tussen de Gemeenschappen.

Zo wordt bijv. het budget van een ziekenhuis met 5% patiënten verzekerd in een andere Gemeenschap berekend op basis van de parameters van de eigen Gemeenschap, maar 5% van dit budget wordt rechtstreeks ten laste gelegd van het federale gezondheidsbudget voor verdeling tussen de Gemeenschappen.

Door de Gemeenschappen bevoegd te maken voor de kosten van wonen, verblijf en verzorging worden de versnipperde bevoegdheden voor investeringen en werking (wonen of verblijf) samengevoegd. Een gemeenschap die bijv. investeert in duurzaam en milieuvriendelijk bouwen, krijgt dan ook de bonus voor lagere energie-uitgaven terug.

§2. *Gemeenschapsniveau: homogeen volksgezondheidsbeleid*

15. Met een federaal toegewezen enveloppe zal elke Gemeenschap een eigen gezondheidszorgbeleid voeren in afstemming met de andere persoonsgebonden, en dus reeds gecommunautariseerde sectoren, zoals bijv. bijstand van personen (welzijnsbeleid), preventie, onderwijs, huisvesting en arbeid, om op voorhand bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen te behalen met een optimale inzet van middelen. Het verweven en op elkaar afstemmen van beleidsprioriteiten op niveau gezondheidszorg, preventie, welzijnszorg, onderwijs, woon- en arbeidsmarktbeleid is dé hefboom voor de toekomst om op efficiënte en effectieve manier in te spelen op de gezondheid van *alle* bevolkingsgroepen. Immers, sensibilisering, preventie maar evenzeer goede huisvesting, gerichte opleiding en een passende job hebben meer impact op de gezondheid van mensen dan medische interventies, *post factum* en gericht op het terug gezond maken van mensen.

De Gemeenschappen zullen de door verbetering van efficiëntie en effectiviteit vrijgekomen middelen gebruiken voor bestaande of nieuwe zorgvragen en – noden, het verbeteren van de spreiding en de toegankelijkheid en/of het verhogen van de specificiteit van de dienstverlening. Wij denken bv. aan palliatieve zorg, geriatrische zorgprogramma's, residentiële ouderenzorg, dagverzorging, dagopnames, pijnklinieken, psychiatrische crisishulp, specifieke psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren ...

De beleidsruimte bestaat er **essentieel** in dat de Gemeenschappen zelf kunnen sturen door keuzes te maken in het aanbod van beschikbare en op federaal niveau gedefinieerde en goedgekeurde gezondheidszorgproducten (cf. punt 1.2). Met andere woorden, de Gemeenschappen bepalen het aanbod en het volume van de gezondheidszorgproducten die de zorgverstrekkers mogen aanrekenen, met inachtneming van het beschikbare gemeenschapsbudget en *binnen* de door de Gemeenschap gestelde beleidsobjectieven en gezondheidsdoelstellingen. Deze gezondheidszorgproducten zullen, naar alle waarschijnlijkheid, in eerste instantie veelal afgeleiden zijn van momenteel reeds bestaande zorgverstrekkingen (nomenclatuur, dagziekenhuisforfaits, forfait ouderenzorg, forfait thuiszorg, ...).

Naast die accenten kunnen de Gemeenschappen ook nieuwe gezondheidszorgproducten voor terugbetaling aanbrenge en laten goedkeuren op federaal niveau, die uiteraard binnen het eigen budget zullen moeten worden gefinancierd. Op die manier kan elke Gemeenschap de eigen beleidsprioriteiten realiseren.

Door het maken van de **juiste keuzes** inzake aanbod van gezondheidszorgproducten, het optimaliseren van samenwerking met andere sectoren, *in casu* preventie, welzijnszorg, huisvesting, arbeid en tewerkstelling, opleiding en vorming en het uitkijken van aangepaste randvoorwaarden, ontstaat in elke Gemeenschap niet alleen een homogeen en geïntegreerd gezondheidszorgbeleid maar tevens een homogeen beleid inzake persoonsgebonden materies, wat het welbevinden en de gezondheid van alle lagen van de bevolking enkel maar ten goede kan komen.

Een homogeen gezondheidszorgbeleid houdt dus in dat alle bevoegdheden die momenteel thuishoren onder het federale departement "volksgezondheid" integraal overgedragen worden aan de Gemeenschappen.

§3. Aandacht voor de voorzieningen

16. Zowel de federale overheid als de Gemeenschappen doen er goed aan om alle stakeholders, en in het bijzonder het Social Profit initiatief, ruimte te bieden en het middenveld nauw bij hun beleid te betrekken.

Zorgnet Vlaanderen verwacht alvast dat de Vlaamse Gemeenschap zich onthoudt van overdreven regelgeving en betutteling. De overheden moeten de zorgverleners, voorzieningen en diensten de vrijheid en verantwoordelijkheid geven om die zorg te bieden die professioneel verantwoord is en aansluit op de zorgvragen. Uiteraard zullen de zorgverstrekkers op transparante manier verantwoording afleggen voor de besteding van middelen.

Het spreekt voor zich dat goed bestuur enkel mogelijk is mits consultatie van de mensen van het terrein door nauwe samenwerking tussen overheid en representatieve organisaties. Een goed geïnformeerde en geadviseerde Vlaamse minister van Volksgezondheid zal daardoor over de nodige legitimiteit beschikken om een effectief en gedragen beleid te kunnen voeren.

§4. Andere bevoegdheidsdomeinen

17. Bevoegdheden die verband houden met dit model dienen eveneens te worden hertekend. Zo bijvoorbeeld de bevoegdheid tot het bepalen van de dagprijs in ouderenzorg (prijsbeleid, economische zaken) of de organisatie van de zorgberoepen (basisregels zijn federaal, de rest is gemeenschapsmaterie).

V. Ontwerpparameters voor alternatieven

18. In het debat over de staatshervorming worden verschillende meningen geopperd, en circuleren menige voorstellen, ook over de gezondheidszorg. Wij veroorloven ons om enkele parameters naar voor te schuiven die dienstig kunnen zijn bij een beoordeling.

- De bevoegdheidsopdeling moet **helder zijn** en haarscherp afgelijnd. De bevoegdheid moet integraal zijn, en slaan op de planning van het aanbod, de erkenning van diensten, instellingen, centra..., het HR-beleid, het kwaliteitsbeleid en de financiering.
- Het gevoerde beleid moet democratisch gelegitimeerd worden door één overheid en één parlement.
- De maatstaf voor de beoordeling van een herverdeling van bevoegdheden mag **niet de omvang van het over te dragen budget** zijn, maar het **potentieel** dat de herschikking heeft om een antwoord te bieden op beide grote

uitdagingen: de omslag acuut/chronisch en de budgettaire sanering. Daarom toetsen we de diverse voorstellen aan hun mogelijkheden voor een beter bestuur. We passen de AMOR-criteria toe: aantoonbaar, meetbaar, on-dubbelzinnig, realistisch.

- **Twee logica's:** horizontaal versus verticaal

Het bevoegdheidsdomein gezondheidszorg kan zowel **horizontaal** als **verticaal** omschreven worden. Bij een horizontale benadering focussen we op de trajecten die patiënten en cliënten doorlopen over de verschillende opvang-en zorgvormen heen. Thuiszorg, acute zorg in de eerste, tweede en derde lijn, chronische zorg in een ambulante of residentiële setting, revaliderende en brugzorg. Het voordeel van die benadering is dat de **processen** in de volle breedte op elkaar kunnen worden afgestemd en dat er **zorg op maat** kan worden uitgebouwd vanuit een integrerende benadering. Een aflijning van de bevoegdheden van de verschillende overheden gebeurt dan volgens ieders "core business" en niet per sector.

Bij een verticale benadering worden de bevoegdheden per sector, met het overeenstemmend budget, toevertrouwd aan een overheid. Dat is sinds jaar en dag de praktijk. Op die manier blijven we volgens een verkeerde logica redeneren en zijn er voor de sectoren te weinig stimulansen om vraaggestuurd te werken. Toch is het bijvoorbeeld voor de ziekenhuizen onvermijdelijk om in de toekomst over te gaan van een verticale opdeling van diensten naar horizontale transmurale klinische paden.

In de onderhandelingen werd tot nu toe overwegend gekozen voor een verticale benadering. Als die verticale aanpak leidt tot een heel groot pakket van over te dragen bevoegdheden, dan is er vanzelfsprekend in de effecten weinig verschil met een horizontale benadering.

De voorstellen van Zorgnet Vlaanderen combineren twee beleidsdoelstellingen¹⁷:

1. Het behoud van de brede federale solidariteit tussen gezonde en zieke burgers.
2. De noodzaak om de erkennings- plannings en financiële bevoegdheid onder één overheid te brengen. Daarom wordt de bevoegdheid "gezondheidsbeleid", bedoeld in art. 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, **integraal** overgedragen naar de Gemeenschappen. De federale **solidariteit** wordt behouden door de financiering via dotaties en een verdeling volgens objectieve criteria (bevolkingsaantal, ziektelast, leeftijd). Bovendien wordt de tariefzetting naar de patiënt toe (prijzen en remgelden) uniform gehouden. Door die aanpak is meteen het probleem van de financiële responsabilisering glashelder opgelost: de overheid die bevoegd is, is verantwoordelijk, en heeft ook de instrumenten om die verantwoordelijkheid op te nemen. Dit voorstel beantwoordt aan de AMOR-criteria.

¹⁷ *Solidaire gezondheidszorg. Een nieuw concept voor bevoegdheidsverdeling / Soins de santé et solidarité. Un nouveau projet pour la répartition des compétences.* 2008; geactualiseerde versie 2010.

VI. Besluit

19. Als het over het gezondheidsbeleid gaat, deelt het klassieke discours de meningen op in de voorstanders van het behoud van de Belgische solidariteit, die vorm gekregen heeft in de ziekteverzekering, en voorstanders van een integrale overdracht van deze materie naar de Gemeenschappen, omdat zij mooi aansluit bij "bijstand aan personen" en een integraal beleid mogelijk zou maken.

Wij gaan niet uit van deze dichotomie, maar van de noodzaak het systeem te re-engineeren. Zorgnet Vlaanderen schoof een concept naar voor dat enerzijds de Federale solidariteit behoudt, inbegrepen de eenheid van tarifiering voor alle Belgische burgers en anderzijds de bevoegdheid inzake Volksgezondheid integraal overdraagt naar de Gemeenschappen.

Wat het lot is van deze en andere voorstellen die geformuleerd worden, is op het ogenblik van het afsluiten van de redactie van deze tekst niet geheel duidelijk. Beter gezegd: geheel onduidelijk.