

Minder versnippering, meer zorg



zorg net

ICURO

De nood aan een heldere en werkbare
bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg

Colofon: Redactie: Tom Balthazar, Evelyne Maes, Margot Cloet

Eindredactie: Lieve Dhaene, Mieke Vasseur

Vormgeving: www.dotplus.be

D/2019/12067/1
2019©Zorgnet-Icuro vzw

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be

Minder versnippering, meer zorg

De nood aan een heldere en werkbare
bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg



Inhoud

Woord vooraf	5
Hoofdstuk 1	7
Panoramisch overzicht van de bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg <i>Tom Balthazar</i>	
Hoofdstuk 2	18
Vijf knelpunten <i>Evelyne Maes</i>	
1. Het principe van exclusieve bevoegdheden leidt niet tot exclusieve bevoegdheden	18
2. Bevoegdheidsverdeling verhindert een continuüm in de zorg	20
3. Een versnipperde bevoegdheidsverdeling op grond van soms vage bevoegdheidsverdelende begrippen	21
4. Gebrek aan (efficiënte) overleginstrumenten en gedeelde administraties	24
5. Een verzuchting: de financiering	25
Hoofdstuk 3	28
Waar versnippering toe leiden kan: enkele voorbeelden uit de sector <i>Tom Balthazar en Margot Cloet</i>	
1. Draaien aan verschillende knoppen	28
2. De geestelijke gezondheidszorg: een kluwen waarbij hoofdpijn moeilijk te vermijden is	29
3. De revalidatiesector: nog niet helemaal hersteld van de bevoegdheidsoverdracht	30
4. Onnodige spanning op een reeds erg gespannen arbeidsmarkt	31
5. De tragiek van de chronische zorg	32
Hoofdstuk 4	34
Modellen van bevoegdheidsverdeling in enkele andere landen. Wat kan ons inspiratie bieden? <i>Evelyne Maes</i>	
1. Duitsland	34
2. Spanje	38
3. Denemarken	42
Hoofdstuk 5	46
Essentiële wetgeving	
1. Grondwet	46
2. Bijzondere wet tot hervorming der instellingen	47
Meer documentatie	51

Woord vooraf

In januari 2019 lanceerde Zorgnet-Icuro samen met meer dan 40 partnerorganisaties Zorg aan Zet: een brede en intensieve raadpleging van de samenleving over de toekomst van de gezondheidszorg. 4.300 mensen gaven hun voorstellen en adviezen via het online discussieplatform. Meer dan 500 mensen discussieerden mee tijdens de Avonden van de Zorg. We hopen dat de resultaten van deze bevraging en de beleidsaanbevelingen die eruit voortvloeien nog lang zullen weerklinken in de Wetstraat en op alle straten en pleinen waar tijdens de komende jaren beslissingen moeten worden genomen.

Zeer veel mensen en groepen hebben het in hun voorstellen over het belang van een duidelijke en gedragen langetermijnvisie, de noodzaak om een moedig, ambitieus en doortastend gezondheidsbeleid te voeren en daarvoor ook de nodige middelen vrij te maken. Dat is nergens eenvoudig en zeker niet in een complex land als België waar de bevoegdheden verdeeld zijn tussen de federale staat en de gemeenschappen en niet minder dan acht ministers.

Gelukkig worden er met veel geduld en goede wil nog oplossingen gevonden, maar de complexe staatsstructuur en de versnippering van bevoegdheden dreigen toch vaak vertragend en soms zelfs verlamdend te werken. Als remedie wordt dan gesproken over homogene of coherente bevoegdheden. Sommigen hebben het over de noodzaak van een Zevende Staatshervorming. Het is een thema dat vaak terug komt, maar waar zelden op wordt doorgegaan. Daarvoor zijn vele goede redenen. Het is saai en juridisch, technisch en complex. Het leidt snel tot delicate of gepolariseerde politieke discussies. En het is zeker minder belangrijk dan grote en universele uitdagingen zoals de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit of het verstandig en humaan aanwenden van de gigantische voordelen van de technische innovatie en de vooruitgang in de geneeskunde.

Die redenen voor terughoudendheid zijn terecht, maar het thema is toch te belangrijk om er blijvend over te zwijgen of ons te beperken tot een jammerklacht over de complexiteit of de versnippering. Het gevaar bestaat immers dat de grote uitdagingen net door die versnippering niet met voldoende kracht en duidelijkheid kunnen worden aangepakt. Treuren en zeuren helpt dus niet, en daarom willen wij helpen om dit debat op niveau te brengen. Rustig, zonder taboes en zonder welomlijnde eisenbundel. Wij willen de stem van de sector laten horen, die laten begeleiden door deskundigen en buitenlandse voorbeelden en de politieke wereld inspireren in de zoektocht naar verantwoorde oplossingen.

Het symposium “Minder versnippering, meer zorg” van 29 april 2019 onderzoekt de wegen naar een heldere en werkbare bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg. Op basis van getuigenissen van *key-players* uit de sector en goede raad van experts voeden wij het debat tussen de beleidsmakers van morgen en de mannen en vrouwen die vandaag als *captains of health* onze gezondheidszorg proberen draaiend te houden. Dit cahier helpt bij de bezinning die wij willen stimuleren. Het bevat de essentiële basisdocumentatie en hulp en inspiratie voor wie verder op onderzoek wil. We presenteren de knelpunten waarvan onze sector graag verlost zou worden. Zodat we ons op onze basistaak kunnen concentreren: elke dag opnieuw zorgen voor de honderdduizenden die de expertise en de inzet van onze artsen en zorgmedewerkers zo hard nodig hebben.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

Etienne Wauters
Voorzitter Zorgnet-Icuro



Hoofdstuk 1

Panoramisch overzicht van de bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg

Tom Balthazar

1. Een panoramisch overzicht

De kern van de bevoegdheidsverdeling in verband met het gezondheidsbeleid is terug te vinden in één onderdeel van één paragraaf van één artikel: het artikel 5, § 1, I van de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 tot Hervorming der Instellingen, in 2014 voor het laatst gewijzigd met de Zesde Staatshervorming.¹ Het onderdeel over de bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg is af te drukken op twee A4-tjes, maar toch werden hierover door vele specialisten indringende en diepgaande artikelen geschreven² en werden er regelmatig procedures over gevoerd voor de Raad van State of het Grondwettelijk Hof. Vaak moeten initiatieven van de betrokken regeringen en parlementen ook worden bijgestuurd op grond van de opmerkingen van de afdeling wetgeving van de Raad van State. Die heeft de moeilijke taak om de diverse staatshervormingen en in het bijzonder de Zesde Staatshervorming te duiden en te ontwarren, en tracht daarbij zo goed mogelijk op zoek te gaan naar de wil van de “bijzondere wetgever” achter de korte tekst.

Het is niet de bedoeling om in dit cahier een diepgaande juridische analyse te maken van de wetgeving, de rechtspraak en de doctrine over die problematiek. Wij willen vooral de knelpunten schetsen en analyseren, en op grond van enkele buitenlandse voorbeelden helpen nadenken over verbeteringen of hervormingen. Om de knelpunten te begrijpen en gericht na te denken over bijstellingen of hervormingen is het echter noodzakelijk de huidige bevoegdheidsverdeling te kennen en te begrijpen. Dit panoramisch overzicht wil daarbij helpen. Voor wie zich verder wil verdiepen, verwijzen we naar de literatuurlijst achteraan. Het beste overzicht over de federale bevoegdheden in de stroom van literatuur is zeker het boek dat Karel Reybroeck en Stefan Sottiaux in 2019 publiceerden.³ Over de bevoegdheden van de gemeenschappen werd heel diepgravend werk verricht door Jeroen Van Nieuwenhove, die zich ook als staatsraad reeds in de praktijk over de materie diende te buigen.⁴

We illustreren de juridische uiteenzetting met enkele kerncijfers die een idee geven over de omvang van de overgedragen bevoegdheden en de financiële verhoudingen tussen de betrokken domeinen.⁵ Wij gaan niet in op de bijzondere situatie van het gezondheidsbeleid

1 Zie de integrale tekst van art. 5, § 1 BWHI in hoofdstuk 5 van dit cahier.

2 Zie een overzicht van de literatuur achteraan dit cahier.

3 K. REYBROECK en S. SOTTIAUX, *De federale bevoegdheden*, Antwerpen, Intersentia, 2019.

4 J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN (ed.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, Brugge, Die Keure, 2014, 393-412; J. VAN NIEUWENHOVE, “De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap”, *Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid*, 2015, 269-310; J. VAN NIEUWENHOVE, “Het gezondheidsbeleid” in B. SUETIN en G. VAN HAEGENDOREN (eds.), *De bevoegdheden van de gemeenschappen*, Brugge, Die Keure, 2017, 205-293.

5 Met dank aan collega's Thierry Delrue, Ingrid Nolis, Annelies Verbugt en Ingrid De Bisschop voor de bijstand in de zoektocht naar de recentste cijfers.

in Brussel. De bevoegdheidsverdeling is er identiek, maar de uitoefening van de gemeenschapsbevoegdheden is onvermijdelijk complex.⁶

2. Vertrekpunt: gezondheidsbeleid bij de gemeenschappen met veel federaal voorbehoud

België is een federaal land waarbij een belangrijk deel van de bevoegdheden overgedragen is aan de gemeenschappen en de gewesten. De gemeenschappen zijn bevoegd voor de persoonsgebonden aangelegenheden.⁷ De inhoud van die persoonsgebonden aangelegenheden moet worden vastgesteld in een bijzondere wet die is aangenomen:

- Met de meerderheid van de stemmen in elke taalgroep van de Kamer;
- Op voorwaarde dat de meerderheid van elke taalgroep aanwezig is;
- En op voorwaarde dat het totaal van de ja-stemmen in beide taalgroepen twee derde van de uitgebrachte stemmen bereikt.⁸

Tot die persoonsgebonden aangelegenheden behoren meerdere aspecten van het gezondheidsbeleid die gradueel werden uitgebreid. Ze omvatten nu het *“beleid betreffende de zorgverstrekkingen binnen en buiten de verplegingsinrichtingen”*.⁹ Toch blijft de federale overheid nog bevoegd voor meerdere onderdelen van het gezondheidsbeleid. Dat heeft drie belangrijke redenen:

- Vooreerst wordt voor meerdere bevoegdheden een uitzondering gemaakt op de toewijzing aan de gemeenschappen. Die uitzondering leidt tot zogenaamde “voorbehouden bevoegdheden”. Zo zijn de gemeenschappen bevoegd voor ziekenhuizen met uitzondering van de “organieke wetgeving”, “de financiering van de exploitatie”, de “basisregelen betreffende de programmatie” en de voorwaarden tot aanwijzing als Universitair Ziekenhuis;
- Het feit dat de federale overheid expliciet bevoegd blijft voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering¹⁰;
- De talrijke “residuaire” bevoegdheden van de federale overheid.

Om een vacuüm te vermijden, is het in een land met een federale of confederale staatsstructuur steeds nodig dat een overheid wordt aangewezen die instaat voor de zogenaamde “residuaire bevoegdheden”. Dat zijn de bevoegdheden die niet uitdrukkelijk aan een overheid zijn toegewezen. Op dit ogenblik is dat nog steeds de federale overheid.

Volgens het eerste lid van artikel 35 van de Grondwet zou dit schema moeten worden omgekeerd en is de federale overheid *“slechts bevoegd voor de aangelegenheden die de Grondwet en de wetten, krachtens de Grondwet zelf uitgevaardigd, haar uitdrukkelijk toekennen”*. Dit artikel is evenwel nog helemaal niet van kracht en kan op basis van de zeer strenge overgangsbepaling in het laatste lid van artikel 35 pas in werking treden:

6 J. LIEVENS, “Brussel volgens de Zesde Staatshervorming: formidable of fort minable?” in A. ALEN (ed.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, Brugge, Die Keure, 2014, 279-304.

7 Art. 128 Grondwet.

8 Art. 4 Grondwet.

9 Art. 5, § 1, I BWHI.

10 Art. 5, § 1, I, 2° BWHI.

- Nadat met een bijzondere wet bepaald is hoe de gewesten en gemeenschappen de residuaire bevoegdheden zullen uitoefenen;
- Nadat een Grondwetsbepaling is aangenomen die de federale bevoegdheden bepaalt.¹¹

Dit kan dus enkel na een (grondige) herziening van de Grondwet in werking treden. In afwachting daarvan blijven de residuaire bevoegdheden bij de federale overheid zonder dat daarvan een bindende lijst bestaat. Dergelijke lijsten werden wel reeds opgemaakt door de juridische doctrine en in 2019 nog het meest uitgebreid en gedetailleerd door Reybroeck en Sottiaux. Die residuaire bevoegdheden omvatten onder meer het beleid over:

- geneesmiddelen;
- medische hulpmiddelen;
- medisch begeleide voortplanting;
- menselijk lichaamsmateriaal;
- patiëntenrechten;
- de reglementering van de uitoefening van de gezondheidsberoepen (waarvan sommige aspecten zoals de erkenning en de contingentering wel aan de gemeenschappen zijn toevertrouwd).

De financieel belangrijkste federale bevoegdheid is de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Voor 2018 ging dat om volgende budgetten:

- 8.840.574.000 euro voor artsenhonoraria;
- 4.431.481.00 euro voor farmaceutische producten;
- 1.578.360.000 euro voor thuisverpleging.

Daar moet nog het Budget voor Financiële Middelen van de ziekenhuizen (dat niet volledig door de ziekteverzekering wordt gedragen) aan worden toegevoegd. In 2018 bedroeg dat voor heel België 7,801 miljard euro, waarvan 6,553 miljard euro in algemene ziekenhuizen en 1,248 miljard euro in psychiatrische ziekenhuizen.

3. Overzicht per domein

In het overzicht vertrekken we niet van de klassieke indeling tussen federale bevoegdheden en bevoegdheden van de gemeenschappen. Wij baseren de indeling van dat overzicht ook niet op veeleer juridisch-technische concepten zoals het verschil tussen toegewezen, voorbehouden en residuaire bevoegdheden. Wij trachten de bevoegdheid te beschrijven per thema, vanuit het standpunt van de zorgvragers en de actoren in de zorg.

3.1. Preventie

3.1.a. Preventiebeleid

In beschouwingen over de noodzakelijke oriëntaties van het gezondheidsbeleid hoort men vaak dat onze gezondheidszorg zich veel te sterk heeft ontwikkeld als een *sick care* en dat er te weinig aandacht en geld gaat naar echte *health care*. Op dat vlak kunnen de gemeenschappen een belangrijke rol spelen. Zij zijn bevoegd voor de *gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, evenals alle*

¹¹ Zie de toelichting hierover in K. REYBROECK en S. SOTTIAUX, *De federale bevoegdheden*, p. 10, nr. 14.

*initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg.*¹² Dat is een brede omschrijving die ook initiatieven omvat die de ziekteverzekering nam op preventief vlak zoals het Fonds ter bestrijding van verslavingen, screeningscampagnes of initiatieven inzake mondhygiëne.¹³ Federaal bleven wel de “nationale maatregelen inzake profylaxis”.¹⁴ Dat gaat hoofdzakelijk om de verplichte inenting tegen poliomyelitis. Die voorbehouden bevoegdheid impliceert dat de gemeenschappen geen vaccinatie verplicht kunnen maken. Zij kunnen wel voorzien in facultatieve programma’s (zoals tegen griep) of de verplichte programma’s promoten en organiseren.¹⁵

3.1.b. Maatregelen in het belang van de volksgezondheid

Gezondheidsbeleid omvat veel meer dan maatregelen over de gezondheidszorg en omvat ook maatregelen in het belang van de volksgezondheid. Dat kunnen gerichte preventiecampagnes zijn, maar ook maatregelen om gevaren te beheersen. Maatregelen in het belang van de volksgezondheid die buiten de deelstatelijke bevoegdheid vallen, behoren tot de federale bevoegdheden. Reybroeck en Sottiaux geven als voorbeelden¹⁶:

- Het rookverbod in publiek toegankelijke plaatsen;
- De regelgeving over het aanbrengen van tatoeages en piercings;
- Het beperken van het op de markt brengen van bepaalde gevaarlijke stoffen.

3.2. De uitoefening van beroepen in de gezondheidszorg

Een belangrijke residuaire bevoegdheid is het beleid betreffende de uitoefening van de geneeskunde en andere beroepen in de gezondheidszorg. Het is op grond hiervan dat een belangrijk deel van het gezondheidsrecht nog wordt geregeld door federale wetgeving. De belangrijkste thans geldende wetten zijn:

- De Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen (nog steeds vooral gekend als KB 78)¹⁷;
- De gloednieuwe “Kwaliteitswet”¹⁸;
- De wetgeving op de niet-conventionele praktijken waarbij een (grotendeels onuitgevoerde) poging werd ondernomen om een kader te voorzien voor homeopathie, acupunctuur, osteopathie en chiropraxie¹⁹;
- De wetgeving over de Orde der Artsen²⁰ en de Orde der Apothekers²¹;
- De Patiëntenrechtenwet²²;

12 Art. 5, § 1, I, 2° BWHI.

13 J. VAN NIEUWENHOVE, “De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap”, *Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid*, 2015, 294.

14 Art. 5, § 1, I, 2° BWHI.

15 K. REYBROECK en S. SOTTIAUX, *De federale bevoegdheden*, nr. 608.

16 K. REYBROECK en S. SOTTIAUX, *De federale bevoegdheden*, nr. 571.

17 Wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015.

18 Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, op 28 maart 2019 aangenomen in de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

19 Wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

20 Koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der artsen.

21 Koninklijk besluit nr. 80 van 10 november 1967 betreffende de Orde der apothekers.

22 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

- De Orgaantransplantatiewet²³;
- De Bloedwet²⁴;
- De Experimentenwet²⁵;
- De wet over medisch begeleide voortplanting²⁶;
- De wet over onderzoek op embryo's in vitro²⁷;
- De wet over het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal.²⁸

Bovendien is de bevoegdheid over de ziekteverzekering in de praktijk zeer determinerend voor de wijze waarop de beroepen in de gezondheidszorg kunnen worden uitgeoefend. Denk maar aan de terugbetalingsvoorwaarden en de honoraria.

Twee aspecten van het beleid over de gezondheidszorgberoepen werden uitdrukkelijk aan de gemeenschappen toevertrouwd:

- *“-hun erkenning met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsvoorwaarden;*
- *- hun contingentering, rekening houdende, in voorkomend geval, met het globale aantal dat de federale overheid per gemeenschap jaarlijks kan vastleggen voor de toegang van elk van de gezondheidszorgberoepen”* ²⁹.

Nog steeds federaal blijven:

- Het viseren van de opleidingstitel en de mogelijkheid om het visum in te trekken;
- De regeling van de verplichte inschrijving bij de Orde voor Artsen en Apothekers;
- Het verlenen van een RIZIV-nummer, wat essentieel is om terugbetaalbare prestaties te kunnen uitvoeren. Dat kan inhouden dat beroepsbeoefenaars een erkenning nodig hebben op gemeenschapsniveau (om het beroep te mogen uitoefenen) en op federaal niveau (voor de terugbetaling door de ziekteverzekering);³⁰
- De registratie en vergunning van apotheken.³¹

De bevoegdheid van de federale overheid om de erkenningsvoorwaarden vast te leggen leidde reeds tot meerdere betwistingen omdat de uitvoering ervan kan leiden tot een inmenging in de onderwijsbevoegdheid van de gemeenschappen. Indien in de erkenningsvoorwaarden gedetailleerde voorwaarden over de voorafgaande opleiding worden vastgelegd, dreigt dat ook gevolgen te hebben voor de organisatie en de precieze inhoud van het onderwijs dat voorbereidt op dat beroep. Op grond van een analyse van de rechtspraak van

23 Wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen.

24 Wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloederivaten van menselijke oorsprong.

25 Wet van 7 mei 2004 inzake de experimenten op de menselijke persoon.

26 Wet van 6 juli 2007 betreffende de medische begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten.

27 Wet van 11 mei 2003 betreffende het onderzoek op embryo's in vitro.

28 Wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek.

29 Art. 5, § 1, I, 7° BWHI.

30 J. VAN NIEUWENHOVE, “De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap”, *Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid*, 2015,292.

31 K. REYBROECK en S. SOTTIAUX, *De federale bevoegdheden*, nr. 554.

het Grondwettelijk Hof en de Raad van State, en de adviezen van de afdeling wetgeving van de Raad van State concluderen Reybroeck en Sottiaux hierover: *de federale overheid is bevoegd om de minimale inhoud en de duur van de opleidingen voor gezondheidszorgberoepen vast te stellen, terwijl het bepalen van de concrete inhoud van de opleiding ervan tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort*.³²

3.3. De eerste lijn

De gemeenschappen zijn bevoegd voor “de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn”.³³ Die bevoegdheidsoverdracht leidde tot de overdracht van bestaande initiatieven zoals:

- Het impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde (‘Impulseo’);
- De huisartsenkringen;
- De lokale multidisciplinaire netwerken;
- De geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

Het liet de Vlaamse overheid nadien toe om nieuwe initiatieven te ontwikkelen zoals de eerstelijnszones, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL’s) of het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL).

De bevoegdheid voor de organisatie van de eerste lijn is zeker niet onbeperkt. Zeer determinerend blijft de residuaire bevoegdheid van de federale overheid over de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Die laat immers toe te bepalen welke handelingen voorbehouden zijn aan welke zorgbeoefenaars en hoe de eventuele delegatie van bevoegdheden tussen die beoefenaars kan verlopen. Zeer belangrijk blijft ook de bevoegdheid over de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Essentiële aspecten van de financiering van de huisartsgeneeskunde en de thuisverpleging blijven zo tot de federale bevoegdheid behoren.

3.4. Dringende geneeskundige verzorging

Uit de toelichting bij de bijzondere wet over de Zesde Staatshervorming blijkt dat de dringende geneeskundige hulpverlening tot het “federale residu” behoort. Het gaat voornamelijk om de wet van 8 juli 1964 en de uitvoeringsbesluiten genomen op basis van die wet.³⁴ Dat heeft o.m. tot gevolg dat voor het (liggend) ziekenvervoer een onderscheid gemaakt wordt tussen het dringend ziekenvervoer (dat tot de federale bevoegdheid behoort) en het niet-dringend ziekenvervoer (dat tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort en waarover het Vlaams Parlement zelfs een bijzonder decreet aannam³⁵).

3.5. Geneesmiddelen

Het farmaceutisch beleid berust nog bijna exclusief bij de federale overheid (en is overigens sterk gedetermineerd door Europese wetgeving). Het is residuaire bevoegdheid, zo-

32 K. REYBROECK en S. SOTTIAUX, De federale bevoegdheden, nr. 537.

33 Art. 5, § 1, 1, 6° BWHI.

34 Zie voor een globaal overzicht over de dringende geneeskundige hulpverlening: J. GILLET, “Vijftig jaar dringende geneeskundige hulpverlening: de lessen voor de toekomst” in F. LUIPPENS, *Het geheel is meer dan de som van de delen*, Gent, Skribis, 2019, 101-114.

35 Decreet van 18 mei 2018 betreffende het niet-dringend liggend ziekenvervoer.

als bevestigd door het Grondwettelijk Hof en de Raad van State.³⁶ De terugbetaling van de geneesmiddelen (goed voor een budget van 4,431 miljard euro in 2018) is geregeld door de federale ziekteverzekering. Het beleid over de toegang tot de markt, de vaststelling van de prijzen en de distributie van geneesmiddelen zijn volledig bepaald door federale wetgeving, die in belangrijke mate de uitvoering vormt van Europese richtlijnen.³⁷ Ook de klinische proeven op geneesmiddelen zijn geregeld door federale wetgeving³⁸, hoewel de beleidsruimte van de Europese lidstaten hier sterk beperkt is door de Europese verordening die in 2020 in werking zal treden.³⁹

3.6. Ziekenhuizen

Het beleid betreffende (algemene, psychiatrische en universitaire) ziekenhuizen is toevertrouwd aan de gemeenschappen, met een aantal uitzonderingen met zeer groot praktisch en financieel belang. De federale overheid blijft bevoegd voor:

- *“a) de organieke wetgeving, met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten;*
- *b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving en dit onverminderd de bevoegdheden van de gemeenschappen bedoeld onder a);*
- *c) de basisregelen betreffende de programmatie;*
- *d) de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen”*

Het gaat om een complexe regeling met uitzonderingen op de uitzonderingen en concepten zoals *“organieke wetgeving”* en *“basisregelen”* die vatbaar zijn voor discussie en interpretatie.

3.6.a. Financiering

Voor de financiering wordt een vrij duidelijk onderscheid gemaakt tussen de financiering van de *exploitatie* “wanneer die is geregeld door organieke wetgeving” en de financiering van de “investeringskost van de *infrastructuur* en van de medisch-technische diensten”. Samengevat komt het erop neer dat de infrastructuurkosten, die zijn opgenomen in onderdelen A1 (investeringslasten en aanloopkosten) en A3 (investeringslasten van medisch-technische diensten) van het Budget van Financiële Middelen (BFM) ten laste van de gemeenschappen zijn. Tegelijk houdt dat ook in dat de gemeenschappen beslissen over het al dan niet ten laste nemen van die investeringen en daarover eigen regels en beoordelingsstelsels kunnen uitwerken.

De federale overheid staat in voor de financiering van exploitatie van de ziekenhuizen en kan daar ook regels over vaststellen. Dat is thans gebeurd in de ziekenhuiswet en vooral in het jaarlijks bijgestuurd besluit over het BFM.⁴⁰

36 Zie de rechtspraak en de adviezen besproken bij K. REYBROECK en S. SOTTIAUX, De federale bevoegdheden, nr. 569.

37 Hoofdzakelijk de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen. Zie een volledig overzicht op www.fag.be.

38 Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon en wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

39 Hoofdzakelijk door Verordening 536/2014 (‘Clinical Trial Regulation’).

40 Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van ziekenhuizen.

Om een idee te hebben over het belang van die verdeling en de betrokken budgetten geven we hierbij enkele basiscijfers.⁴¹ Het (voorzien) Budget voor Financiële Middelen bedroeg in 2018 voor het hele rijk 7,801 miljard euro, waarvan 6,553 miljard euro voor algemene ziekenhuizen en 1,248 miljard euro voor psychiatrische ziekenhuizen. De precieze verdeling van de reële uitgaven per deelstaat is nog niet gekend, maar de volgende cijfers geven wel een idee van de verdeling van de activiteit:

- Aantal verantwoorde bedden (in 2017): 21.446 in Vlaanderen, 11.503 in Wallonië en 5.413 in Brussel;
- Gemiddelde verblijfsduur (in 2016): Brussel 6,1 dagen, Vlaanderen 5,4 dagen en Wallonië 6,0 dagen;
- Aantal opnames (in 2016) : 364.158 in Brussel, 1.501.383 in Vlaanderen en 734.434 in Wallonië. 2016).

Voor de investeringen waren in Vlaanderen in 2018 de volgende bedragen in de begroting voorzien:

- Een instandhoudingsforfait van 88 miljoen euro voor de algemene ziekenhuizen en van 26,8 miljoen euro voor de psychiatrische ziekenhuizen;
- Een strategisch forfait van 44,4 miljoen euro;
- Een VIPA-gebruikstoelage van 164 miljoen euro.

3.6.b. Programmatie

Als uitzondering op de principiële bevoegdheid van de gemeenschappen is de federale overheid bevoegd gebleven voor de “basisregelen betreffende de programmatie”. Voor de interpretatie hiervan is het belangrijk te omschrijven wat programmatie en programmatiecriteria zijn (en waarin die verschillen van erkenningsnormen) en dan ook te omschrijven wat dan wel de “basisregelen” betreffende de programmatie zijn.

Het onderscheid tussen erkenningsnormen en programmatiecriteria wordt helder beschreven door Van Nieuwenhove: “*erkeningsnormen zijn de voorwaarden waaraan een (onderdeel van een) ziekenhuis moet voldoen om in aanmerking te komen voor een erkenning, terwijl de programmatiecriteria bepalen hoeveel (onderdelen van) ziekenhuizen erkend kunnen worden*”.⁴²

Uit de toelichting bij de Zesde Staatshervorming blijkt dat onder basisregelen betreffende programmatie moet worden verstaan “de vaststelling van de maximale aantallen ziekenhuisdiensten, afdelingen, ziekenhuisfuncties, medische en medisch-technische diensten, zorgprogramma’s, zware apparaten enz. rekening houdend met onder meer de bevolkingscijfers, de leeftijdsstructuur, de morbiditeit en de verdeling tussen de deelstaten”. De criteria voor een mogelijke spreiding **binnen** een deelstaat kunnen door de deelstaten worden vastgesteld. Zij kunnen in het kader van hun beleid eventueel ook aanvullende en strengere programmatiecriteria bepalen, die dan de federale “basisregelen” aanvullen⁴³.

41 Zie voor een interessant schematisch overzicht van basiscijfers over ziekenhuisbudgetten en verdeling tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/algemeen_overzicht_gegevens_ziekenhuizen_2018.pdf.

42 J. VAN NIEUWENHOVE, “De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap”, *Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid*, 2015,276.

43 K. REYBROECK en S. SOTTIAUX, De federale bevoegdheden, nr. 600.

3.6.c. Organieke wetgeving

Het concept organieke wetgeving werd in de toelichting bij de bijzondere wet betreffende staatshervorming verduidelijkt door te vermelden wat wel en wat niet als organieke wetgeving moet worden beschouwd. Hetgeen niet als organieke wetgeving moet worden beschouwd, vormt dan meteen ook de bevoegdheid van de gemeenschappen. De toelichting beschrijft dat als volgt:

Organiek zijn:

- a) de basiskenmerken van de:
 - i) ziekenhuizen (onder meer wat betreft de ziekenhuisgebonden prestaties, uitsplitsing over verschillende vestigingsplaatsen, minimaal activiteitsniveau), psychiatrische ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen;
 - ii) ziekenhuisdiensten, afdelingen, ziekenhuisfuncties, medische en medisch-technische diensten, zorgprogramma's, zware apparaten, netwerken en zorgcircuits. Zo kunnen basiskenmerken vernoemd worden die een direct verband vertonen met de programmatie en/of financiering alsook een structureel karakter vertonen (bijvoorbeeld noodzakelijke apparatuur, de aard van de verleende zorg binnen een ziekenhuis of ziekenhuisdienst of de doelgroep, het minimale personeelskader);
 - iii) samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen.
 - b) de regelen met betrekking tot het beheer en de besluitvorming in de ziekenhuizen, met inbegrip van de interne adviesorganen;
 - c) het statuut van de ziekenhuisarts en de betrokkenheid bij de besluitvorming van ziekenhuisartsen en andere gezondheidszorgberoepen;
 - d) de algemene regelen met betrekking tot de structurering van de verpleegkundige en medische activiteiten;
 - e) de regelen inzake de boekhouding, de financiële controle en de mededeling van gegevens;
 - f) de implicaties van het al dan niet voldoen aan de *basisregelen inzake programmatie of maximum aantal diensten, functies, enz., of aan de bepalingen van de organieke wetgeving*;
 - g) de algemene regelen inzake de gevolgen van het al dan niet voldoen aan de erkenningsnormen van de diensten, functies, ..., of de toelatingen tot het opstellen van zware apparaten, (dit betreft bijvoorbeeld de regel « intrekking erkenning = geen financiering »).
- 2) *Niet organiek zijn en behoren dus tot de bevoegdheden van de gemeenschappen:*
- a) "het vaststellen van voorwaarden waaraan moet worden voldaan of het bepalen van aangelegenheden waarop de normen minimaal betrekking moeten hebben (dit valt onder de erkenningsnormen), met inbegrip van de regels met betrekking tot de kwaliteit van de ziekenhuisdienst, -instelling of -organisatie;
 - b) de procedures en uitvoeringsbesluiten met betrekking tot de bevoegdheden die niet tot de federale overheid zullen behoren (bijvoorbeeld de erkenningsprocedures (voorlopige erkenning, opschortend beroep ...));
 - c) in het kader van de overgedragen bevoegdheden, de regelgeving met betrekking tot de kwaliteitstoetsing en het uitwerken van de kwaliteitsevaluatie (dit interfereert sterk met de erkenningsnormen). De kenmerken van de zorg die te maken hebben met het

proces en het resultaat (*outcome*) moeten — zo nodig — ingebed kunnen worden in de erkenningsnormen);

- d) de bepaling van de medisch-sociale inrichtingen, de plaatsen beschut wonen, en doorgangstehuizen en de categorale (*Sp en G*) ziekenhuizen”⁴⁴.

3.6.d. Erkenningsnormen en erkenning

Voor zover de gemeenschappen niet raken aan de hierboven beschreven “organieke wetgeving” kunnen zij dus erkenningsnormen vaststellen en individuele beslissingen nemen over het al dan niet voldoen aan die erkenningen. Omdat die erkenningsnormen nieuwe eisen over personeel of infrastructuur kunnen inhouden en daardoor belangrijke financiële implicaties kunnen hebben, werd een mechanisme voorzien om de financiële gevolgen van voorgenomen maatregelen te laten bestuderen door het Rekenhof en hierover overleg te organiseren tussen de federale overheid en de gemeenschap.⁴⁵ In dit cahier gaan wij niet nader op dat stelsel in.

3.7. Geestelijke gezondheidszorg buiten ziekenhuisverband

De gemeenschappen zijn volledig (en zonder het federaal voorbehoud dat geldt voor algemene en psychiatrische ziekenhuizen) bevoegd voor “*het beleid betreffende de verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen*”.⁴⁶ Om een idee te geven over het belang van die bevoegdheid geven we hierna de (afgeronde) budgetten die hiervoor in 2017 voorzien waren in Vlaanderen⁴⁷:

- Voor centra voor geestelijke gezondheidszorg: 70 miljoen euro;
- Voor beschut wonen: 44 miljoen euro;
- Voor psychiatrische verzorgingstehuizen: 77 miljoen euro;
- Voor revalidatieconventies in de geestelijke gezondheidszorg: 125 miljoen euro;
- Voor overlegplatforms geestelijke gezondheid: 1,3 miljoen euro.

3.8. Ouderenzorg

In de residentiële ouderenzorg is de bevoegdheid sinds de Zesde Staatshervorming vrij duidelijk en volledig toevertrouwd aan de gemeenschappen. Zij zijn bevoegd voor “*het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in oudereninstituten, met inbegrip van de geïsoleerde geriatriediensten*”.⁴⁸ Voor de G-diensten en Sp-diensten in algemene ziekenhuizen geldt de gemengde bevoegdheid die hierboven werd beschreven voor andere ziekenhuisdiensten. De extramurale ouderenzorg zal ten gevolge van de bevoegdheid voor de eerste lijn ook grotendeels onder de bevoegdheid van de gemeenschappen vallen, met de beschreven uitzonderingen in de huisartsgeneeskunde en de thuisverpleegkunde ten gevolge van de federale bevoegdheid over de ziekteverzekering.

44 Parl. St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 35.

45 Art. 5, § 1, I, al. 3 BWHI.

46 Art. 5, § 1, I, 2° BWHI.

47 Zie Vlaams actieplan geestelijke gezondheid-Strategisch plan 2017-2019 (<https://www.vlaanderen.be/publicaties/vlaams-actieplan-geestelijke-gezondheid-strategisch-plan-2017-2019>).

48 Art. 5, § 1, I, 3° BWHI.

3.9. Revalidatie

Voor de revalidatiesector is een verregaande bevoegdheidsoverdracht gebeurd. De gemeenschappen zijn bevoegd voor “het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie”⁴⁹ en “het beleid inzake long term care revalidatie”.⁵⁰

De precieze betekenis van die bevoegdheden en verhouding met de federaal gebleven bevoegdheden voor de revalidatie in algemene en psychiatrische ziekenhuizen beschrijven wij in hoofdstuk 2 van dit cahier.⁵¹

49 Art. 5, § 1, I, 4° BWHI.

50 Art. 5, § 1, I, 5° BWHI.

51 Zie hierna onder 2.3 van dit cahier.

Hoofdstuk 2

Vijf knelpunten

Evelyne Maes

In hoofdstuk 1 van dit cahier van dit cahier hebben we uiteengezet voor welke materies de federale overheid en de gemeenschappen inzake het gezondheidsbeleid bevoegd zijn. In dit deel verduidelijken we tot welke knelpunten die bevoegdheidsverdeling leidt of kan leiden. Er worden vijf knelpunten geïdentificeerd:

- De toepassing van (gedeelde) exclusieve bevoegdheden leidt ertoe dat verscheidene overheden via hun eigen bevoegdheid eenzelfde aspect van de gezondheidszorg kunnen regelen;
- De bevoegdheidsverdeling kan een continuüm in zorg verhinderen;
- De bevoegdheidsverdeling steunt op soms vage bevoegdheidsverdelende begrippen;
- Er zijn geen efficiënte overleginstrumenten voorzien.
- De financiering

1. Het principe van exclusieve bevoegdheden leidt niet tot exclusieve bevoegdheden

In de federale theorieën wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen twee principes van bevoegdheidsverdeling: exclusieve bevoegdheden versus gedeelde of concurrerende bevoegdheden. Het principe van exclusieve bevoegdheden houdt in dat voor één bepaalde materie in wezen slechts één overheid bevoegd is. Bij gedeelde of concurrerende bevoegdheden daarentegen, zijn de federale overheid en de deelstaten principieel bevoegd om eenzelfde bevoegdheid uit te oefenen. Bij toepassing van het beginsel van exclusieve bevoegdheden, is het in principe niet mogelijk dat meerdere overheden bevoegd zijn: overlappingsen zijn in theorie niet mogelijk. Er is dan ook geen nood om een voorrangregel te bepalen. Dat is wel noodzakelijk bij de toepassing van het principe van gedeelde of concurrerende bevoegdheden. In dat geval kunnen meerdere overheden bevoegd zijn voor éénzelfde materie en moet er dus worden bepaald welke overheid voorrang heeft. Vaak is dat de federale norm.⁵²

In België wordt het principe van de exclusieve bevoegdheden bij de bevoegdheidsverdeling gehanteerd.⁵³ Vaak gaat het om gedeelde exclusieve bevoegdheden: de federale overheid en de deelstaten zijn telkens exclusief bevoegd om een deelaspect van een materie (bijvoorbeeld onderwijs, werk, gezondheidsbeleid ...) uit te oefenen.

52 “*Bundesrecht bricht Landesrecht*”.

53 Op dit principe zijn er beperkte uitzonderingen van (integraal of beperkt) concurrerende bevoegdheden of parallelle bevoegdheden. Bij beperkt concurrerende bevoegdheden stelt de federale overheid de normen vast die de gemeenschap of het gewest moet toepassen. In het gezondheidsbeleid is de erkenning door de gemeenschappen van de gezondheidszorgbeoefenaar op grond van de federale erkenningsvoorwaarden, een voorbeeld van een beperkt concurrerende bevoegdheid (art. 5, §1, I, 7°, a, BWHI).

Voor de materie “gezondheidszorgbeleid” wordt ook het principe van de gedeelde exclusieve bevoegdheidsverdeling toegepast. In artikel 5 BWH, §1, l van de Bijzondere Wet tot Hervorming der Instellingen wordt bepaald welke overheid voor welk deelaspect van het gezondheidsbeleid bevoegd is. Zo luidt het bijvoorbeeld in artikel 5, §1, l, 1°

[de gemeenschappen zijn bevoegd voor] het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen met uitzondering van:

- a) de organieke wetgeving, met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten;*
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving en dit onverminderd de bevoegdheden van de gemeenschappen bedoeld onder a);*
- c) de basisregelen betreffende de programmatie;*
- d) de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen (...)*

In de parlementaire voorbereiding wordt die bevoegdheidsverdeling als volgt verwoord:

*“De **gemeenschappen** zijn bevoegd om de normen te definiëren waaraan de ziekenhuizen alsook de diensten, de zorgprogramma’s, ziekenhuisfuncties, enz., moeten beantwoorden om erkend te worden, met dien verstande dat:*

- de **programmatie een federale bevoegdheid** blijft, maar waarbij er asymmetrische bilaterale overeenkomsten kunnen worden gesloten als een gemeenschap dat wenst;*
- de **financiering van de ziekenhuizen een federale bevoegdheid** blijft (behalve voor A1 en A3 van het BFM — zie verder), evenals de regels met betrekking tot het vastleggen van de verrekening van het budget van financiële middelen (BFM) van de ziekenhuizen;*
- men zal verifiëren dat de door de gemeenschappen uitgevaardigde erkenningsnormen geen negatieve impact hebben op de federale budgetten, behalve in geval van bilateraal akkoord;*
- de **kwalitatieve referentienormen die door de Europese Unie** worden vastgesteld, van toepassing zijn.”⁵⁴*

In de Bijzondere Wet tot Hervorming der Instelling wordt dus bepaald voor welk deelaspect van het gezondheidszorgbeleid welke overheid op exclusieve wijze bevoegd is. Die exclusieve bevoegdheidsverdeling sluit echter niet uit dat verscheidene overheden bevoegd zijn om normen op te leggen ten aanzien van eenzelfde aspect, bijvoorbeeld dezelfde zorgverlenende handeling, telkens vanuit hun eigen exclusieve bevoegdheid om een deelaspect van het gezondheidsbeleid uit te oefenen. In de gezondheidszorg heeft elke zorgverstrekking immers minstens drie aspecten die te onderscheiden aanknopingspunten zijn voor de materiële bevoegdheid van de verscheidene overheden. De zorgverstrekking:

- gebeurt binnen dan wel buiten een zorginstelling (bv. ziekenhuis, ouderenvoorziening, huisartsenpraktijk ...);
- wordt verleend door een al dan niet erkende beroepsbeoefenaar (arts, apotheker, kine-sist, verpleegkundige ...);
- wordt wel of niet of enkel voorwaardelijk gefinancierd (ziekteverzekering, ziekenhuisbudget ...): voorwaarden m.b.t. terugbetaling kunnen ook gebruikt worden als (onrechtstreekse) reglementering van gezondheidszorgen (zie bv. thuisverpleegkundigen, algemeen medisch dossier ...)

54 *Parl.St.* Senaat 2012-2013, nr. 5-2232/1, 3.

Door die drie aspecten kunnen de verschillende bevoegde overheden telkens voorwaarden opleggen voor de zorgverstrekking. Als een overheid dat doet, heeft dat ook een invloed op de bevoegdheid van een andere overheid. Dat betekent dat er vaak moet worden overlegd of samenwerkingsakkoorden moeten worden gesloten, alvorens een materie kan worden geregeld. In de bevoegdheidsverdeling geldt immers het evenredigheidsbeginsel: een overheid kan haar bevoegdheid niet op zo'n wijze uitoefenen dat zij de uitoefening van de eigen bevoegdheid door een andere overheid aanzienlijk vermoelijkt.

Twee voorbeelden om dat te concretiseren. De federale overheid is bevoegd voor de organieke wetgeving van ziekenhuizen. De organieke wetgeving regelt onder meer de basiskenmerken van de ziekenhuisdiensten, die een direct verband vertonen met de programmatie en/of financiering alsook een structureel karakter vertonen. In de parlementaire voorbereiding worden de volgende voorbeelden gegeven: de noodzakelijke apparatuur, de aard van de verleende zorg in een ziekenhuis of ziekenhuisdienst of de doelgroep, het minimale personeelskader ... De gemeenschappen zijn echter bevoegd om de normen te definiëren waaraan de ziekenhuisdiensten moeten beantwoorden om erkend te worden. Het is niet ondenkbaar dat de gemeenschappen het noodzakelijk vinden om een minimaal personeelskader op te leggen voor de erkenning van een ziekenhuisdienst. Op dat moment wordt eenzelfde ziekenhuisdienst onderworpen aan twee regelgevende kaders over het minimale personeelskader.

Een tweede (hypothetisch) voorbeeld: een bevalling door een gynaecoloog. De Vlaamse gemeenschap kan bepalen dat een ziekenhuisdienst gynaecologie slechts wordt erkend, indien alle gynaecologen elk minstens 150 bevallingen per jaar begeleiden. De federale overheid kan bepalen dat een gynaecoloog slechts wordt erkend als beroepsbeoefenaar, als hij minstens 100 bevallingen per jaar begeleidt. In dat geval is er een gynaecoloog die niet kan werken in een ziekenhuisdienst, omdat de ziekenhuisdienst op dat moment zijn erkenning zou verliezen. De gynaecoloog kan echter wel een private praktijk hebben. De federale overheid kan via het RIZIV bovendien bepalen dat de zorgverstrekking "begeleiding van een bevalling" slechts wordt terugbetaald als die begeleiding is gebeurd door een erkend gynaecoloog, die dus een minimaal aantal bevallingen per jaar moet begeleiden.

2. De bevoegdheidsverdeling bemoeilijkt een continuüm in zorg

Hierboven hebben we uiteen gezet dat het beleid over de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen een gedeelde exclusieve bevoegdheid is: de federale overheid en de gemeenschappen zijn elk exclusief bevoegd voor deelaspecten van die materie. Bij de Zesde Staatshervorming hebben de gemeenschappen over die materie meer bevoegdheden gekregen. De gemeenschappen zijn nu ook bevoegd om de erkenningsnormen voor ziekenhuizen en diensten (m.i.v. psychiatrische ziekenhuizen en de PAAZ), de zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, ... te bepalen. De erkenningsnormen zouden een invloed kunnen hebben op de (federale) bevoegdheid inzake programmatie en de financiering van de ziekenhuizen. Om conflicten op dat vlak te vermijden, is voorzien in een adviesprocedure via het Rekenhof en een overlegprocedure tussen de overheden (zie *infra*, randnummer 13). De gemeenschappen zijn ook bevoegd voor de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten. De basisregels van de programmatie blijven echter federaal: De bevoegdheid van de gemeenschappen gaat over de onderdelen A1 en A3 van het BFM. Een voorbeeld daarvan is de PET-scanner. De federale overheid kan in het kader van haar bevoegdheid inzake programmatie van ziekenhuisdiensten bepalen of een ziekenhuisdienst een PET-scanner nodig heeft. De exploitatie van de PET-scanner wordt betaald via de erelonen (federale bevoegdheid), maar de investeringskost ervan behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen.

De gemeenschappen hebben een veel ruimere bevoegdheid inzake gezondheidszorgverstrekingen als die buiten het (algemene) ziekenhuis worden verleend. Op die bevoegdheden gelden slechts twee federale bevoegdheidsvoorbehouden: de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de nationale maatregelen inzake profylaxis. De gemeenschapsbevoegdheid heeft betrekking op de zorgverstrekingen inzake geestelijke gezondheidszorg buiten het ziekenhuismilieu, de zorgverstrekingen in oudereninstellingen, de geïsoleerde geriatriediensten en de geïsoleerde Sp-diensten en het beleid inzake *long-term care* revalidatie.

De gemeenschappen zijn volledig bevoegd voor het “beleid betreffende de verstrekingen inzake geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen” (inclusief de prijsbepaling). De enige uitzondering is dat wat tot het RIZIV behoort. Met die “verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen” bedoelt men de psychiatrische verzorgingshuizen (PVT), de initiatieven van beschut wonen (IBW) en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.⁵⁵ Zodra de geestelijke gezondheidszorg in een ziekenhuis wordt verleend, is de bevoegdheidsverdeling inzake zorgverstrekingen in een ziekenhuis toepasselijk.

Hetzelfde geldt voor de ouderenzorg en revalidatie. De gemeenschappen zijn op dezelfde wijze als voor ziekenhuizen bevoegd voor het beleid inzake de zorgverstrekingen in de ziekenhuisafdelingen geriatrie en revalidatie. Zodra de zorg buiten het ziekenhuis wordt verstrekt, hebben de gemeenschappen een veel ruimere bevoegdheid. Ze zijn ten volle bevoegd voor het beleid in zorgverstrekingen in oudereninstellingen (rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen, de dagverzorgingscentra en de centra voor kort verblijf). Ze zijn ook ten volle bevoegd voor het beleid in de geïsoleerde geriatriediensten (G-dienst) en in de geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie. Ze zijn ook bevoegd voor de financiering ervan (prijzenbeleid en werkingssubsidie). Opnieuw, de enige uitzondering is dat wat tot het RIZIV behoort.

De gemeenschappen zijn ook bevoegd voor de *long-term care* revalidatie (multidisciplinaire niet-acute of post-acute zorg). In de parlementaire voorbereiding zijn de bedoelde RIZIV-overeenkomsten opgesomd. Die middelen zijn uit het RIZIV gehaald en worden overgeheveld via een dotatie aan de gemeenschappen, zodat de gemeenschappen die voortaan zelf kunnen financieren.

De geestelijke gezondheidszorg, geriatrie en revalidatie zijn echter bij uitstek materies waarin acute zorg (in het ziekenhuis) vaak wordt voorafgegaan of gevolgd door niet-acute of post-acute zorg buiten het ziekenhuis. Dat verschillende overheden voor beiden fasen bevoegd zijn, bemoeilijkt een goed continuüm in zorg voor de patiënt. Bij omschakeling van een acute situatie naar een chronische begeleiding dreigt coherentie in zorgbeleid te ontbreken.

3. Een versnipperde bevoegdheidsverdeling op grond van soms vage bevoegdheidsverdelende begrippen

Bij de toepassing van het principe van de (gedeelde) exclusieve bevoegdheden moet – om bevoegdheidsconflicten te vermijden – duidelijk worden omschreven welk deelaspect tot

55 *Parl.St.* Senaat 2012-2013, nr. 5-2232/1, 24. Volgens de parlementaire voorbereiding maakt de geestelijke gezondheidszorg door toedoen van thuisverpleging geen deel uit van het beleid van zorgverstrekingen inzake geestelijke gezondheidszorg in instellingen buiten het ziekenhuis. Daarover is de Raad van State, afdeling Wetgeving het echter oneens. De Raad van State meent dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor thuiszorg inzake geestelijke gezondheid, weliswaar met uitzondering van de zogenaamde “107-projecten”. RvS, afd. Wetg., 17 januari 2019, nr. 64.790/3, *Parl.St.* Vl. Parl. 2018-2019, 1840/1, 195.

de bevoegdheid van de federale overheid of van de gemeenschappen behoort. Bij de Zesde Staatshervorming was de bijzondere wetgever zich ervan bewust dat de (oude) bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg op soms vage begrippen steunde, waardoor de grens tussen de federale en gemeenschapsbevoegdheid niet altijd duidelijk was. De bijzondere wetgever beoogde bij de Zesde Staatshervorming beter te doen, maar is daarin niet geslaagd.

Een van de mogelijke voorbeelden daarbij is het concept “organieke wet”. Bij de Zesde Staatshervorming stelde de bijzondere wetgever dat dat begrip moest worden verfijnd. Dat door de wetgever niet-gedefinieerde concept was in de loop van de jaren ingevuld en uitgewerkt door de praktijk, door de adviezen van de Raad van State en door de rechtspraak. Vermits de bevoegdheid tot het vaststellen van erkenningsnormen naar de gemeenschappen wordt overgedragen, terwijl de bevoegdheden inzake financiering en programmatie federaal blijven, moest het begrip “organieke wetgeving” echter nog meer worden verfijnd. De bijzondere wetgever heeft het concept van de organieke wetgeving dan als volgt beschreven in de parlementaire voorbereiding:

*“het heeft betrekking op de **basisregels en de krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid**, zoals deze onder meer vervat zitten in de ziekenhuiswet, en strekken ertoe de minimale samenhang te waarborgen die per definitie noodzakelijk is tussen **de programmatie, de erkenning en de financiering**, wil men op de verschillende niveaus op een werkbare manier een beleid kunnen voeren. De drie **voornoemde beleidsinstrumenten zijn immers in zekere mate complementair. De financiering moet immers gebaseerd worden op de erkenning binnen, in voorkomend geval, de daartoe voorziene programmatie.**”⁵⁶*

Vervolgens volgt in de parlementaire voorbereiding een opsomming van wat organiek is en wat niet organiek is. Organiek zijn:

- a) de basiskenmerken van de:
 - i) ziekenhuizen (onder meer wat betreft de ziekenhuisgebonden prestaties, uitsplitsing over verschillende vestigingsplaatsen, minimaal activiteitsniveau), psychiatrische ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen;
 - ii) ziekenhuisdiensten, afdelingen, ziekenhuisfuncties, medische en medisch-technische diensten, zorgprogramma's, zware apparaten, netwerken en zorgcircuits. Zo kunnen basiskenmerken vernoemd worden die een **direct verband** vertonen met de **programmatie** en/of financiering alsook een structureel karakter vertonen (bijvoorbeeld noodzakelijke apparatuur, de aard van de verleende zorg binnen een ziekenhuis of ziekenhuisdienst of de doelgroep, het **minimale personeelskader**);
 - iii) samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen.
- b) de regelen met betrekking tot het beheer en de besluitvorming in de ziekenhuizen, met inbegrip van de interne adviesorganen;
- c) het statuut van de ziekenhuisarts en de betrokkenheid bij de besluitvorming van ziekenhuisartsen en andere gezondheidszorgberoepen;
- d) de algemene regelen met betrekking tot de structurering van de verpleegkundige en medische activiteiten;

56 Parl.St. Senaat 2012-2013, nr. 5-2232/1, 35.

- e) *de regels inzake de boekhouding, de financiële controle en de mededeling van gegevens;*
- f) *de implicaties van het al dan niet voldoen aan de basisregels inzake programmatie of maximum aantal diensten, functies, enz., of aan de bepalingen van de organieke wetgeving;*
- g) *de algemene regels inzake de gevolgen van het al dan niet voldoen aan de erkenningsnormen van de diensten, functies, ..., of de toelatingen tot het opstellen van zware apparaten, (dit betreft bijvoorbeeld de regel « intrekking erkenning = geen financiering »)*

Niet organiek zijn en behoren dus tot de bevoegdheden van de gemeenschappen:

- a) *het vaststellen van voorwaarden waaraan moet worden voldaan of het bepalen van aan-gelegenheden waarop de normen minimaal betrekking moeten hebben (dit valt onder de erkenningsnormen), met inbegrip van de regels met betrekking tot de kwaliteit van de ziekenhuisdienst, -instelling of -organisatie;*
- b) *de procedures en uitvoeringsbesluiten met betrekking tot de bevoegdheden die niet tot de federale overheid zullen behoren (bijvoorbeeld de erkenningsprocedures (voorlopige erkenning, opschortend beroep ...));*
- c) *in het kader van de overgedragen bevoegdheden, de regelgeving met betrekking tot de kwaliteitstoetsing en het uitwerken van de kwaliteitsevaluatie (dit interfereert sterk met de erkenningsnormen). De kenmerken van de zorg die te maken hebben met het proces en het resultaat (outcome) moeten — zo nodig — ingebed kunnen worden in de erken-ningsnormen);*
- d) *de bepaling van de medisch-sociale inrichtingen, de plaatsen beschut wonen, en door-gangstehuizen en de categorale (Sp en G) ziekenhuizen.*

De basisregels inzake de programmatie blijven een federale bevoegdheid. Onder « basis-regels inzake programmatie » wordt verstaan de vaststelling van de maximale aantallen ziekenhuisdiensten, afdelingen, ziekenhuisfuncties, medische en medisch-technische diensten, zorgprogramma's, zware apparaten, enz, rekening houdende met onder meer de bevolkingscijfers, de leeftijdsstructuur, de morbiditeit en de verdeling tussen de deelstaten, en mits een mogelijke bijzondere regeling voor de universitaire ziekenhuizen.

De criteria inzake geografische spreiding binnen een deelstaat en toewijzing worden daar-entegen vastgesteld door deelstaten. De federale overheid en de gemeenschappen zullen, elk in het kader van hun bevoegdheden, waken over de toegankelijkheid voor allen tot de terugbetaalde gezondheidszorg.

Ook al blijft de programmatie een federale bevoegdheid, toch kunnen er asymmetrische bila-terale overeenkomsten worden gesloten als een gemeenschap daarom verzoekt. De federale overheid en de gemeenschappen sluiten hiervoor een kader-Samenwerkingsakkoord af dat in de modaliteiten voorziet voor het sluiten van uitvoerende Samenwerkingsakkoorden tus-sen de federale overheid en de verzoekende gemeenschap. Die modaliteiten moeten onder meer het naleven van het transparantiebeginsel waarborgen ten aanzien van het geheel van de gemeenschappen op het ogenblik van de onderhandeling van een dergelijk uitvoerend Samenwerkingsakkoord.

Uit de opsomming in de parlementaire voorbereiding blijkt dat de federale overheid nog steeds bevoegd zou zijn voor de basiskenmerken van de erkenningsnormen voor ziekenhuizen.⁵⁷ Wat “basiskenmerken” zijn, wordt dan weer niet gedefinieerd. Ook de parlementaire voorbereiding geeft geen echte verduidelijking, al was het maar door enkele voorbeelden. Dat betekent dat het vage begrip “organieke wetgeving” voortaan steunt op een even vaag begrip “basiskenmerken”.

In de praktijk geeft dat moeilijkheden. Wat het begrip “basiskenmerken” inhoudt, zal opnieuw moeten worden uitgeklaard door de Raad van State, afdeling Wetgeving en het Grondwettelijk Hof. Vooraleer daarover duidelijkheid bestaat, wordt echter tijd verloren met na te gaan wat de mogelijke inhoud zou zijn, wanneer er bevoegdheidsoverschrijding zou gebeuren, te bepalen of overleg noodzakelijk is ...

4. Gebrek aan (efficiënte) overleginstrumenten en gedeelde administraties

De toepassing van gedeelde exclusieve bevoegdheden in het gezondheidsbeleid vereist voldoende overleg en samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen om tot een goed gezondheidsbeleid te komen. Het Belgische federalisme kent de volgende overleginstrumenten:

- vrijwillig overleg in het Overlegcomité en de interministeriële conferenties;
- vertegenwoordiging in beheers- en beslissingsorganen van instellingen van een andere overheid;
- verplicht na te leven samenwerkingsvormen, zoals informatie, voorafgaand of eensluidend advies, betrokkenheid, overleg, goedkeuring en akkoord;
- samenwerkingsakkoorden, en – sinds de Zesde Staatshervorming –
- gezamenlijke decreten.

Reeds lange tijd gebeurt het overleg tussen de federale overheid en de gemeenschappen via de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Bij de Zesde Staatshervorming heeft de bijzondere wetgever inzake de bevoegdheid het gezondheidsbeleid drie overleg- en samenwerkingsinstrumenten opgelegd.

Het eerste instrument is het verplichte verslag van het Rekenhof naar aanleiding van wetgeving inzake de erkenningsnormen. Bij elk initiatief van wetgeving van gemeenschap of van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie over het vastleggen van de erkenningsnormen van een ziekenhuis, -dienst, -functie of zorgprogramma maakt het Rekenhof een verslag op over de impact van de voorgestelde normen op korte en lange termijn op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid. De algemene vergadering maakt dat verslag binnen de twee maanden op, nadat zij daarover het advies van het RIZIV en van de administratie van de gemeenschappen en een facultatief advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft ingewonnen. Indien het verslag stelt dat het aannemen van die normen een negatieve impact heeft – op korte of lange termijn – voor de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid, dan zal een overleg plaatsvinden tussen de federale regering en de gemeenschapsregeringen op vraag van

57 Dit blijkt niet uit de tekst van de bijzondere wet zelf, die de bevoegdheid inzake erkenningsnormen aan de gemeenschappen toekent. Zie ook J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. Alen e.a. (ed.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, die Keure, Brugge, 394-396.

de federale regering of de betrokken gemeenschapsregering. Indien dat overleg niet tot een akkoord leidt, zullen de normen onderworpen worden aan het akkoord van de federaal bevoegde ministers of aan het akkoord van de Ministerraad indien één van zijn leden de evocatie van het dossier vraagt. Indien het verslag niet wordt gegeven binnen de termijn van twee maanden - verlengd met één maand - kan het overleg plaatsvinden op initiatief van de betrokken gemeenschapsregering of de federale regering.

Die procedure is tijdrovend. Ondertussen is ze al viermaal toegepast en telkens heeft het Rekenhof besloten dat de voorgestelde normen geen negatieve impact hebben op korte en lange termijn op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid.

De overige twee instrumenten zijn de twee verplichte samenwerkingsakkoorden.⁵⁸ De federale overheid en de gemeenschappen moeten een samenwerkingsakkoord sluiten over de samenstelling en de financiering van het Instituut voor de Toekomst en over de contingering van de gezondheidszorgberoepen.

Er zal een Instituut voor de Toekomst worden opgericht met als doelstelling een overlegd antwoord te geven op de grote, onder meer budgettaire, uitdagingen over de toekomst van de gezondheidszorg (vergrijzing, knelpuntberoepen in dat domein, technologische ontwikkeling, maatschappelijke ontwikkelingen, leefmilieuaandoeningen ...). Dat instituut zal de permanente en interfederale ontmoetingsplaats vormen voor het overleg tussen de ministers bevoegd voor gezondheid, en heeft de taak een gemeenschappelijke en toekomstgerichte visie en een duurzaam gezondheidsbeleid te definiëren. Het zal daarvoor onder andere steunen op de studies van het Studiecomité voor de vergrijzing en van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Het zal de opdrachten van het Kankercentrum overnemen. Dat Instituut zal van bestaande structuren vertrekken om zo de budgettaire weerslag strikt te beperken. De huidige opdrachten en samenstelling van de algemene raad van het RIZIV en de werking van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zullen ongewijzigd blijven.⁵⁹

Dat Instituut is een belangrijk element om overleg en samenwerking te verwezenlijken en om de coherentie en de kwaliteit van het gezondheidsbeleid te bewaken. Dat Instituut voor de Toekomst is echter nog niet opgericht.

De federale overheid en de gemeenschappen zouden ook, zonder enige verplichting vanuit de Bijzondere Wet tot Hervorming der Instellingen, samenwerkingsakkoorden kunnen sluiten om bepaalde bevoegdheden gezamenlijk uit te oefenen of om de uitvoering ervan door de administraties gezamenlijk te laten gebeuren. Via samenwerkingsakkoorden kan worden beslist dat administraties van het ene niveau de wetgeving van het andere niveau toepassen (coöperatief federalisme).

5. Een verzuchting: de financiering

Naast de hierboven beschreven knelpunten, wordt regelmatig verzucht dat de financiering van de gezondheidszorg ook zou moeten defederaliseren. Hieronder zetten we de inkomsten- en

58 Artikel 92bis, 4septies BWHI. De Raad van State, afd. Wetgeving is bij de Zesde Staatshervorming terecht kritisch over het gebruik van verplichte samenwerkingsakkoorden als overleginstrument, daar nog steeds een 20-tal verplichte samenwerkingsakkoorden die naar aanleiding van vorige staatshervormingen werden opgelegd, nog steeds niet zijn gesloten.

59 *Parl.St.* Senaat 2012-2013, nr. 5-2232/1, 8-9.

uitgavenstromen in de gezondheidszorg uiteen. De bijzondere wetgever heeft steeds gewild dat de innings- en de bestedingsbevoegdheid inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering federaal zou worden gehouden zodat de interpersoonlijke solidariteit kan worden gewaarborgd. Dat zou noodzakelijk zijn om de gelijke toegang voor iedereen tot de terugbetaalde gezondheidszorg te waarborgen, waarbij de vrije keuze van de patiënt wordt gegarandeerd. De bijzondere wetgever wenst dat eenieder eenzelfde bedrag betaalt voor eenzelfde product of prestaties, ongeacht waar in België.

Inkomsten

De federale overheid is verantwoordelijk voor de inning van de middelen die aan gezondheidszorg worden besteed. Het budget inzake gezondheidszorg steunt op twee inkomstenstromen: de algemene (federale) belastingen en de inkomsten via de sociale zekerheid, dat zijn de werkgevers- en werknemersbijdragen.

Besteding

Met die inkomsten moeten uitgaven worden betaald op federaal en op gemeenschapsniveau. Met die inkomsten worden de uitgaven van de federale overheid inzake gezondheidszorg (bv. BFM) en de uitgaven van het RIZIV inzake gezondheidszorg betaald. Daarnaast ontvangen de gemeenschappen drie dotaties van de federale overheid voor hun uitgaven in de gezondheidszorg. De eerste is de dotatie inzake ouderenzorg (art. 47/7 Bijzondere Wet op de Financiering⁶⁰). De tweede is de dotatie gezondheidszorg en hulp aan personen (art. 47/8 Bijzondere Wet op de Financiering). De derde dotatie heeft betrekking op de financiering van ziekenhuisinfrastructuur en de medisch-technische diensten (A1 en A3 van het ziekenhuisbudget (BFM)) (art. 47/9 Bijzondere Wet op de Financiering).⁶¹

Een van de verzuchtingen is dat er geen financiële stimulus is voor de gemeenschappen om een kwaliteitsvol beleid inzake gezondheidszorg uit te stippelen. De bovenvermelde dotaties die aan de gemeenschappen worden toegekend, worden immers niet bepaald op basis van kwaliteitsparameters, maar louter op demografische parameters. Er is geen beloning voor de gemeenschappen voor een goed preventiebeleid inzake gezondheidszorg, voor een kwaliteitsvol medicatiebeleid in de oudereninstellingen, voor het uitbouwen van een sterke eerstelijnszorg ... De financiële voordelen van zo'n kwaliteitsvol beleid worden dan ook niet op het gemeenschapsniveau gevoeld, maar op het federale niveau: dat zal leiden tot minder uitgaven in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Naar aanleiding van de Zesde Staatshervorming is de mogelijkheid voorzien om asymmetrische bilaterale akkoorden te sluiten voor de programmatie (en wellicht ook voor de erkenningsnormen), bijvoorbeeld wanneer een wijziging van de erkenningsnormen een negatieve impact heeft op de begroting van de federale overheid of van de sociale zekerheid. Op die manier zal er wellicht geld van gemeenschap naar federale overheid vloeien. Omgekeerd is er in de Bijzondere Wet op de Financiering niet in zo'n stroming voorzien, wanneer het

60 Dit is de Bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten.

61 Op deze dotatie wordt vooreerst een inspanning voor budgettaire sanering toegepast. Er gebeurt een inkorting op het toegewezen gedeelte van de opbrengst van de federale personenbelasting (art. 81*quinquies* en art. 47/2 Bijzondere Wet op de Financiering). Vervolgens wordt ook een vergrijzingsbijdrage toegepast: het percentage van de groeikoppeling wordt per jaar verminderd (de percentages variëren per beleidsdomein). Naar aanleiding van de Zesde Staatshervorming werd berekend dat, door deze sanerings- en vergrijzingsbijdrage, de nieuwe uitgaven van de gemeenschappen inzake gezondheidszorg de nieuwe ontvangsten overtreffen, zodat de gemeenschappen in elk geval dienen te besparen.

beleid van de gemeenschappen een positieve impact heeft op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid.

In andere materies zijn er wel financiële stimuli voor de gemeenschappen opgenomen in de Bijzondere Wet op de Financiering. Voor de gemeenschapsmaterie “gezinsbijslagen” is bepaald dat de gemeenschappen een deel van de welvaartsenveloppe krijgen in functie van participatie van jongeren in hoger onderwijs.⁶² Voor de gewestmaterie leefmilieu is er een klimaatresponsabiliseringsbijdrage, met het oog op het reduceren van CO2-uitstoot van woningen.⁶³ De middelen daarvoor komen uit de veiling van uitstootrechten. Indien het gewest een goed beleid voert, krijgt het extra middelen. Zo niet, dan blijven die middelen op federaal niveau (en zal de federale overheid die gebruiken om de klimaatdoelstellingen te verwezenlijken).

Voor de gewestmaterie arbeidsmarktbeleid en voor de gemeenschapsmaterie gezondheidszorg werden geen financiële stimuli gebruikt, “omwille van technische en politieke moeilijkheden om juiste criteria en parameters vast te leggen”⁶⁴. Inzake gezondheidszorg lijken de moeilijkheden eerder politiek dan technisch te moeten liggen. Op internationaal en Europees niveau zijn er immers parameters ontwikkeld aan de hand waarvan een evaluatie van de effecten van het gezondheidsbeleid mogelijk is.⁶⁵

62 Art. 47/6 Bijzondere Wet op de Financiering.

63 Art. 65^{quater} Bijzondere Wet op de Financiering.

64 W. PAS, “Algemene beschouwingen over de bevoegdheidsverdeling in het kader van de Zesde Staatshervorming”, in A. ALEN e.a. (ed.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, die Keure, Brugge, 360. Voor de constitutionele grenzen aan beleidssturing via financiële stimuli (schijnautonomie), zie K. BAMS en T. CORTHAUT, “De financiering van de gemeenschappen en de gewesten na de Zesde Staatshervorming – responsabilisering in de schaduw van Europa, 602-605.

65 Binnen de World Health Organisation en de Europese Commissie (Healthcare Quality Team)

Hoofdstuk 3

Waar versnippering toe leiden kan: enkele voorbeelden uit de sector

Tom Balthazar & Margot Cloet

1. Draaien aan verschillende knoppen

In hoofdstuk 2 van dit cahier gaf Evelyne Maes een panoramisch overzicht van de belangrijkste knelpunten in de huidige bevoegdheidsverdeling. Hetzelfde probleem kan door verschillende overheden vanuit verschillende perspectieven worden benaderd. Voor elke gezondheidsdoelstelling kan er met andere woorden aan 'verschillende knoppen' worden gedraaid.

- Via de **financiering**: door meer of minder geld te geven of te sleutelen aan de voorwaarden voor de financiële tussenkomst. Dat kan zowel voor de tussenkomst in de investeringen als voor de bijdrage aan de exploitatiekosten;
- Via de **programmatie**: door te bepalen *hoeveel* instellingen, diensten of functies mogen functioneren of kunnen worden erkend;
- Via de **normering van de instellingen**: door hun structuren bij te sturen of door te sleutelen aan de criteria om erkend te worden of te blijven;
- Via de **normering van de gezondheidszorgberoepen**: door te bepalen wie welke handelingen mag stellen of de regels hierover te versoepelen. En door te sleutelen aan de voorwaarden om een beroep te mogen uitoefenen of te blijven uitoefenen: opleiding, minimale ervaring en permanente vorming;
- Via de **ziekteverzekering**: door de voorwaarden voor de verzekeringstussenkomst te verfijnen of te moderniseren. En door via de terugbetaling van honoraria, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen te bepalen welke zorgen voor iedereen toegankelijk moeten blijven en aan welke elementen van de innovatie in de gezondheidszorg voorrang wordt verleend.

Die instrumenten kunnen samen worden gebruikt en zijn niet noodzakelijk op elkaar afgestemd. Voor meerdere 'knoppen' zijn de Vlaamse en de federale overheid partieel bevoegd of heeft de uitoefening van de bevoegdheid van de ene overheid impact op de budgetten of de beleidsruimte van de andere overheid.

In aansluiting bij die algemene knelpunten geven wij in dit hoofdstuk enkele voorbeelden van toepassingsproblemen waarmee de sector van de gezondheidszorg regelmatig wordt geconfronteerd. Het gaat om voorbeelden en het is dus zeker geen exhaustieve lijst. Het zijn problemen die gelukkig niet onoplosbaar zijn. Met creativiteit, goede wil en bereidheid om samen te werken kan vaak een oplossing worden gevonden, die niet steeds optimaal is, maar waarbij alle mensen en instellingen van goede wil zo goed mogelijk tegemoet komen aan de essentiële en steeds groeiende noden van de zorgvragers.

Goede wil is evenwel niet voldoende. De goede wil moet veel geduld hebben en veel energie stoppen in het overwinnen van hindernissen die vaak blokkades dreigen te worden. Bovendien is het lang niet zeker dat iedereen in dezelfde richting aan dezelfde knoppen wil draaien.

2. De geestelijke gezondheidszorg: een kluwen waarbij hoofdpijn moeilijk te vermijden is

In alle domeinen van de gezondheidszorg wordt steeds meer belang gehecht aan geïntegreerde gezondheidszorg en aan optimale coördinatie tussen zorg binnen en buiten het ziekenhuis en alle tusseliggende zorgvormen. Dat is zeker het geval in de geestelijke gezondheidszorg waar een optimale coördinatie tussen de intra- en extramurale zorg absoluut nodig is. Die wordt onder het koepelbegrip 'vermaatschappelijking van de zorg' ook sterk gestimuleerd.

In beginsel is de bevoegdheidsverdeling binnen de geestelijke gezondheidszorg vrij duidelijk. Sterk samengevat⁶⁶:

Is de federale overheid bevoegd voor:

- De financiering van de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en de psychiatrische afdelingen van algemene en universitaire ziekenhuizen (PAAZ);
- De terugbetaling van honoraria van zorgverstrekkers zoals psychiaters en klinisch psychologen;
- De programmatie van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

Is de Vlaamse overheid bevoegd voor:

- De preventie;
- De organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg;
- De centra voor geestelijke gezondheidszorg;
- De verstrekking van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen. Dat zijn de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de initiatieven beschut wonen (BeWo);
- De conventies voor de psychosociale revalidatiecentra
- De overlegplatforms geestelijke gezondheid;
- De erkenningsnormen inzake ziekenhuizen
- De financiering van investeringen (infrastructuur).

Bij de organisatie van de "vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg" lopen die bevoegdheden sterk door elkaar omdat dat beleid er in essentie toe strekt om patiënten zoveel mogelijk extramuraal te behandelen en te begeleiden. Dat werd vooral gerealiseerd door gebruik te maken van artikel 107 van de Ziekenhuiswet waarbij de financiering van zorgcircuits en netwerken wordt mogelijk gemaakt. Hierover werd op 26 april 2010 ook een ambitieus protocolakkoord afgesloten door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.⁶⁷

Het concept houdt in dat binnen elke regio netwerken zouden worden opgericht met daarin telkens vijf functies⁶⁸:

- Functie 1: preventie, vroegdetectie en vroeginterventie;
- Functie 2a: (mobiele) behandelteams in de thuisomgeving als alternatief voor een ziekenhuisopname voor patiënten in een acute of subacute toestand;

66 Zie meer details en de wettelijke bronnen in hoofdstuk 1 van dit cahier.

67 Zie de volledige tekst op <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/interministeriele-conferentie/interministeriele-conferentie-volksgezondheid>.

68 Zie een uitgebreide toelichting in de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg' op www.psy107.be.

- Functie 2b: (mobiele) behandelteams in de thuisomgeving als alternatief op een ziekenhuisopname voor chronische psychiatrische problemen;
- Functie 3: psychosociale revalidatie;
- Functie 4: intensifiëren van de residentiële behandeling in verband met urgenties;
- Functie 5: tijdelijke woonvormen met zorg.

Bijzonder is dat de mobiele teams gefinancierd worden met federale middelen en wel door budgetten die bestemd waren voor de exploitatie van ziekenhuisafdelingen te herbestemmen (de zogenaamde herallocatie van middelen met “bedbevriezing”). Omdat die functies gefinancierd worden met herbestemde onderdelen van het Budget voor Financiële Middelen (BFM) van de ziekenhuizen zullen die extramurale zorgen toch onder federale controle blijven.

Ook voor de andere functies zijn er telkens aspecten die tot verschillende bevoegdheidsdomeinen behoren. Dat betekent dus afstemming en overleg met verschillende administraties en beleidsverantwoordelijken, mogelijk contrasterende regels en andere financieringsvormen die een invloed kunnen hebben op de verloning van het personeel of de kostprijs voor de patiënt.

Ook de reconversie van ziekenhuisactiviteiten naar alternatieve zorgvormen zoals PVT of beschut wonen is moeilijker geworden. De financiering van de ziekenhuizen is immers federale materie gebleven en de gemeenschappen zijn volledig bevoegd geworden voor “de verstrekking van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen *buiten* de ziekenhuizen”.⁶⁹

Sinds de zesde staatshervorming is het via de Bijzondere wet⁷⁰ die de staatshervorming regelt mogelijk dat iedere gemeenschap met de federale overheid een samenwerkingsakkoord afsluit dat de omzetting van ziekenhuisbedden tot voorwerp heeft met het oog op de tenlasteneming van patiënten buiten het ziekenhuis door een dienst die tot de bevoegdheid van de gemeenschap behoort. In dat geval wordt in dat samenwerkingsakkoord voorzien dat bijkomende middelen aan de gemeenschap worden toegekend. Die middelen kunnen de kostprijs van de omgezette ziekenhuisbedden niet overschrijden. Dit artikel werd tot op vandaag niet in de praktijk omgezet, maar zou in sommige gevallen een goede hefboom zijn om de verdere vermaatschappelijking van de zorg te stimuleren.

3. De revalidatiesector: nog niet helemaal hersteld van de bevoegdheidsoverdracht

De gemeenschappen zijn bevoegd geworden voor de “zorgverstrekkingen in geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie”⁷¹ en de “long term care revalidatie”.⁷² In Vlaanderen had dit tot gevolg dat de Vlaamse overheid bevoegd werd voor acht “categorale”

69 Zie hierover ook: C. DECOSTER, “Ontwikkelingen in de ziekenhuiswetgeving en sleutelrol van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid” in F. LIPPENS, *Het geheel is meer dan de som van de delen*, Gent, Skribis, 2019, 91.

70 6 JANUARI 2014. - *Bijzondere wet tot hervorming van de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, tot uitbreiding van de fiscale autonomie van de gewesten en tot financiering van de nieuwe bevoegdheden*.

71 Art. 5.§1.1.4° BWHI.

72 Art. 5.§1.1.5° BWHI.

revalidatieziekenhuizen⁷³ met samen 1.017 bedden⁷⁴ en de uitvoering van een aantal revalidatieovereenkomsten met een totaal jaarbudget (in 2017) van 141 miljoen EUR.

De revalidatiediensten in de algemene ziekenhuizen (met in totaal 2.425 Sp-bedden en 331 psychogeriatricbedden in Vlaanderen) bleven onder federale bevoegdheid. De situatie in Wallonië en Brussel is grondig anders, aangezien daar geen zogenaamd “categorale” revalidatieziekenhuizen meer bestaan. De betrokken ziekenhuizen kozen er in aanloop naar de inwerkingtreding van de zesde staatshervorming immers voor om te fusioneren met algemene en psychiatrische ziekenhuizen. In Vlaanderen worden ernstige inspanningen ondernomen om deze bevoegdheid volwaardig en doordacht uit te oefenen. De Vlaamse Regering keurde op 29 maart 2019 een conceptnota goed die vermoedelijk volgend jaar in een decreet zal worden omgezet.

Voor de Vlaamse revalidatieziekenhuizen leverde deze bijzondere situatie reeds ernstige moeilijkheden op. Zo is er discussie over de vraag of zij nog langer kunnen worden beschouwd als ziekenhuizen in de zin van de federale ziekenhuiswet. Dit heeft niet enkel belang voor de toepassing van de voorschriften over de structuur van het ziekenhuis, het statuut van de ziekenhuisartsen en de rol van de medische raad, maar dreigde vanaf 1 januari 2019 ook tot ernstige problemen te leiden voor de betaling van de honoraria van de artsen die er werkzaam zijn. Om dit probleem op te lossen en juridische procedures te vermijden werd na onderhandelingen met het RIZIV een bijzondere overeenkomst voorgelegd aan het verzekeringscomité.

Het feit dat er in Vlaanderen thans identieke of toch sterk gelijkaardige revalidatieprogramma's worden gevolgd in de Sp-afdelingen van algemene ziekenhuizen (die voor programmatie en de financiering van hun exploitatie federaal zijn gebleven) en categorale (of ‘geïsoleerde’) revalidatie-ziekenhuizen (die integraal onder Vlaamse bevoegdheid vallen, maar voor de honorering van hun artsen afhankelijk van federale *goodwill*) is zorgwekkend en kan bij een uiteenlopend beleid tot irrationele concurrentie of ongewenste stromen van patiënten of medewerkers leiden. De uitvoering van sommige revalidatie-overeenkomsten (zoals GAUZZ of MEBE) gebeurt ook in algemene of psychiatrische ziekenhuizen en niet eens in Sp-bedden.

Ook de overgang naar een ander financieringssysteem voor de geïsoleerde revalidatiediensten zal zeker om afstemming vragen. De conceptnota van 29 maart 2019 stelt immers voor om te evolueren naar een gemengd financieringsmodel met een persoonsvolgende zorggedeelte en een organisatiegebonden gedeelte met incentives voor kwaliteit en performantie. Op die manier zou het voor de patiënt financieel een verschil kunnen uitmaken of hij in een Vlaams of een federaal gefinancierd Sp-bed wordt opgenomen. Ook de participatie van deze revalidatieziekenhuizen aan de klinische ziekenhuisnetwerken is niet evident. Voor het opzetten van samenwerkingsvormen tussen de “geïsoleerde” revalidatieziekenhuizen en de andere ziekenhuizen bestaat geen duidelijk wettelijk kader.

4. Onnodige spanning op een reeds erg gespannen arbeidsmarkt

Het is bekend dat de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg erg gespannen is. Vooral bij verpleegkundigen dreigt de nood aan goed opgeleide en gemotiveerde verpleegkundigen

73 Revarte in Edegem, Revalidatieziekenhuis Inkendaal in Vlezenbeek, Revalidatie en MS-centrum in Overpelt BZIO in Oostende, MS-centrum in Melsbroek, De Dennen in Malle, De Kei in Oostduinkerke en het Provinciaal zorgcentrum Lemberge in Merelbeke.

74 Het gaat om 892 Sp-bedden, 73 psychogeriatricbedden en 52 geriatricbedden.

groter te worden dan het aantal werkzoekenden en smeult de 'War on talent'. Dat geeft aan de verpleegkundigen meer keuzevrijheid. Naast de jobinhoud en de regio spelen ook de arbeidsvoorwaarden en het loon een grote rol.

De barema's worden bepaald door collectieve arbeidsovereenkomsten waarbij de werkgevers in hun onderhandelingsmogelijkheden onvermijdelijk beperkt zijn door de financiering van de exploitatie. Concreet zal de wijze waarop de Vlaamse of federale overheid instaat voor de financiering van de betrokken instellingen bepalend zijn voor de mogelijkheden om tegemoet komen aan de looneisen van de vakbonden. Zo werden recent ingrijpende en moeizame onderhandelingen gevoerd over het nieuwe IFIC-classificatiesysteem. Dit leidt tot nieuwe barema's en een andere loonontwikkeling binnen de loopbaan.

De invoering van IFIC gebeurde, voor sectoren die samen deel uitmaken van het paritair comité 330, niet op dezelfde wijze en op hetzelfde moment. Dat is een gevolg van de bevoegdheidsoverdracht, aangezien deze sectoren sinds de zesde staatshervorming niet onder één overheid ressorteren, maar ofwel onder de federale ofwel onder de Vlaamse financieringsbevoegdheid vallen.

De verschillen in financieringsbronnen en het financieringsritme dreigen ertoe leiden dat er steeds grotere verschillen komen in het globaal pakket van arbeidsvoorwaarden (loon, verlof en mogelijke andere voordelen) tussen verpleegkundigen in ziekenhuizen, woonzorgcentra of diensten voor thuisverpleging.

Soms zijn die verschillen verantwoord door verschillende taken of verantwoordelijkheden, maar ze kunnen ook optreden bij sterk gelijkende taken. Dat zorgt bij de werkgevers voor problemen bij de rekrutering en kan bij de betrokken werknemers leiden tot onbegrip en mogelijk zelfs tot demotivering. Waarom is de loonevolutie in de thuisverpleging anders dan in de ouderenzorg? Waarom is de loonevolutie anders in de psychiatrische ziekenhuizen dan in de psychiatrische verzorgingstehuizen? Waarom is de loonevolutie in de algemene ziekenhuizen anders dan in de categorale revalidatieziekenhuizen?

Zo zal een verpleegkundige die deeltijds werkt in een woonzorgcentrum en deeltijds in assistentiewoningen - via een dienst voor thuisverpleging - misschien slechts een gang moeten doorwandelen tussen beide werkgevers, maar wel moeten werken met twee verschillende arbeidsovereenkomsten met verschillende arbeidsvoorwaarden.

5. De tragiek van de chronische zorg

Het organiseren van goede zorg voor chronisch zieken is een van de grote uitdagingen in de gezondheidszorg. Om hierop een antwoord te bieden onderschreven de verschillende bevoegde overheden het "Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid".⁷⁵

Uitgangspunt hierbij was om (conform internationale consensus – WHO - en wetenschappelijke evidentie):

"Het welzijn van patiënten met een chronische ziekte te verbeteren door meer geïntegreerde zorg. De patiënt staat centraal in deze benadering. Hij moet de mogelijkheid aangeboden krijgen om de controle zelf in handen te nemen. Een multidisciplinair netwerk ondersteunt hem daarbij.

75 https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_imc_plan_geintegreerde_zorg_chronisch_zieken.pdf.

In dat netwerk zitten onder meer de huisarts, de specialisten, de apotheker en de verpleegkundigen, maar bv. ook maatschappelijk assistenten, mantelzorgers, hulpverleners en de omgeving van de patiënt. De leden van het netwerk werken samen én met de patiënt. Elke betrokkene kan zijn eigen expertise op de meest efficiënte manier aanbieden aan de patiënt.”...

Het concept bestond erin om competenties en middelen uit diverse “sectoren” te poolen via het principe van *bundled payment* en ze samen in te zetten in functie van de noden van de patiënt. Efficiëntiewinsten die de projecten hierdoor boeken, zouden opnieuw geïmputeerd kunnen worden in het zorgsysteem.

De bevoegdheid inzake chronische zorg zit verdeeld over de verschillende overheden. Zo is de Vlaamse overheid o.m. bevoegd voor gezinszorg, het maatschappelijk werk en de ouderenzorg; de federale overheid is bevoegd voor o.m. de financiering/terugbetaling van de thuisverpleging, de nomenclatuur... Dit mocht echter geen hinderpaal zijn. Een ontwerp-KB om deze projecten op te zetten werd opgemaakt. Omwille van de bevoegdheidsverdeling maakte de Raad van State er opmerkingen bij, een samenwerkingsakkoord zou noodzakelijk zijn. Een samenwerkingsakkoord sluiten zou zorgen voor maandenlange (politieke) discussies en vertraging. De federale overheid maakte de keuze om de projecten op te zetten binnen hun bevoegdheden, evenwel in overleg met de gemeenschappen. De gemeenschappen zouden dan zelf ook een aantal zaken kunnen regelen.

Op vandaag zijn de projecten gelanceerd. /; De efficiëntiewinsten die ze kunnen opleveren moeten nu omgezet worden in een aanbod waar de patiënten nood aan hebben, een aanbod dat onderbouwd is. Nu blijkt het aanbod dat de projecten eventueel willen uitbouwen aansluiten bij de bevoegdheden van de gemeenschappen. Aangezien er geen samenwerkingsakkoord is, bestaat er geen vehikel om dat aanbod te realiseren met budget van de federale overheid.

Nochtans was het de intentie om te experimenteren met systemen die wereldwijd werken, die een behoefte van de populatie - over overheden heen - invullen, die moeten leiden tot een betere gezondheidszorg, projecten die bovendien kostenbesparend en efficiënt zijn...

Hoofdstuk 4

Modellen van bevoegdheidsverdeling in enkele anderen landen. Wat kan ons inspiratie bieden?

Evelyne Maes

1. Duitsland

1.1. Algemeen

Duitsland besteedt 11,4% van zijn BNP aan zijn gezondheidszorg. De Duitse gezondheidszorg steunt op een systeem van publieke en private zorgverzekering. Sinds 2009 is het voor iedereen verplicht om aangesloten te zijn bij een zorgverzekeringssysteem. Dat zorgverzekeringssysteem biedt universele dekking en vrije keuze van zorgverleners. 85% van de bevolking is aangesloten bij het publieke zorgverzekeringssysteem. De wetgeving inzake de Duitse gezondheidszorg maakt een onderscheid tussen drie types van zorgverstrekking: de zorgverstrekking in ziekenhuizen, ambulante zorg en de revalidatie-faciliteiten.

1.2. De bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg

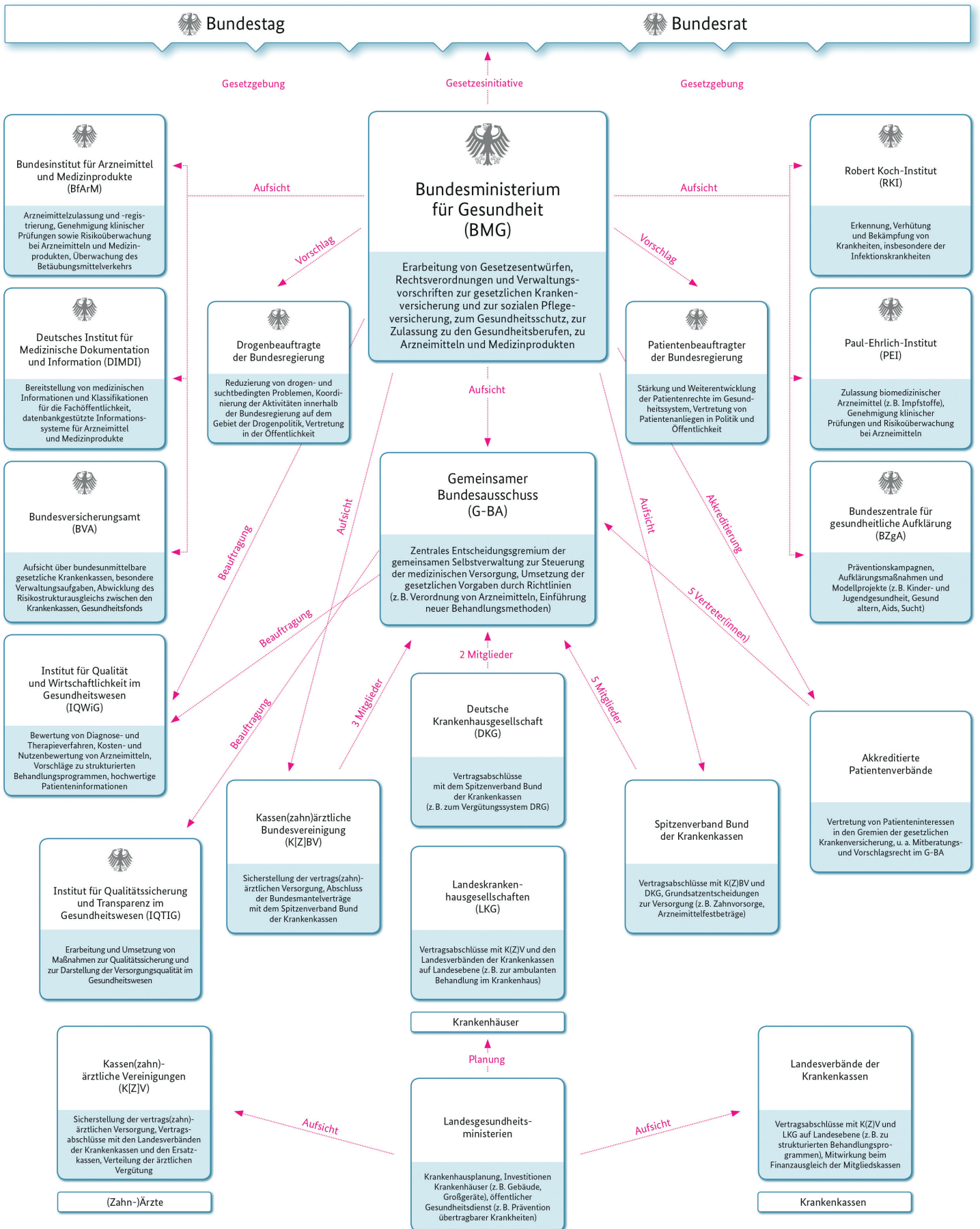
De bevoegdheden in de gezondheidszorg zijn verdeeld tussen de federale overheid (*Bund*), de deelstaten (*Länder*) en de *Gemeinsamer Bundesausschuss*. Daarmee is de Duitse bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg een atypische bevoegdheidsverdeling. De *Gemeinsamer Bundesausschuss* is een private rechtspersoon van publiek recht, waarin de artsenvereniging, de tandartsenvereniging, de ziekenhuisvereniging en de ziekenfondsverenigingen zijn vertegenwoordigd.⁷⁶ Noch de federale, noch de deelstatelijke overheid is vertegenwoordigd in de *Gemeinsamer Bundesausschuss*. Door belangrijke bevoegdheden aan de *Gemeinsamer Bundesausschuss* toe te kennen, steunt de Duitse gezondheidszorg in een belangrijke mate op het beginsel van “*self-administration*”: de *stakeholders* bepalen een groot deel van het beleid inzake gezondheidszorg, zonder dat de overheid daaraan te pas komt.

De federale wetgever bepaalt de werking van de *Gemeinsamer Bundesausschuss* in het Duitse Sociaal Wetboek, Boek 5 (SGB V). Daarin worden de mandaten en verantwoordelijkheden van de *Gemeinsamer Bundesausschuss*, de benoeming van de leden, de betrokkenheid van de patiënten, het betrekken van derden en het algemene kader van de structuren en procedures van de *Gemeinsamer Bundesausschuss* vastgelegd. In de statuten en het reglement van orde - die beide moeten worden goedgekeurd door het Bondsministerie van Volksgezondheid (BMG) - legt de *Gemeinsamer Bundesausschuss* de details van die wettelijke voorschriften vast.

De gezondheidszorg is noch een voorbehouden federale bevoegdheid noch een bevoegdheid die uitdrukkelijk aan de deelstaten is toegekend. Een aantal aspecten van de gezondheidszorg zijn concurrerende bevoegdheden (zie *supra*, randnummer 2): indien de federale overheid

76 “*Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband.*” Die verenigingen zijn zelf *quasi-publieke* corporatistische verenigingen.

Das Gesundheitssystem



optreedt, hebben haar normen voorrang op die van de deelstaten.⁷⁷ De overige aspecten vallen binnen de bevoegdheid van de deelstaten.

De federale overheid bepaalt de regelgeving voor de twee soorten zorgverzekering (de “wettelijke” zorgverzekering en de private zorgverzekering). Zij bepaalt in het algemeen welke zorgverlening door de zorgverzekering wordt gedekt, op welke wijze dat wordt gefinancierd. Zij bepaalt ook de gezondheidsdoelstellingen die de ziekenfondsen moeten verwezenlijken. Zij bepaalt welke beslissingen de *Gemeinsamer Bundesausschuss* neemt. Daarnaast oefent de federale overheid toezicht uit op de federale en de private ziekenfondsen.

De deelstaten zijn bevoegd voor de planning en de erkenning van de ziekenhuizen en voor de gezondheidscentra (*Gesundheitsdienst* of *Gesundheitsamt*). De gezondheidscentra zijn verantwoordelijk om toezicht te houden op de werknemers in zorginstellingen; overdraagbare ziekten te monitoren en te vermijden; toezicht te houden op commerciële activiteiten inzake voeding en geneesmiddelen, sommige aspecten van leefomgeving-hygiëne te monitoren, psychiatrische diensten voor de gemeenschap te verlenen; gezondheidsonderwijs en gezondheidspromotieactiviteiten; medische inspectie van kinderen. Vele *Länder* hebben die bevoegdheid aan de lokale besturen overgedragen. De deelstaten houden tevens toezicht op de regionale ziekenfondsen. De deelstaten zijn bevoegd voor de opleidingen tot (tand)artsen en apothekers, en voor het toezicht op de verenigingen van artsen en de ziekenfondsen die in de deelstaat actief zijn.

De *Gemeinsamer Bundesausschuss* bepaalt welke prestaties precies door de wettelijke zorgverzekering worden terugbetaald en vaardigt bindende reglementen uit over de kwaliteit van medische zorgverlening. De *Gemeinsamer Bundesausschuss* staat onder het wettelijk toezicht van het federale ministerie van Volksgezondheid. De door de *Gemeinsamer Bundesausschuss* aangenomen resoluties en richtlijnen worden door het federale ministerie van Volksgezondheid gecontroleerd en vervolgens in het *Bundesministerium für Gesundheit* gepubliceerd.

1.3. Kwaliteitsbewaking

De federale overheid bepaalt de algemene gezondheidsdoelstellingen. De *Gemeinsamer Bundesausschuss* bepaalt welke prestaties door de wettelijke zorgverzekering worden terugbetaald en vaardigt bindende reglementen uit over de kwaliteit van medische zorgverlening. In zijn opdracht wordt hij bijgestaan door het “*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*”. Dat is een onafhankelijke instelling, gefinancierd door de *stakeholders* van het systeem van *self-government*. Zijn wettelijke opdrachten zijn:

- onderzoek, presentatie en evaluatie van de huidige stand van de medische kennis over diagnostische en therapeutische procedures voor geselecteerde ziekten;
- voorbereiding van wetenschappelijke *papers*, adviezen en verklaringen van deskundigen over de kwaliteit en de kosteneffectiviteit van de verleende diensten in het kader van de wettelijke ziekteverzekering, rekening houdend met de specifieke kenmerken van leeftijd, geslacht en levenssituatie;
- het opmaken van empirisch onderbouwde richtlijnen voor de epidemiologisch belangrijkste ziekten;
- aanbevelingen geven over programma’s voor ziektebeheer;

77 Dit is eigen aan het centripetale federalisme in Duitsland. In Duitsland is de federale staat ontstaan door een samenwerking tussen de *Länder*: zij hebben een deel van hun bevoegdheden aan de *Bund* overgedragen. In België is er een centrifugaal federalisme.

- evaluatie van de baten en kosten van geneesmiddelen;
- algemene en voor alle burgers begrijpelijke informatie verstrekken over de kwaliteit en de doeltreffendheid van de gezondheidszorg en over de diagnose en behandeling van ziekten die van groot epidemiologisch belang zijn;
- deelname aan internationale projecten voor samenwerking en verdere ontwikkeling op het gebied van *evidence-based medicine*.⁷⁸

De uitvoering op die kwaliteitsbewaking gebeurt telkens door de bevoegde overheid in de materie.

1.4. Overlegstructuren

Duitsland heeft geen intergouvernamenteel comité van gezondheidszorgministers (tussen de *Bund* en de *Länder*). Dat hoeft niet noodzakelijkerwijze, omdat in Duitsland het principe van coöperatief federalisme geldt. Dat houdt twee principes in. Vooreerst, de *Länder* voeren de federale wetgeving uit. Dat is anders dan in België, waar de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten telkens hun eigen wetgeving uitvoeren.⁷⁹ Ten tweede, dat federalismemodel steunt op een belangrijke rol van de Duitse *Bundesrat*. Daarin zijn de *Länder* vertegenwoordigd door hun overheden, en het aantal vertegenwoordigers per deelstaat is afhankelijk van het bevolkingsaantal. De *Länder* kunnen in de *Bundesrat* invloed uitoefenen op de inhoud van de federale wetgeving. Vermits de *Länder* de federale wetgeving uitvoeren, heeft de *Bund* er alle baat bij om de instemming van de *Länder* bij die wetgeving te verkrijgen. Bij de uitvaardiging van de federale wetgeving, is er dan ook een sterke samenwerking tussen de afgevaardigden van de *Länder* in de *Bundesrat*, gesteund door de administraties van de *Länder*, en de leden van de *Bundestag*. Die samenwerking steunt op wederzijds overleg op politiek en ambtelijk niveau.

De *Länder* coördineren hun activiteiten inzake gezondheidszorg via de *Arbeitsgemeinschaft der leitenden Ministerialbeamten der obersten Landesgesundheitsbehörden* en via de *Gesundheitsministerkonferenz*. Geen van beide gremia kunnen echter regelgeving uitvaardigen.

1.5. Financiering

Inkomsten

De financiering van de gezondheidszorg gebeurt grotendeels door bijdragen⁸⁰ van werknemers en werkgevers aan de ziekenfondsen⁸¹ en door een deel federale middelen⁸². De (wettelijke⁸³ en private) ziekenfondsen dragen die geïnde bijdragen over aan het *Gesundheitsfonds*. Dat fonds vult zijn middelen aan uit de federale begroting.

De deelstaten oefenen een eigen belastingbevoegdheid uit voor de financiering van investeringen van de ziekenhuizen.

78 Voor een overzicht van alle instellingen, zie INFRA, pagina

79 De uitzondering hierop zijn de beperkt concurrerende bevoegdheden, zie voetnoot 2.

80 De hoogte ervan wordt bepaald in de GKV-Finanzierungsgesetz.

81 169,1 miljard in 2016.

82 Die bedroegen 14 miljard in 2016. Die bijdrage vanuit de federale middelen gebeurt slechts sinds 2009. Voordien werd de gehele gezondheidszorg gefinancierd vanuit de ziekenfondsen.

83 85% van de bevolking is aangesloten bij een wettelijk ziekenfonds. De overige bij een privaat ziekenfonds.

Uitgaven

De deelstaten financieren de investeringen van de ziekenhuizen op grond van hun algemene belastingsbevoegdheid. Dat leidt ertoe dat de investeringen niet gelijk over de *Länder* worden verdeeld. In 2012 ontvingen de ziekenhuizen in het oude West-Duitsland 83% van die financiering.

De financiering van de medische zorgverlening in en buiten de ziekenhuizen gebeurt via de “wettelijke” en private ziekenfondsen.

De financiering van de werkingskosten van ziekenhuizen wordt onderhandeld tussen de ziekenfondsen en de ziekenhuizen op grond van “diagnosis-related groups” (*Diagnose-bezogene Fallpauschale*). Het *Gesundheitsfonds* herverdeelt zijn middelen over alle ziekenfondsen, op grond van parameters (die onder meer rekening houden met de ouderdom en risicofactoren van de leden (*morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich*)). Die herverdeling gebeurt niet op grond van effectieve kosten.

De financiering van de zorgverstrekkingen in de ambulante verzorging gebeurt op grond van voorafbepaalde tarieven voor elk beroep (verschillend voor de publieke zorgverstrekkingen dan wel voor de private zorgverstrekkingen). De geneesheren worden betaald door hun regionale vereniging. De ziekenfondsen betalen een bedrag aan de regionale vereniging van geneesheren, die vervolgens de middelen verdeelt, op basis van de geleverde prestaties (met variaties daarop). Voor private zorgverstrekkingen gebeurt de financiering op prestatiebasis.

Indien de middelen die het ziekenfonds uit het *Gesundheitsfond* verkrijgt, onvoldoende zijn om zijn uitgaven aan zijn leden te dekken, dient het ziekenfonds een aanvullende premie aan zijn leden te vragen. De mededinging in de gezondheidszorg wordt mede gestuurd door de mededinging onder de ziekenfondsen, die willen vermijden dat zij aanvullende premies aan hun leden dienen te vragen.

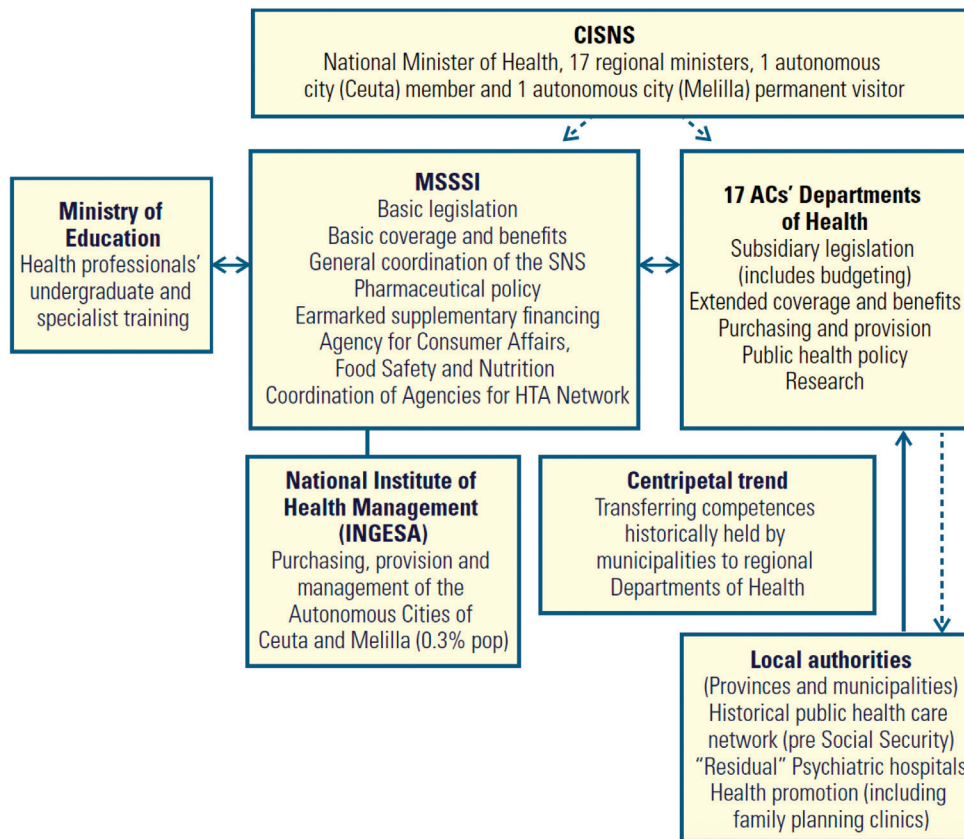
Het *Gesundheitsfonds* bestaat pas sinds 2011 en beoogt een gelijke financiering van de gezondheidszorg voor elke burger. Hoewel die doelstelling nog steeds niet ten volle wordt verwezenlijkt – het ene ziekenfonds zal immers wel aanvullende premies moeten vorderen en het andere niet – gebeurt dat al veel beter dan in het oude systeem. In het oude systeem bepaalde elk ziekenfonds zelf welke bijdrage de werknemers en werkgevers moesten betalen. Die bijdrage kon sterk verschillen van ziekenfonds tot ziekenfonds.

2. Spanje

2.1. Algemeen

Spanje besteedt 8,9% van zijn BNP aan gezondheidszorg, minder dan het Europese gemiddelde van 10,1% in 2011. Vanaf de jaren 1980 – gelijktijdig met de regionalisering van de gezondheidszorg – werd een Spaans “NHS” (nationale gezondheidssysteem, *Instituto Nacional de la Salud*) opgericht. De dekking onder de Spaanse NHS is universeel en de zorg wordt voornamelijk publiek geleverd. De Spaanse NHS heeft 2.914 gezondheidscentra en 10.202 lokale klinieken die basisgezondheidszorg verlenen aan de lokale bevolking. Het nationale gezondheidssysteem heeft 315 ziekenhuizen en vier ziekenhuizen van het ministerie van Defensie. De overige 465 ziekenhuizen worden door particulieren gerund. Openbare ziekenhuizen zijn over het algemeen veel groter dan particuliere ziekenhuizen en krijgen met een veel groter aantal patiënten te maken.

Een particuliere zorgverzekering voor behandeling in particuliere ziekenhuizen en klinieken is niet wijdverspreid en wordt vooral gebruikt om de soms lange wachtlijsten voor gespecia-



liseerde artsen in de openbare gezondheidszorg te vermijden. Slechts 10% van de bevolking heeft een vrijwillige particuliere verzekering. Alleen in Catalonië zijn er om historische redenen een groot aantal semi-publieke entiteiten zonder winstoogmerk.

2.2. De bevoegdheidsverdeling

Tot 1980 was het gezondheidsbeleid een federale bevoegdheid in Spanje. Vanaf 1981 is die bevoegdheid geleidelijk per regio (autonome gemeenschap) naar de regio's overgedragen. De laatste tien autonome gemeenschappen ontvingen die bevoegdheid in 2001. Vanaf dat moment waren zij verantwoordelijk voor 91,6% van de uitgaven in de publieke gezondheidszorg. Eerder historische en politieke factoren bepaalden de regionalisering van de gezondheidszorg.

De federale overheid is bevoegd voor de coördinatie en de basiswetgeving inzake gezondheidszorg. Het Spaanse ministerie van Volksgezondheid (MSSSI, *Ministerio de Sanidad y Consumo*) doet dat in samenspraak met de Interterritoriale Raad van het Nationaal Gezondheidssysteem (CISNS - *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*).

Het Spaanse ministerie van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor het uitvaardigen van gezondheidsvoorstellen, het plannen en uitvoeren van gezondheidsrichtlijnen van de overheid en het coördineren van activiteiten gericht op het terugdringen van het gebruik van illegale drugs. Het ministerie wordt ondersteund door vier gespecialiseerde agentschappen:

- het agentschap voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen;

- de nationale organisatie voor transplantaties;
- het agentschap voor consumentenzaken, voedselveiligheid en voeding, en
- het instituut voor gezondheid Carlos III (*Instituto de Salud*), dat de evaluatie van gezondheidstechnologie, onderzoekscentra, openbare gezondheidsdiensten en de coördinatie en financiering van biomedisch onderzoek combineert.

De Interterritoriale Raad van het Nationaal Gezondheidssysteem (CISNS - *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*) is verantwoordelijk voor de coördinatie, de samenwerking en de contacten tussen de federale overheid en de autonome gemeenschappen van de volksgezondheidsdiensten. De Raad keurt de nationale catalogus van diensten goed die door alle regionale gezondheidsdiensten (*cartera de servicios comunes*) moeten worden verleend. De catalogus is onderverdeeld in secties met inbegrip van eerstelijnszorg, gespecialiseerde zorg, aanvullende zorg en apotheek.

De zeventien Spaanse autonome gemeenschappen zijn bevoegd voor de implementatie van de federale regelgeving in het eigen gezondheidszorgsysteem. Die autonome gemeenschappen bepalen het eigen gezondheidszorgsysteem. Zij zijn verantwoordelijk voor het aanbieden van geïntegreerde gezondheidsdiensten aan de bevolking via de centra, diensten en instellingen van die gemeenschap.

De belangrijkste actoren in de autonome gemeenschappen zijn de ministeries van Volksgezondheid, die de rol spelen van een gezondheidsautoriteit (regelgeving, planning, budgettering en derdebetaler). Zij worden ondersteund door gespecialiseerde agentschappen, meestal een dat gericht is op het beheer van gezondheidsdiensten, en een andere dat gewijd is aan volksgezondheidsmaatregelen (epidemiologische toezicht, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering). Sommige autonome gemeenschappen hebben een instantie die verantwoordelijk is voor de evaluatie van gezondheidstechnologie.

De eerstelijnsgezondheidszorg is beschikbaar binnen een straal van 15 minuten van elke woonplaats. De belangrijkste voorzieningen zijn de gezondheidscentra, met multidisciplinaire teams van huisartsen, kinderartsen, verpleegkundigen en administratief personeel, maar ook, in sommige gevallen, met maatschappelijk werkers, verloskundigen en fysiotherapeuten. De beginselen van maximale toegankelijkheid en billijkheid houden in dat de eerstelijnsgezondheidszorg in de gemeenschap, waar nodig, ook thuiszorg biedt en zich ook bezighoudt met gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

De lokale besturen worden ingedeeld in "gezondheidsgebieden". Zij zijn verantwoordelijk voor het beheer van de gezondheidsdiensten aangeboden op het niveau van de autonome gemeenschap. Zij worden bepaald op grond van demografische, geografische, klimatologische, sociaal-economische, werkgelegenheids-, epidemiologische en culturele factoren. Om de operabiliteit en de efficiëntie te verhogen, worden de "gezondheidsgebieden" onderverdeeld in kleinere eenheden die "basisgezondheidsgebieden" ("zonas básicas de salud") worden genoemd.

De decentralisatie van de gezondheidszorg werd voltooid in 2002 met de decentralisatie van de gezondheidszorgcentra, -diensten en -competenties naar de autonome gemeenschappen. In de daaropvolgende tien jaar werd het decentralisatieproces geconsolideerd en de autonome gemeenschappen beschikten over een grotere regelgevingscapaciteit, planning en vooral financiële autonomie.

Die defederalisering leidde echter tot een ongelijke en onevenredige groei op gezondheidsuitgaven. Door de Spaanse economische crisis in het laatste decennium werd dat systeem

onrendabel. De federale overheid heeft toen (grond)wetswijzigingen aangenomen om de duurzaamheid en betaalbaarheid van het gezondheidszorgsysteem te waarborgen. Die maatregelen beperkten de uitgavencapaciteit van de autonome gemeenschappen, verlaagden de gezondheidsbegrotingen en stelde een prioritering van schuldaflossing aan zorgverleners via speciale fondsen in. Dat kwam in feite neer op een herfederalisering van bepaalde aspecten van de gezondheidszorg. Toezicht op die maatregelen wordt gehouden door het ministerie van Financiën. Het ministerie van Gezondheid besliste om het recht op zorgverzekering te beperken (door bepaald groepen uit te sluiten) en het uitkeringspakket her in te delen. Het heeft tevens een nieuwe verdeling van de kosten aangenomen.

Die maatregelen werden genomen, zonder samen te werken met de Interterritoriale Raad van het Nationaal Gezondheidssysteem. Het consensusmechanisme, dat voorheen werd gebruikt om die Raad te laten beslissen wie er recht heeft op een publieke zorgverzekering en welke zorgverstrekkingen dat omvat, werd aldus vervangen door federale maatregelen van de regering, zonder instemming van de ministers van de autonome gemeenschappen in de Interterritoriale Raad.

2.3. Kwaliteitsbewaking

Een van de belangrijkste problemen in Spanje is de beperkte coördinatie tussen de autonome gemeenschappen, waardoor de verschillen in dienstverlening en de kwaliteit van de zorg tussen de autonome gemeenschappen toenemen. Het toezicht door het ministerie van Volksgezondheid en Consumentenzaken op het nationale systeem en de coördinatie door de Interterritoriale Raad bieden op dat vlak geen oplossing, omdat zij zich eerder richten op beleid en samenwerking op lange termijn. De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg ligt bij de autonome gemeenschappen.

2.4. Overlegstructuren

De Interterritoriale Raad van het Nationaal Gezondheidssysteem (CISNS - *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*) is het belangrijkste overlegorgaan in gezondheidszorg in Spanje. Die Raad is verantwoordelijk voor de coördinatie, de samenwerking en de contacten tussen de federale overheid en de autonome gemeenschappen van de volksgezondheidsdiensten. De raad van bestuur wordt voorgezeten door het nationale ministerie van Volksgezondheid en de leden zijn de regionale ministers.

2.5. Financiering

Inkomsten

De financiering van de Spaanse gezondheidszorg gebeurt niet via de sociale zekerheid, maar via belastingen: deels via BTW en deels via de personenbelasting. De autonome gemeenschappen hebben bij de defederalisering van de gezondheidszorg grotere bevoegdheid gekregen om bepaalde inkomsten te verwerven en zijn in ruil zelf verantwoordelijk geworden voor de financiering van de gezondheidszorg. Naar aanleiding van de financiële crisis en de Spaanse economische crisis werd de bevoegdheid van de autonome gemeenschappen echter aanzienlijk beperkt.

Uitgaven

De federale overheid had geen invloed op de uitgaven voor gezondheidszorg door de autonome gemeenschappen. De financiering van de gezondheidszorg is niet geoormerkt. Het wordt gefinancierd door belastingbevoegdheid die aan de autonome gemeenschappen wordt toegekend. Naar aanleiding van de financiële crisis en de Spaanse economische crisis werd de bevoegdheid van de autonome gemeenschappen tot besteding echter beperkt (zie randnummer 21).

3. Denemarken

3.1. Algemeen

Denemarken besteedde in 2013 10,6% van zijn BBP aan gezondheidszorg. Er is universele toegang tot gezondheidszorg. De medische zorgverlening wordt grotendeels gratis verstrekt aan de patiënten. Dokters zijn werknemers van de ziekenhuizen, terwijl huisartsen zelfstandigen zijn en op prestatiebasis worden bepaald, naast een belangrijke vaste vergoeding.

3.2. De bevoegdheidsverdeling

De nationale overheid (National Health Board) is bevoegd om de kaderwetgeving inzake gezondheidszorg te bepalen, dat de gedecentraliseerde instellingen voor medische zorgverlening moet coördineren en erop moet toezien. In dat kader bepaalt de nationale overheid het gezondheidszorgbeleid, vaardigt zij de kaderwetgeving uit, maakt ze de algemene planning met de gezondheidszorg, bepaalt zij algemene richtlijnen en gezondheidsdoelen en oefent zij toezicht uit. Zij bepaalt bijvoorbeeld de spreiding van bepaalde ziekenhuisspecialisaties en bevordert de fusie van kleinere ziekenhuizen.

De vijf administratieve regio's worden bestuurd door democratisch verkozen raden. Ze hebben uitgebreide bevoegdheden inzake gezondheidszorg. Ze zijn verantwoordelijk voor de ziekenhuizen. Ze beheren, besturen en financieren die ziekenhuizen op basis van de DRG (diagnose-related groups) – tarieven. Ze zijn verantwoordelijk voor de psychiatrische zorgverlening, voor de diensten van huisartsen, specialisten, kinesisten, tandartsen en apothekers. Ze zijn ook verantwoordelijk voor gespecialiseerde revalidatie, planning en het verlenen van gespecialiseerde diensten en de taken met betrekking tot gespecialiseerde sociale zorg en coördinatie. Ze bepalen welke medicijnen worden aanbevolen voor gebruik in ziekenhuizen.

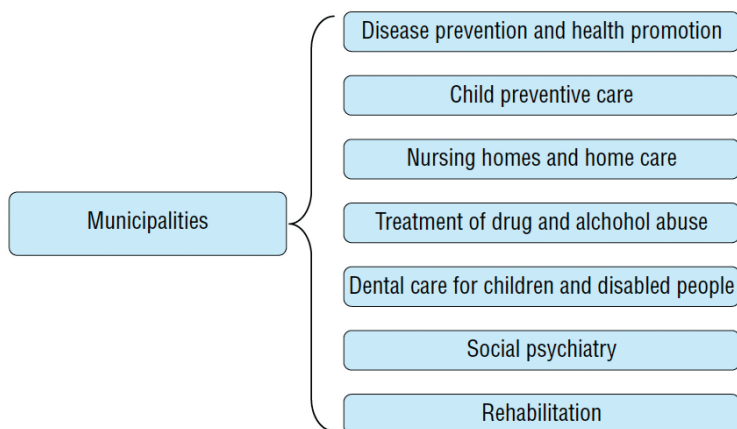
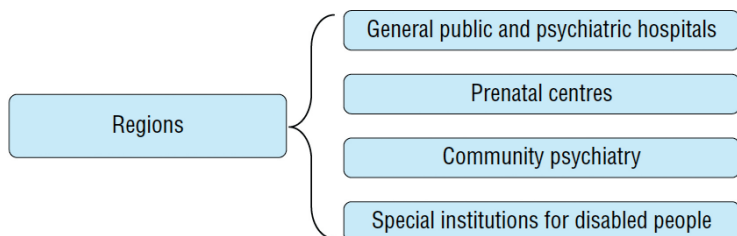
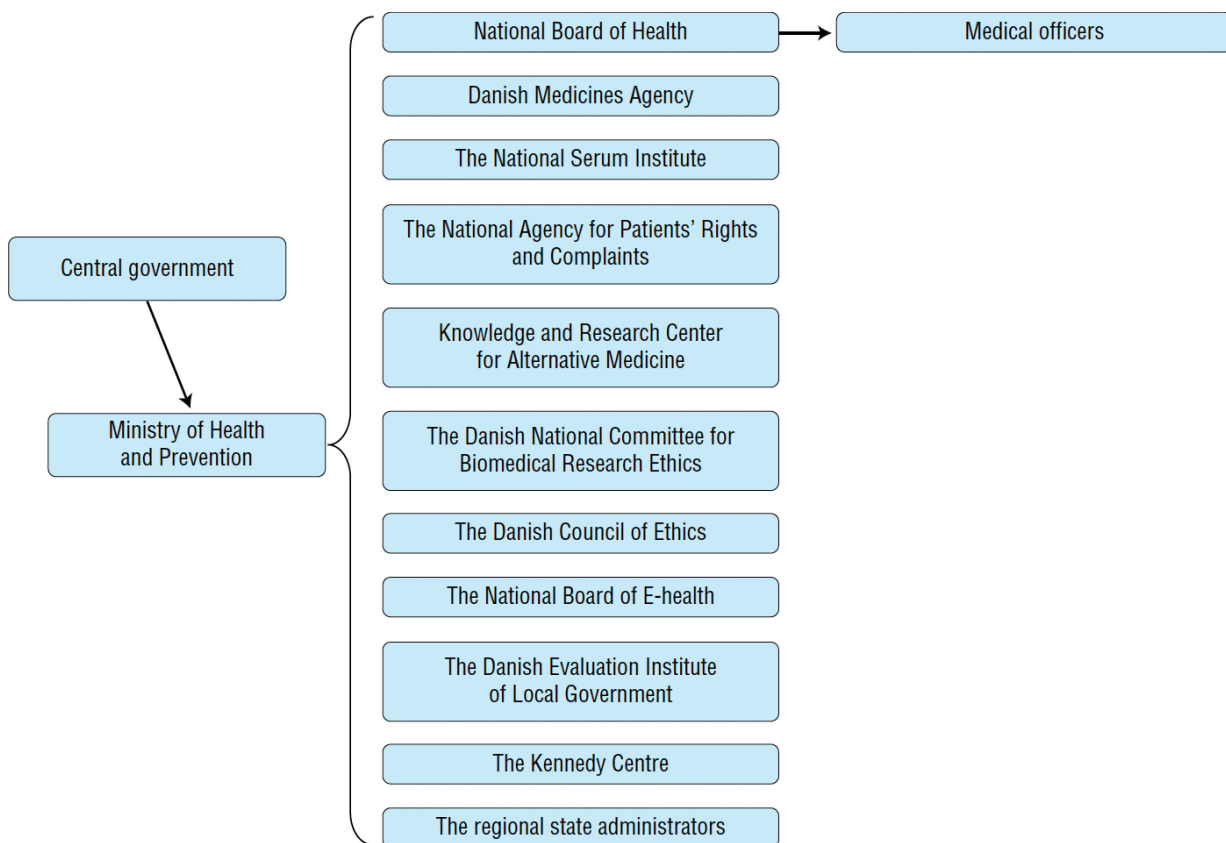
De 98 lokale besturen (met tussen de 20.000 en 100.000 bewoners) hebben ook uitgebreide bevoegdheden inzake gezondheidszorg. Ze financieren en beheren de diensten voor thuisverpleging, (tand)zorg voor kinderen, school gezondheidszorgdiensten, thuishulp, behandeling voor drugs- en alcoholmisbruik. Ze zijn ook verantwoordelijk voor algemene gezondheidspreventie en gezondheids promotie en voor revalidatie buiten het ziekenhuis.

3.3. Kwaliteitsbewaking

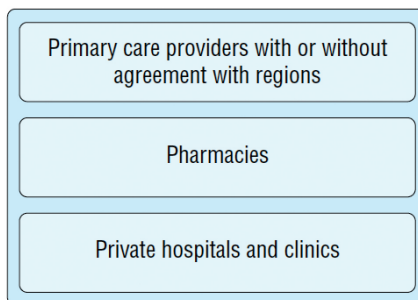
De nationale, regionale en lokale besturen delen de verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsbewaking van de diensten die zij leveren of waarop zij toezicht houden. Denemarken heeft sterke instrumenten waarmee die overheden de kwaliteit van gezondheidszorg kunnen opvolgen en verbeteren: accreditaties, klinische richtlijnen, kwaliteitsregisters en kwaliteitsindicatoren.

De nationale overheid stelt algemene gezondheidsdoelstellingen, en laat vrijheid aan de regio's en de lokale besturen om die aan te vullen of te concretiseren in het kader van hun eigen bevoegdheden. De Deense Gezondheid- en Medicijnen Autoriteit ontwikkelt kwaliteitsstandaarden voor diensten, zoals ziektemanagementmodellen, en staat toe dat die verder worden aangepast om volledig te worden toegepast op regionaal niveau. Elke regio heeft een eigen departement voor kwaliteitsbewaking en om initiatieven te nemen inzake programma's voor kwaliteitsbevordering.

Onderzoekers merken op dat de Deense overheden hun sterke instrumenten voor kwaliteitsbewaking en –verbetering met elkaar moeten koppelen, zodat de kwaliteit in het gezondheidszorgstelsel als geheel kan worden bewaakt en verbeterd. Dat is vooral van belang voor patiëntentrajecten in de gezondheidszorg die zich uitstrekken over gezondheidsdiensten die afzonderlijk door regionale en lokale overheden worden beheerd. Momenteel zijn de meeste



Private ownership



kwaliteitsbewakingsmechanismen, zoals accreditatie, richtsnoeren of initiatieven op het gebied van patiëntveiligheid, gericht op specifieke diensten in ziekenhuizen. De volgende logische stap is om te evolueren in de richting van benaderingen die gericht zijn op de mix van gezondheidsdiensten die een Deense burger zou kunnen ontvangen. Een dergelijke aanpak zou meer nadruk leggen op continuïteit van de zorg en geïntegreerde zorgverlening en mogelijkheden bieden voor het stroomlijnen van de kwaliteitsborging. Voorbeelden van hoe dat in de praktijk kan worden uitgevoerd, zijn de accreditatie van zorglijnen, klinische richtsnoeren waarin de algemene beginselen voor het beheer van patiënten met meerdere langdurige aandoeningen worden uiteengezet en het testen van indicatoren die de kwaliteit van geïntegreerde zorg meten.

Daarnaast zouden enkele resterende lacunes in de kwaliteitsbewaking moeten worden opgevuld. De huisartsenpraktijk, thuiszorg en verpleeghuizen beschikken niet over een accreditatiesysteem (hoewel er systemen worden ontwikkeld) en er zijn geen formele vereisten voor permanente educatie. Op gemeentelijk niveau zijn de mechanismen voor kwaliteitsbewaking in de langdurige zorg en revalidatie niet goed ontwikkeld en er lijken aanzienlijke verschillen te bestaan in de wijze waarop de kwaliteitsbewaking in het hele land op gemeentelijk niveau wordt georganiseerd.⁸⁴

3.4. Overlegstructuren

Federale wetgeving verplicht de gemeenten en de vijf administratieve regio's om te overleggen. Ze moeten regionale overeenkomsten inzake gezondheidszorg met betrekking tot kwesties zoals coördinatie van behandeling, preventie, lozing en revalidatie sluiten. Ze moeten voldoen aan nationaal gedefinieerde vereisen en worden openbaar gemaakt.

De gezondheidszorgovereenkomsten komen tot stand in regionale overlegcommissies. Die bestaan uit vertegenwoordigers van de regio, de gemeenten in de regio en de particuliere gezondheidszorgbeoefenaars. Die regionale raadgevende comités worden tevens gebruikt om geschillen op te lossen (bv. over het dienstverleningsniveau, professionele aanwijzingen en verwijzingscriteria) en om de basis te leggen voor een continue overleg over de planning.

3.5. Financiering

Inkomsten

Gezondheidszorg wordt in Denemarken gefinancierd door centrale en lokale belastingen (de vijf administratieve regio's hebben geen belastingbevoegdheid).

Besteding

De nationale overheid is bevoegd voor het fiscale beleid en voor de controle op de publieke uitgaven. De nationale overheid bepaalt jaarlijks het totale bedrag dat aan gezondheidszorg wordt besteed. Het Parlement sluit daartoe jaarlijks "vrijwillige" begrotingsovereenkomsten met de regering en de lokale besturen. In die overeenkomsten worden de totale ziekenhuisuitgaven en de DRG's-tarieven bepaald. De DRG (diagnose-related groups)-tarieven worden berekend door het ministerie van Gezondheid, op basis van gemiddelde kosten. Daarbij wordt een verbetering van de productiviteit opgelegd.

Dat bedrag wordt via dotaties verdeeld aan vijf administratieve regio's en aan 98 lokale besturen.

84 M. Olejaz e.a., Health Systems in Transition, Denmark Health system review, European Observatory on Health Systems and Policies.

Een regio ontvangt twee bedragen van de nationale overheid: het eerste bedrag stemt overeen met 75% van de middelen van de regio voor gezondheidszorg, het tweede bedrag stemt overeen met 5% van diezelfde middelen. Het verschil tussen beide bedragen is dat alleen het 5%-bedrag is verbonden met activiteiten, binnen een kader met vaste bestedingsdrempels die door het Parlement wordt bepaald. Het 75%-bedrag is een dotatie: de regio kan dus vrij bepalen op welke wijze zij dat bedrag aan gezondheidszorg besteedt. De dotatie voor de vergoeding van geneesmiddelen is geoormerkt. De overige 20% van de middelen voor gezondheidszorg, ontvangt een regio van de lokale besturen. De lokale besturen cofinancieren op die manier de regionale zorgverlening.

De regio's betalen voor curatieve zorg in de ziekenhuizen, door eerstelijnszorg ... 79% van de uitgaven gaat naar ziekenhuizen, 13% naar eerstelijnsgezondheidszorg, 6% naar medicijnen en 2% naar administratie. De regio's betalen de ziekenhuizen op basis van toekomstige algemene begrotingen en deels activiteiten-gerelateerd op basis van "*diagnosis-related groups*" (DRG's). De artsen ontvangen een loon van het ziekenhuis.

De lokale besturen cofinancieren de regio's (62%) en betalen voor promotie, preventie (3%), revalidatie (10%), tandzorg (voor kinderen) (12%), ouderenzorg...

Hoofdstuk 5

Essentiële wetgeving

1. De Grondwet

(uittreksel)

(...)

Hoofdstuk IV – De gemeenschappen en de gewesten

(...)

Afdeling II. - De bevoegdheden.

Onderafdeling I. - De gemeenschapsbevoegdheden.

Art. 127.

§ 1. De parlementen van de Vlaamse en de Franse Gemeenschap regelen, ieder wat hem betreft, bij decreet:

1° de culturele aangelegenheden;

2° het onderwijs, met uitsluiting van:

a) de bepaling van het begin en het einde van de leerplicht;

b) de minimale voorwaarden voor het uitreiken van de diploma's;

c) de pensioenregeling;

3° de samenwerking tussen de gemeenschappen, alsook de internationale samenwerking, met inbegrip van het sluiten van verdragen, voor de aangelegenheden bedoeld in 1° en 2°.

Een wet aangenomen met de in artikel 4, laatste lid, bepaalde meerderheid, stelt de in 1° vermelde culturele aangelegenheden, de in 3° vermelde vormen van samenwerking, alsook de nadere regelen voor het in 3° vermelde sluiten van verdragen vast.

§ 2. Deze decreten hebben kracht van wet respectievelijk in het Nederlandse taalgebied en in het Franse taalgebied, alsmede ten aanzien van de instellingen gevestigd in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die, wegens hun activiteiten moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap.

Art. 128.

§ 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.

2. De bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen

(Uittreksel uit de op 11 april 2019 geldende tekst)

Art. 5.

§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 128, § 1, van de Grondwet, zijn:

1. Wat het gezondheidsbeleid betreft:

1° onverminderd datgene wat bepaald is in het eerste lid, 2°, 3°, 4°, 5° en 6°, het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen met uitzondering van:

- a) de organieke wetgeving, met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten;
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving en dit onverminderd de bevoegdheden van de gemeenschappen bedoeld onder a);
- c) de basisregelen betreffende de programmatie;
- d) de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen;

2° het beleid betreffende de verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen;

3° het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in oudereninstituten, met inbegrip van de geïsoleerde geriatriediensten;

4° het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie;

5° het beleid inzake long term care revalidatie;

6° de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn;

7° wat betreft de gezondheidszorgberoepen:

- a) hun erkenning met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsvoorwaarden;
- b) hun contingentering, rekening houdende, in voorkomend geval, met het globale aantal dat de federale overheid per gemeenschap jaarlijks kan vastleggen voor de toegang van elk van de gezondheidszorgberoepen;

8° de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, evenals alle initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg.

De federale overheid blijft evenwel bevoegd voor:

1° de ziekte- en invaliditeitsverzekering;

2° de nationale maatregelen inzake profylaxis.

Elk voorontwerp of voorstel van decreet, elk amendement op een ontwerp of voorstel van decreet, evenals ieder ontwerp van besluit van een gemeenschap met als doel om de erkenningsnormen van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, zorgprogramma's en ziekenhuisfuncties vast te leggen, wordt voor verslag voorgelegd aan de algemene vergadering van het Rekenhof zodat zij de gevolgen op korte en lange termijn op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid evalueert.

Dit verslag wordt ook overgemaakt aan de federale regering evenals aan alle gemeenschapsregeringen.

Na verplicht advies te hebben ingewonnen van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering en de bevoegde administratie van de betrokken gemeenschap en na, in voorkomend geval, het facultatief advies te hebben ingewonnen van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, brengt de algemene vergadering van het Rekenhof binnen de twee maanden na de ontvangst van het voorontwerp, het voorstel, het amendement of het ontwerp een omstandig verslag uit met betrekking tot de gevolgen van deze normen, op korte en lange termijn, op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid. Deze termijn kan met één maand worden verlengd.

Dit verslag wordt meegedeeld door het Rekenhof aan de aanvrager van het verslag, aan de federale regering en aan alle gemeenschapsregeringen.

Indien het verslag stelt dat het aannemen van deze normen, op korte of lange termijn, een negatieve impact heeft voor de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid, zal een overleg plaatsvinden tussen de federale regering en de gemeenschapsregeringen op vraag van de federale regering of de betrokken gemeenschapsregering. Indien dit overleg niet tot een akkoord leidt, zullen de normen onderworpen worden aan het akkoord van de federaal bevoegde ministers of aan het akkoord van de Minister-raad indien één van zijn leden de evocatie van het dossier vraagt.

Indien het verslag niet wordt gegeven binnen de termijn van twee maanden, verlengd met één maand, kan het overleg zoals bepaald in het zevende lid plaatsvinden op initiatief van de betrokken gemeenschapsregering of de federale regering.

Het Rekenhof stelt elk jaar een omstandig verslag op dat betrekking heeft op de weer-slag, tijdens het vorige begrotingsjaar, van de van kracht zijnde erkenningsnormen van de gemeenschappen op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid. Dit verslag wordt meegedeeld aan de federale regering en aan de gemeenschapsregerin-gen.

II. Wat de bijstand aan personen betreft:

1° Het gezinsbeleid met inbegrip van alle normen van hulp en bijstand aan gezinnen en kinderen.

2° (Het beleid inzake maatschappelijk welzijn, met inbegrip van de organieke regels be-treffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, met uitzondering van:

a) de vaststelling van het minimumbedrag, de toekenningsvoorwaarden en de financie-ring van het wettelijk gewaarborgd inkomen overeenkomstig de wetgeving tot instelling van het recht op een bestaansminimum;

b) de aangelegenheden met betrekking tot de openbare centra voor maatschappelijk welzijn die geregeld zijn in de artikelen 1 en 2 en in de hoofdstukken IV, V en VII van de or-ganieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, onverminderd de bevoegdheid van de Gemeenschappen om aanvullende of bijkomende rechten toe te kennen en met uitsluiting van de bevoegdheid van de gewesten voor de tewerkstelling van personen die het recht op maatschappelijke integratie of het recht op financiële maatschappelijke bijstand genieten bedoeld in artikel 6, § 1, IX, 2/1°;

c) de aangelegenheden met betrekking tot de openbare centra voor maatschappelijk welzijn die geregeld zijn in de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de commissies van openbare onderstand;

d) de regelingen met betrekking tot de openbare centra voor maatschappelijk welzijn van de gemeenten bedoeld in artikelen 6 en 7 van de wetten op het gebruik van de talen in bestuurszaken, gecoördineerd op 18 juli 1966, en van de gemeenten Komen-Waasten en Voeren, die opgenomen zijn in de artikelen 6, § 4, 11, § 5, 18ter, 27, § 4, en 27bis, § 1, laatste lid, van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn en in de wet van 9 augustus 1988 tot wijziging van de gemeen-tewet, de nieuwe gemeentewet, de gemeentekieswet, de organieke wet betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de provinciewet, het Kieswetboek, de wet

tot regeling van de provincieraadsverkiezingen en de wet tot regeling van de gelijktijdige parlements- en provincieraadsverkiezingen, zoals gewijzigd door de bijzondere wet van 19 juli 2012)

3° Het beleid inzake onthaal en integratie van inwijkelingen;

4° Het beleid inzake minder-validen, met inbegrip van de beroepsopleiding, de omscholing en de herscholing van minder-validen en de mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van:

a) de regelen betreffende en de financiering, met inbegrip van de individuele dossiers, van de toelagen aan de mindervaliden behoudens de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;

b) de regelen betreffende de financiële tegemoetkoming voor de tewerkstelling van minder-valide werknemers, die toegekend wordt aan de werkgevers die minder-validen tewerkstellen.

5° Het bejaardenbeleid met uitzondering van de vaststelling van het minimumbedrag, van de toekenningsvoorwaarden en van de financiering van het wettelijk gewaarborgd inkomen voor bejaarden.

6° (De jeugdbescherming, met inbegrip van de sociale bescherming en de gerechtelijke bescherming, maar met uitzondering van:

a) de burgerrechtelijke regels met betrekking tot het statuut van de minderjarigen en van de familie, zoals die vastgesteld zijn door het Burgerlijk Wetboek en de wetten tot aanvulling ervan;

b) de strafrechtelijke regels waarbij gedragingen die inbreuk plegen op de jeugdbescherming, als misdrijf worden omschreven en waarbij op die inbreuken straffen worden gesteld, met inbegrip van de bepalingen die betrekking hebben op de vervolgingen, onverminderd artikel 11 en artikel 11bis;

c) de organisatie van de jeugdgerechten, hun territoriale bevoegdheid en de rechtspleging voor die gerechten;

d) de uitvoering van de straffen uitgesproken ten aanzien van minderjarigen die een als een misdrijf omschreven feit hebben gepleegd die uit handen zijn gegeven, behalve voor het beheer van centra die bestemd zijn voor de opvang van deze jongeren tot de leeftijd van drieëntwintig jaar;

e) de ontzetting uit de ouderlijke macht en het toezicht op de gezinsbijslag of andere sociale uitkeringen.

7° De sociale hulpverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale reïntegratie

8° de juridische eerstelijnsbijstand.

III. De organisatie, de werking en de opdrachten van de justitiehuisen en van de bevoegde dienst die de uitwerking en de opvolging van het elektronisch toezicht verzekert.

Niettemin bepaalt de federale overheid de opdrachten die de justitiehuisen of, in voorkomend geval, de andere diensten van de gemeenschappen die deze overnemen, uitoefenen in het kader van de gerechtelijke procedure of de uitvoering van gerechtelijke beslissingen.

IV. De gezinsbijslagen.

V. De filmkeuring, met het oog op de toegang van minderjarigen tot bioscoopzalen.

§ 2. De gemeenschapsregeringen brengen de bevoegde federale overheid op de hoogte van hun beslissingen inzake erkenning, sluiting en investeringen betreffende de aangelegenheden bedoeld in § 1, I, 1°;

§ 3. Er wordt een overlegorgaan voor het gezondheidsbeleid opgericht in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad.
Dit overlegorgaan groepeerde de vertegenwoordigers van de (Gemeenschapsregeringen) en van de bevoegde (federale overheid).
Zijn samenstelling en opdrachten worden bepaald bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit. Dit koninklijk besluit zal toezien op de aanwezigheid van vertegenwoordigers van het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad

Meer documentatie

A. Over de Belgische situatie

Hierbij volgt een overzicht van nuttige documentatie over de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg en gezondheidsbeleid in België. In deze selectieve bibliografie vermelden we vooral documentatie die dateert van na de Zesde Staatshervorming.

Boeken

K. REYBROECK en S. SOTTIAUX, *De federale bevoegdheden*, Antwerpen, Intersentia, 2019.

A. ALEN (ed.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, Brugge, Die Keure, 2014.

S. CALLENS en J. PEERS (eds.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2015.

Hoofdstukken in boeken

A.-S. RENSON, "Soins de santé", in M. UYTENDAELE en M. VERDUSSEN, *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Brussel, Larcier, 2018, 822.

C. DECOSTER, "Ontwikkelingen in de ziekenhuiswetgeving en sleutelrol van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid" in F. LIPPENS, *Het geheel is meer dan de som van de delen*, Gent, Skribis, 2019, 3-101.

S. LIERMAN, "Rechtsbronnen en rechtsbeginselen in de gezondheidszorg" (met paragraaf over bevoegdheidsverdelende regels in de gezondheidszorg) in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht. Volume I. Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 3-39.

J. VAN NIEUWENHOVE, "De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg", in A. ALEN (ed.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, Brugge, Die Keure, 2014, 393-412.

S. VANSTEENKISTE, "Het gezondheidsbeleid" in G. VAN HAEGENDOREN en B. SUETIN (eds.), *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, Brugge, Die Keure, 2001, 156.

W. PAS, "Algemene beschouwingen over de bevoegdheidsverdeling in het kader van de Zesde Staatshervorming" in A. ALEN en B. DALLE (eds.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 343-371.

Artikelen in tijdschriften

J. VAN NIEUWENHOVE, "De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap", *Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid*, 2015, 269-310.

M. NEELEN, "Vlaams gezondheidsbeleid lijdt aan conceptitis", *Samenleving & Politiek*, 2019, 11-16.

Websites

Interministeriële conferentie

<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/interministeriele-conferentie/interministeriele-conferentie-volksgezondheid> (met de tekst van 3 samenwerkingssakkoorden, 82 protocolakkoorden, 51 avenanten op protocolakkoorden en 17

gemeenschappelijke verklaringen)

Agentschap Zorg en Gezondheid

www.zorg-en-gezondheid.be

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

www.health.belgium.be/nl/gezondheid

B. Over gezondheidszorg in Duitsland, Denemarken en Spanje

AVANZAS, P., PASCUAL, I. en MORIS, C., "The great challenge of the public health system in Spain", *JTD* 2017, afl. 9, vol. 6, 1-5.

BERNAL-DELGADO, E. en GARCÍA-ARMESTO, S. (eds.), "Spain: Health system review", *Health Systems in Transition* 2018, afl. 20, vol. 2, 1-178.

BHATIA, V., en HAUSSMAN, M., "Internal variations in health-care federalism in Canada and the United States", *Fédéralisme Régionalisme* 2014, afl. 14, 1-10.

BUSSE, R. en BLÜMEL, M., "Germany: Health system review", *Health Systems in Transition* 2014, afl. 16, vol. 2, 1-296.

EUROPEAN COMMISSION (ed.), "Denmark: Health care & long-term care systems", *The joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability* 2016, afl. 37, vol. 2, 63-69 en 322-327.

EUROPEAN COMMISSION (ed.), "Germany: Health care & long-term care systems", *The joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability* 2016, afl. 37, vol. 2, 97-105 en 349-354.

EUROPEAN COMMISSION (ed.), "Spain: Health care & long-term care systems", *The joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability* 2016, afl. 37, vol. 2, 247-255 en 453-461.

GÖPFFARTH, D. en HENKE, K.D., "The German Central Health Fund – Recent developments in health care financing in Germany", *Health Policy* 2013, afl. 109, 246-252.

OECD (ed.), "Assesment and recommendations" in *OECD reviews of health care quality: Denmark 2013: Raising standards*, Paris, OECD Publishing, 2013, 4-34.

OLEJAZ, M., en NIELSEN, A. J., "Denmark: Health system review", *Health Systems in Transition* 2012, afl. 14, vol. 2, 1-192.

PEDERSEN, J. E., "Health care in Denmark", Ministry of Health [Powerpoints], 19 p.

STOCK, S., "Integrated ambulatory specialist care – Germany's new health care sector", *N. Engl. J. Med.* 2015, afl. 372, vol. 19, 1781-1785.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.), "2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs)", 2018, <https://www.who.int/>.





Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be

