

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1996-1997

5 december 1996

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, GEZONDHEID EN GEZIN

Interpellatie van de heer Bart Vandendriessche tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de evaluatie van het protocol van 6 augustus 1993 tussen de federale regering en de gemeenschapsregeringen inzake het te voeren gezondheidsbeleid

Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin

Donderdag 5 december 1996

VOORZITTER : Mevrouw Trees Merckx-Van Goey

– *De interpellatie wordt gehouden om 14.18 uur.*

Interpellatie van de heer Bart Vandendriessche tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de evaluatie van het protocol van 6 augustus 1993 tussen de federale regering en de gemeenschapsregeringen inzake het te voeren gezondheidsbeleid

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van de heer Vandendriessche tot mevrouw Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de evaluatie van het protocol van 6 augustus 1993 tussen de federale regering en de gemeenschapsregeringen inzake het te voeren gezondheidsbeleid.

De heer Vandendriessche heeft het woord.

De heer Bart Vandendriessche : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dames en heren, de geruchtenmolen in verband met ons gezondheidsbeleid is nauwelijks bij te houden. Dagelijks worden door allerlei overheden, belangengroepen, en God en klein Pierke nieuwe denkkaders gelanceerd.

Een interpellatie over een protocolakkoord tussen de federale regering en de gemeenschapsregeringen uit 1993 is niet evident. Toch zijn er redenen genoeg. Ten eerste is er de geschiedenis, zij het dan de recente geschiedenis. Dat is een waardevolle wetenschap. Wie de geschiedenis niet kent, is gedoemd ze opnieuw te beleven, zo leert ons een boutade. De besprekingen over een nieuw protocolakkoord inzake gezondheidsbeleid zijn al enige maanden aan de gang. In die context is het interessant om de resultaten van het voorgaande protocol te evalueren.

Ongetwijfeld is het ook aangewezen het juridisch statuut van een dergelijk akkoord onder ogen te zien. Op dit ogenblik is het protocol ongeveer het enige instrument om eigen Vlaamse beleidsstandpunten te realiseren in samenhang met de ziekteverzekering. Nu de Vlaamse regering een uitgesproken eigen concept heeft inzake gezondheidsbeleid, is dit protocolakkoord des te belangrijker; zeker omdat uitdrukkelijk is gestipuleerd dat de gemeenschappen in functie van hun verschillende noden eigen beleidsprioriteiten kunnen bepalen.

Ten tweede dienen we als overheid regelmatig te onderzoeken of we hebben uitgevoerd wat we zijn overeengekomen, en of er moet worden bijgestuurd. We moeten vermijden dat we voortdurend van koers veranderen en van de grote opties afwijken om opportunistische redenen, die bijvoorbeeld tijds- en plaatsgebonden kunnen zijn. Op 6 augustus 1993 sloten de federale regering en de gemeenschapsregeringen een protocol over het gezondheidsbeleid. Ongetwijfeld waren de meeste maatregelen die dat akkoord aangekondigde, geïnspireerd door de bekommernis om het Riziv-budget te beheersen. De Vlaamse Gemeenschap heeft, binnen het kader van haar bevoegdheden, haar medewerking toegezegd.

Een moratoriumbesluit zou een aantal medische diensten inperken. Het betreft ziekenhuisafdelingen voor diagnose van wiegendood, diensten voor chronische hemodialyse, hartcatherisatiediensten en centra voor hartchirurgie. Weinig gebruikte en overvloedige ziekenhuisbedden voor acute opname zouden worden afgeschaft. Onder meer materniteits- en pediatriebedden, en V-bedden – bedden voor langdurige aandoeningen -, zouden volgens bepaalde equivalentieregels plaatsmaken voor geriatriebedden of S-bedden – bedden die worden gebruikt bij gespecialiseerde diensten, onder meer bij palliatieve zorgverlening of als RVT-bedden. De federale overheid zou samen met de gemeenschappen verzorgingsvormen ontwikkelen die ten huize

Vandendriessche

van de patiënt kunnen worden toegediend. Als voorbeeld werden onder meer aangehaald : de kortverblijven in RVT's, dagcentra, geïntegreerde diensten voor verzorging en hulp aan huis.

Nog maar eens werd aangekondigd dat het juridisch statuut van het dagziekenhuis zou worden uitgewerkt rond de ziekenhuisfunctie zelf, met aandacht voor onder meer erkenning, controle en kwaliteitsgarantie. Verder werden bepalingen opgenomen over ziekenhuizen met minder dan 150 bedden, gefuseerde instellingen, realisatie van bijkomende RVT-bedden, regelgeving, en palliatieve thuis- en ziekenhuiszorgen. Binnen drie maanden wordt terzake een verslag met concrete voorstellen van de commissie van deskundigen verwacht.

Ik citeer uit het besluit van het protocolakkoord. De federale staat en de gemeenschappen komen overeen op geregelde tijdstippen een overleg te voeren en dit onder meer over de wijze waarop aan dit protocol uitvoering wordt gegeven. In dit kader wordt, vanaf heden, met inachtneming van eenieiders bevoegdheid, een commissie opgericht die samengesteld is uit de verschillende betrokken administraties. Einde citaat.

In allerlei besprekingen zijn heel wat van de geciteerde dossiers fragmentarisch behandeld. Men zou deze interpellatie kunnen verwijten platgetreden paden te begaan. Mijn bedoeling is evenwel niet zozeer om een detailstudie op te stellen, maar om een algemeen beeld te krijgen van een aantal recente ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid. De talloze disparate signalen en verklaringen zijn voor een eenvoudig parlementslid niet altijd makkelijk te situeren.

Daarom wil ik u volgende vragen stellen, mevrouw de minister. Wat is eigenlijk de waarde en de betekenis van dergelijk protocol ? Is het afdwingbaar, en van welke partijen ? Op welke rechtsgrond baseert de minister zich om een protocol te kunnen afsluiten ? Is de goedkeuring aan een bepaalde procedure onderworpen ? Hoe is het overleg met de federale regering en de andere gemeenschapsregeringen omtrent de uitvoering van dit protocolakkoord verlopen ? Wordt de inbreng van de Vlaamse regering voldoende naar waarde geschat ? Wat is de gemiddelde intensiteit van de overlegbesprekingen ? Wordt de Vlaamse regering op gestructureerde wijze betrokken bij federale beslissingen inzake begrotingkwesties die verband houden met dit protocol ?

Welke doelstellingen uit het protocol werden inmiddels verwezenlijkt ? Welke doelstellingen werden niet verwezenlijkt, en waarom niet ? Wat zijn meer bepaald de knelpunten bij de volgende doelstellingen ? Gaat het bijvoorbeeld om het blokkeren van medische diensten ; het ontwikkelen van verzorgingsvormen die de verzorging van de patiënt thuis beogen ; de herziening van de programmatiecriteria van RVT-bedden ; de uitwerking van het juridisch statuut voor het dagziekenhuis ; de regelgeving voor en de uitvoering van palliatieve zorgverlening ? Welke initiatieven neemt de Vlaamse regering ten slotte om die doelstellingen alsnog te verwezenlijken ?

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, geachte collega's, ik zal proberen om een zo uitvoerig mogelijk antwoord geven. Ik zal beginnen met de vraag over de waarde van het protocol waarover u het had, mijnheer Vandendriessche. De publicatie ervan in het Belgisch Staatsblad dateert van 28 september 1993. Het protocol zelf draagt als datum 28 juli 1993. Het is voortgekomen uit de methode die vroeger reeds werd aangewend in de gezondheidssector. Zo werd op 15 juni 1989 een protocol afgesloten tussen de federale ministers en de gemeenschapsminister bevoegd voor het gezondheidsbeleid. Het ging toen eigenlijk om twee protocollen : enerzijds dat over de kalender der infrastructuurwerken, zoals bedoeld in artikel 46bis van de Ziekenhuiswet, en anderzijds dat over het te voeren gezondheidsbeleid in ziekenhuizen en RVT's.

Beide protocollen werden gepubliceerd in het Staatsblad van 24 januari 1990. Ze moeten worden gezien als politieke beleidsakkoorden, waarbij het woord politiek niet als partijpolitiek mag worden opgevat. Ze hebben geen bindende kracht, en behoren als dusdanig niet tot de Belgische of Vlaamse rechtsorde – ook niet na hun uitvoering. De inhoud van deze protocollen wordt gerealiseerd door de federale overheid, en meer bepaald door de ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Zij vertalen die inhoud in koninklijke en ministeriële besluiten, die normaal in het Belgisch Staatsblad verschijnen. Anders gesteld : dankzij deze publicatie heeft men een instrument om de naleving van een protocol te controleren.

Conform de vaste bevoegdheidsverdeling binnen de staatshervorming nemen de gemeenschapsministers vervolgens ministeriële besluiten. Daarna worden de federale en ministeriële besluiten op

Demeester-De Meyer

individuele dossiers toegepast. Eerst is er dus het afsluiten van het protocol, een beleidsakkoord tussen de verschillende niveaus. Als de gepubliceerde koninklijke besluiten conform het protocol zijn, kunnen de gemeenschapsministers ministeriële besluiten treffen. Op basis daarvan worden de individuele dossiers in uitvoering van de afgesloten protocollen erkent.

Ook de afdeling wetgeving van de Raad van State heeft in een advies van 13 november 1991, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 24 december 1991, bevestigd dat dergelijke protocollen geen wettelijke waarde bezitten. Dat is niet onbelangrijk.

Om dergelijke protocollen af te sluiten, baseert de Vlaamse minister zich op de artikels 1 en 2, paragraaf 1, ten eerste, van het besluit van de Vlaamse regering tot delegatie van beslissingsbevoegdheden aan de leden van de Vlaamse regering. Dit is een delegatiebesluit daterend van 20 oktober 1992. Hiermee heb ik dus de procedure geduid.

Hoe is dit alles dan in zijn werk gegaan? De eerste protocollen dateren van 1990. Nadien heeft er overleg plaatsgevonden tussen de federale overheid en de gemeenschappen, eerst na het protocol van 1990 en later ook na dat van 1993. Het ene jaar gebeurde dit intenser dan het andere. De intensiteit stond niet altijd in verhouding tot de te behandelen onderwerpen. Voor de sluiting van overtalige ziekenhuisbedden voor acute opname werd geregeld samengewerkt. De gemeenschappen konden erover waken dat de federale regels in elk landsgedeelte op dezelfde manier werden geïnterpreteerd en toegepast.

In dit verband moet ik erop wijzen dat er drie soorten van overleg zijn. Ten eerste is er het overleg vanuit de administratie. De tweede vorm van overleg is gesitueerd op het niveau van de medewerkers van de ministers. Ten derde overleggen de ministers zelf. In het laatste geval kunnen we nog een onderscheid maken tussen het formele overleg – in de interministeriële conferentie – en het informele overleg. Met toenmalig minister Moureaux hebben we nooit een dergelijk overleg – formeel of informeel – tot stand kunnen brengen. Met zijn opvolgers hebben we wel resultaten geboekt. Momenteel plegen we geregeld informeel overleg met de Waalse minister van Sociale Zaken, waarbij we oplossingen zoeken voor bestaande problemen, in plaats van er nieuwe te creëren.

Een aantal andere zaken, zoals de V-reconversie en de blokkering van sommige medische diensten, werden besproken op interministeriële conferenties. Het gaat hier dus wel degelijk over een formeel overleg. In dit verband waren er interministeriële conferenties op 22 februari 1994, 3 mei 1994 en 5 juli 1994. Deze overlegondes hebben natuurlijk niet altijd tot onderlinge akkoorden geleid; ze maken immers veelal deel uit van langdurige procedures. Dat ze niet altijd tot akkoorden leiden, is gedeeltelijk te wijten aan de doorgaans te korte voorbereidingstijd die de federale overheid de gemeenschappen biedt om ontwerp-teksten te bekijken. Dat is een probleem waar ik voortdurend op wijs. Ook de gemeenschappen moeten in staat zijn om na te kijken of de voorliggende teksten in overeenstemming zijn met de basiswetgeving en met de heersende dynamiek binnen de gemeenschappen zelf.

Anderzijds is het ook te wijten aan verschillen in visie tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Bijvoorbeeld waren er tijdens de vorige regeerperiode al heel wat discussies over de medisch-technische diensten. Vlaanderen, Wallonië en Brussel gaven toen soms blijk van verschillende zienswijzen, onder meer inzake de beheersing van de hartcentra. Daardoor is het niet altijd eenvoudig om snel tot een akkoord te komen. Ook inzake de RVT-sector liepen de standpunten duidelijk uiteen. Ik zal straks nog even terugkomen op de huidige onderhandelingen over deze sector.

De volgende interministeriële conferenties werden gehouden op 5 december 1994 en 15 februari 1995, en dateren dus nog uit de vorige regeerperiode. Met de huidige regering vonden er conferenties plaats op 10 oktober 1995 en 7 mei 1996. Ik heb er reeds op gewezen dat met deze interministeriële conferenties niet altijd directe resultaten worden geboekt. Naast de al aangehaalde voorbeelden, bleken er ook verschillende standpunten te bestaan inzake dagziekenhuizen, peer-review en alternatieve verzorgingsvormen. Verder heeft de federale regering het federale actieplan toxicomanie goedgekeurd zonder het minste overleg met de gemeenschappen, alhoewel ook de gemeenschappen invulling kunnen geven aan een groot aantal elementen uit dit actieplan.

Ik kom nu tot een cruciaal punt. Als de federale regering in het kader van haar begroting besluit om bepaalde besparingen op te leggen, bijvoorbeeld in de gezondheids- of de bejaardensector, gebeurt dit zonder enige vorm van overleg met de gemeenschappen. Het kan voorvallen dat ze voor de uitvoering van die besparingen de medewerking

Demeester-De Meyer

van de gemeenschappen nodig heeft. Ze heeft die bijvoorbeeld nodig om concrete besluiten tot intrekking van erkenning of planning in ziekenhuizen te nemen. Het is dan absoluut noodzakelijk dat daarover een protocol wordt uitgewerkt voordat de federale ministers hun uitvoeringsbesluiten in het Staatsblad publiceren. Een bepaald uitvoeringsbesluit kan immers impliceren dat de individuele ministers van de Vlaamse regering of de Franse gemeenschapsregering in de afzonderlijke dossiers besluiten moeten nemen. In zo een geval is voorafgaand overleg uiteraard noodzakelijk. Ook moet het advies worden gevraagd van de Nationale Raad voor Ziekenhuizen. Dit gebeurt meestal na de ondertekening van het protocol. Vanaf dan worden de gemeenschappen niet langer bij de beslissingen betrokken. Ze zijn immers niet vertegenwoordigd in die Nationale Raad. Dit heeft natuurlijk wel een bijkomende moeilijkheid in de procedure tot gevolg.

U vraagt of er naast de interministeriële conferenties nog andere formele gestructureerde overlegmomenten zijn. Het antwoord op deze vraag is neen.

U verwijst naar een aantal concrete omstandigheden. Ik heb een lijstje gemaakt van wat er ter uitvoering van een dergelijk protocol is gebeurd. Een eerste voorbeeld is de blokkering van de ziekenhuisafdelingen voor de diagnose van wiegendood. Het moratorium werd ingevoerd bij koninklijk besluit van 8 juli 1993 en van 7 september 1993, in het Staatsblad gepubliceerd respectievelijk in augustus en oktober van datzelfde jaar. In 1994 werd het moratorium door de Raad van State vernietigd, wat in hetzelfde jaar in het Staatsblad werd gepubliceerd. Die moratoria werden opnieuw ingevoerd door de inlassing van artikel 67 ter in de Ziekenhuiswet. Die inlassing resulteerde uit de wet van 21 december 1994 houdende sociale en diverse bepalingen.

Een ander voorbeeld is de blokkering van de chronische hemodialyse en de collectieve autodialyse buiten het ziekenhuis. Dit moratorium werd ingevoerd bij koninklijk besluit van juli 1993. Het werd vernietigd door de Raad van State in maart 1994. Door de inlassing in de Ziekenhuiswet van artikel 44 bis en ter, ten gevolge van de bovenvermelde wet van 21 december 1994, werd dit opnieuw ingevoerd. Ten slotte is er het koninklijk besluit van maart 1995 dat de blokkering opheft voor autodialyseudiensten op de campus van het ziekenhuis waar de voogddienst zich bevindt.

Een volgend voorbeeld is de blokkering van de hartcatheterisatiediensten, ingevoerd bij koninklijk besluit van juli 1993, vernietigd door de Raad van State in december 1993 en gepubliceerd in maart 1994, opnieuw ingevoerd door hetzelfde artikel 44 bis en 44 ter van de wet van 21 december 1994.

Er zijn dan nieuwe erkenningsnormen voor de hartcentra ontstaan, die werden opgenomen in het koninklijk besluit van maart 1995. In maart 1995 werd bovendien een koninklijk besluit gepubliceerd over afwijkingen op het moratorium. Dan zijn er nog de nieuwe besluiten zoals het koninklijk besluit van 19 oktober 1993 omtrent blokkade van hartchirurgie.

Bekijkt men deze geschiedenis in haar geheel, dan merkt men het volgende : zelfs wanneer een gemeenschap een bepaalde visie ontwikkelt, wanneer er daaromtrent dan in de mate van het mogelijke door middel van protocollen akkoorden worden afgesloten en daar een uitvoering uit volgt, dan wordt na de publicatie van een koninklijk besluit een beroep ingesteld bij de Raad van State. Die moratoria zijn daar een heel mooi voorbeeld van. We zitten dus opgescheept met een proces dat anderhalf tot twee jaar duurt, alvorens we datgene waaromtrent werd onderhandeld en waaromtrent een akkoord werd bereikt, kunnen uitvoeren. Ik haal dit voorbeeld aan omdat ik weet dat het tot veel discussie heeft geleid en dat terzake hoe dan ook een verschil in visie bestond tussen de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap, net zoals tussen de respectievelijke regeringen.

Een ander element is de sluiting van overtallige ziekenhuizen, door toepassing van het aanvullende normenbesluit van 30 januari 1989. De erkenningen werden herroepen met ingang van 1 maart 1994. De federale uitvoeringsbesluiten hebben op enkele punten – ik denk bijvoorbeeld aan de activiteitsniveaus in de M- en E-diensten, de materniteit en de pediatrie dus – nuances aangebracht aan de inhoud van het protocol. Meestal gebeurde dit na overleg met de gemeenschappen. Een ander element is bijvoorbeeld de V-reconversie, die werd verwezenlijkt door uitvoering van de uitvoeringsbesluiten van 12 oktober 1993. Het is een reconversie naar wat we de Sp-diensten of speciaaldiensten hebben genoemd.

Alternatieve verzorgingsvormen kwamen nog niet aan de orde op een interministeriële conferentie. De bespreking zou gebeuren op basis van een omstandig rapport van een werkgroep waarin de gemeenschappen waren vertegenwoordigd. Er is dus geen duidelijke uitvoering of gevolg. Het

Demeester-De Meyer

gebeurt ook meermaals dat onderwerpen worden ingeleid en in samenspraak met het federale niveau op gemeenschapsniveau worden besproken, maar dat het eigenlijk nooit tot een protocol komt. Zoals u zei, vormde het voorbeeld van het statuut van een dagziekenhuis, waarnaar u verwijst, het onderwerp van een aantal conferenties. Verder werd dit dan voorbereid door federale instanties. Daarover heb ik respectievelijk met de minister van Volksgezondheid en de minister van Sociale Zaken informeel afzonderlijk overleg gepleegd. Hoewel we het op ministerieel niveau in essentie eens zijn, was het onmogelijk vooruitgang te boeken omdat er onenigheid zou bestaan in het kader van het Riziv. Men kan immers een protocol afsluiten en een koninklijk besluit opstellen, maar als het Riziv het er niet mee eens is, dan is de zaak opnieuw geblokkeerd. Hoewel we dus al minstens twee jaar discussiëren over het dagziekenhuis, moet ik zeggen dat het koninklijk besluit op dit punt nog altijd geen feit is. Ik herinner me al in 1995 met beide ministers te hebben onderhandeld en – theoretisch – een akkoord te hebben bereikt. De federale overheid heeft wel regels ingevoerd betreffende de financiering van de ziekenhuizen, waarbij de mate van zorgsubstitutie naar dagbehandeling wordt beloond. Hieromtrent vond géén voorafgaand overleg met de gemeenschappen plaats.

Een duidelijk beleid ter bevordering van de thuisverzorging stond nog niet op de agenda van de diverse overheden. Wel heeft het Riziv op dit vlak bepaalde nomenclatuurfinancieringen verbeterd, maar dit gebeurde ook zonder voorafgaand overleg : dit niettegenstaande het feit dat er ook op het vlak van de thuisverzorging een dringende behoefte is aan zulk overleg. Naarmate de thuisverzorging beter is uitgebouwd, heeft dit immers een weerslag op andere domeinen in de gezondheidszorg. De thuisverzorging heeft natuurlijk ook een zeer rechtstreekse impact op het gemeenschapsniveau. In het kader van de samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg vindt er bijvoorbeeld overleg plaats. Betreffende de diensten van het Wit-Gele Kruis, de diensten van de welzijns-, gezins- en bejaardenhulp en dies meer staan we qua overleg echter nog niet ver.

Betreffende palliatieve zorgen vonden er langdurige onderhandelingen plaats. Aan onze kant resulteerde dit op 3 mei 1995 in een besluit van de Vlaamse regering houdende erkenning en subsidiëring van de palliatieve netwerken. Dit wordt volop toegepast. Normaliter zouden er binnenkort dan federale ontwerpen van wet moeten volgen inzake

palliatieve netwerken binnen erkenningnormen voor SP-palliatieve diensten en de programmatie van SP-palliatieve teams. Deze werden echter nog niet ingediend. Er is het koninklijk besluit waarover we tijdens de interministeriële conferentie van mei 1996 gezamenlijk hebben onderhandeld en waarover we een volledig akkoord hebben bereikt. Dit koninklijk besluit, waarvan de inhoud het onderwerp heeft uitgemaakt van vrij langdurige onderhandelingen, werd door de diverse partijen ondertekend. Het is nog steeds niet goedgekeurd of gepubliceerd, enerzijds omdat er bij de Raad van State een procedure zou lopen, anderzijds omdat er naar verluidt een budgettaire probleem zou bestaan. Daaromtrent beschik ik over verschillende gegevens. Ik herhaal dat ik me tegenover deze commissie heb verbonden tot het volgende : mocht er in de zomer van 1997 nog steeds geen koninklijk besluit bestaan dat voor een bijkomende financiering zorgt, dan zal het Vlaamse niveau ervoor zorgen dat de erkende netwerken worden voorzien van additionele, aanvullende krachten.

Ook inzake de programmering van de RVT's zijn we volop aan het onderhandelen. Deze onderhandelingen bevinden zich nog steeds in de fase van de voorbereidende werkzaamheden. Toch werden hieromtrent al een vijf- tot zestal werkgroepen bijeengeroepen. De vraag rijst hoe we dat moeten aanleggen : de RVT's hebben namelijk ook iets te maken met ouderenzorg. Derhalve wordt op het Vlaamse niveau eerst onderhandeld tussen de minister van Welzijn en de minister van Gezondheidsbeleid. Het gezamenlijk akkoord dat we op die manier bereiken, wordt nadien aan die werkgroepen voorgelegd. Een akkoord bleef evenwel uit omdat er tussen Wallonië en Vlaanderen een zeer groot verschil in denkwijze bestaat over hoe RVT's moeten worden georganiseerd. Voor mij betekent dit zonder meer dat men heel dringend moet overgaan tot een federalisering van deze problematiek : ons concept inzake ouderenzorg verschilt immers volkomen van het Waalse. Dat heeft uiteraard iets te maken met het zeer actieve beleid dat gedurende de voorbije zeven jaar werd gevoerd, te beginnen met de alternatieve financiering van de heer Lenssens en vervolgens de zeer actieve conceptgerichte politiek van de vorige regering : zo werden er meer extramurale en transmurale diensten geconcipieerd in Vlaanderen dan in Wallonië.

Tijdens de vermelde ministeriële conferenties verdedigt de Vlaamse regering steeds de eigen standpunten. Uiteraard gebeurt dat ook bij de op dit ogenblik gevoerde onderhandelingen over het nieuwe protocol met betrekking tot de ziekenhuis-

Demeester-De Meyer

sector. Voor dit laatste protocol lijkt het me zeer waarschijnlijk dat we, op een tweetal details na, akkoorden terzake kunnen sluiten. Ter informatie en ook omdat we dit al hebben aangehaald in de commissie – de voorzitter heeft er trouwens ook een mondelinge vraag over gesteld in het parlement – : het cijferfetisjisme werd inderdaad opgegeven. Het beruchte cijfer van 200 bedden werd niet meer in het protocol opgenomen. Het standpunt dat in deze werd verdedigd door de Vlaamse regering heeft het dus gehaald, en zodoende gaat men nu eerder uit van concepten dan van cijfers. Hiermee wil ik natuurlijk geenszins impliceren dat er gedurende de komende periode geen nieuwe evolutie zal plaatsvinden inzake het concept ziekenhuizen of dat er geen herstructurering van het ziekenhuislandschap zal moeten plaatsvinden : daar ik geen onjuiste indruk wil wekken, voeg ik dat er meteen aan toe.

De Vlaamse en de federale overheid proberen samen concepten uit te werken, maar de federale wetgeving kan pas worden gewijzigd als daarover een akkoord wordt bereikt. De federale overheid heeft nog altijd de eindbeslissing in handen. De besluiten inzake palliatieve netwerken zijn hiervan een voorbeeld. Na het akkoord kwamen wij onmiddellijk ons deel van de afspraken na, maar de federale overheid deed dat niet.

Ik verwacht op lange termijn een enorme evolutie in het ziekenhuis- en ouderenzorglandschap, zelfs zonder de federalisering. We willen immers een beleid van bouwsubsidies voeren. Dat zal ook in functie van het te verwachten ziekenhuisbeleid gebeuren. Zo zal de evolutie van de medisch-technische diensten bijvoorbeeld de echte noden moeten volgen. Als men ervan uitgaat dat het aantal daghospitalisaties zal stijgen, zal dit een van de belangrijke criteria worden bij de beoordeling van de masterplannen van ziekenhuizen. We bouwen immers geen ziekenhuizen voor vandaag maar voor het jaar 2005, en zullen daar ook rekening mee houden bij de beoordeling van de nu voorliggende masterplannen, waarvan de eventuele goedkeuring in 1997 moet plaatsvinden.

Ik wil een voorbeeld aanhalen uit uw regio, mijnheer Vandendriessche. Ik heb het genoeg gehad een muur te mogen afbreken tussen twee ziekenhuizen die aan het fusioneren zijn. Dat is een grote stap in de geschiedenis. De eindfase van het masterplan van deze ziekenhuizen situeert zich in het jaar 2004. Het concept van de constructie is met het oog op het stijgend aantal daghospitalisaties,

totaal anders dan bij de klassieke hospitalisatie. De Vlaamse overheid zal het beleid sterk in die zin concretiseren. U zult morgen trouwens allemaal – net als de ziekenhuizen zelf – de resultaten van een enquête in uw brievenbus vinden, die alle aangeschreven ziekenhuizen hebben beantwoord. Het rapport geeft dus de situatie weer van alle Vlaamse ziekenhuizen. We kunnen daarop enkele verdere stappen baseren en op onze manier een bijdrage leveren aan de gezondheidszorg van de toekomst in dienst van de cliënten en patiënten.

De voorzitter : De heer Vandendriessche heeft het woord.

De heer Bart Vandendriessche : Ik dank u voor uw omstandig antwoord, mevrouw de minister. Het geeft inzicht in de procedure en verklaart waarom deze dossiers zo traag vorderen. Ik blijf de impact van de federale overheid betreuren.

Ik betreur eveneens de situatie van de dagziekenhuizen. Deze bewijst hoe verkeerd we zitten. De patiënten, de zorgverstrekkers en de ziekenhuizen zijn geneigd te kiezen voor dagopnames. Onze regelgeving volgt deze evolutie niet. De heer De Groot en ikzelf hebben dit al herhaaldelijk aangekaart. Het is jammer dat we dit soort omwegen moeten afleggen om te voldoen aan de vraag en behoeften van de patiënten.

Kunt u zeggen in hoeverre het protocol is verwezenlijkt ? Kunt u daar een percentage op plakken ? Kunt u het protocol als instrument evalueren ? In de commissie voor Staatshervorming zei een niet onbelangrijk persoon dat dit protocol wel eens het werkinstrument zou kunnen zijn om de bevoegdheden inzake gezondheidsbeleid beter te kunnen hanteren.

De voorzitter : De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dames en heren, ik sluit me voor een groot stuk aan bij de repliek van de heer Vandendriessche. Het antwoord van de minister is inderdaad zeer verhelderend. Het gaat hier om een vrij complexe materie waar we als parlementsleden niet zo direct klaar in zien. De interpellatie en het antwoord hebben een mooi overzicht gegeven van de rechtskracht van die protocollen.

Is er geen methode denkbaar om geregeld informatie te krijgen van de minister over deze protocollen en hun werking ? We hopen alleszins dat de protocollen verder worden uitgevoerd. We pleiten in het algemeen voor verder overleg op geregelde

Swennen

tijdstippen met de federale instanties. We hopen dat die samenwerking optimaal kan worden voortgezet, rekening houdend met de bestaande bevoegdheden van de federale overheid en van de Vlaamse Gemeenschap. Men kan natuurlijk altijd dromen en dagdromen over de mogelijkheden van een verdere federalisering, maar hic et nunc moeten we de mogelijkheden realiseren die de bestaande situatie ons biedt, zoals ze constitutioneel en bij bijzondere wetten en weet ik veel wat nog allemaal, is vastgelegd.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, ik wil graag ingaan op de vraag van de heer Swennen om elke ondertekening van een protocol mee te delen aan de commissie. Het heeft natuurlijk geen zin om tussentijds verslag uit te brengen over de stand van zaken. Dit wordt immers al te snel door de feiten achterhaald. Maar zodra er voortaan een protocol wordt afgesloten, zullen we ervoor zorgen dat de tekst aan de commissie wordt overgemaakt.

U kunt er natuurlijk op rekenen dat we, ook in deze moeilijke omstandigheden, het overleg voortzetten. Momenteel is het immers het enige instrument waarover we beschikken, ook al ben ik me er terdege van bewust dat het geen goed instrument is, en dat het op termijn niet blijvend bruikbaar is. Als er tijdens een overleg verschillende visies ontstaan bij de twee gemeenschappen en op federaal niveau, is het zeer moeilijk om tot resultaten te komen. Met andere woorden, als het basisconcept door de betrokken partners op een verschillende manier wordt ingevuld, worden oplossingen die iedereen tevreden stellen, haast onmogelijk.

Een positief resultaat dat Vlaanderen met zijn eigen aanpak heeft bereikt, is bijvoorbeeld de geslaagde campagne van Kind en Gezin omtrent de wiegendood. Daarin werden drie regels vooropgesteld : ten eerste, rook niet in de kamer waar het kind slaapt ; ten tweede, leg het kind altijd op de rug ; ten derde, dek het niet te warm toe en gebruik zeker geen donsdeken. Dit zijn zeer eenvoudige, doch zeer doeltreffende adviezen. Als gevolg van deze campagne zijn de gevallen van wiegendood in Vlaanderen met meer dan een derde gedaald. U ziet dus dat Kind en Gezin wel degelijk goed werk levert.

De heer Bart Vandendriessche : Heeft dat ook niet met de centra te maken ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Neen, juist niet, denk ik. In deze zaak heb ik informatie gekregen van de huisartsen zelf, dus niet rechtstreeks van Kind en Gezin. De huisartsen zeggen heel duidelijk dat het verminderde aantal gevallen van wiegendood rechtstreeks te maken heeft met de campagne van Kind en Gezin.

Anderzijds is het wel zo dat er een moratorium is gekomen op het aantal wiegendoodcentra. Dit ging echter wel gepaard met het feit dat het gemiddeld aantal dagen dat men in de pediatriediensten moest bereiken, verhoogde. Ik ben natuurlijk geen specialist terzake. Ik kan alleen maar herhalen wat de huisartsen mij hebben gezegd : de daling van het aantal wiegendoodslachtoffers heeft rechtstreeks te maken met de campagne van Kind en Gezin.

Ik geef dit voorbeeld om aan te tonen dat er bij de gemeenschappen wel degelijk verschillende benaderingswijzen mogelijk zijn. Natuurlijk kunnen er ook binnen één gemeenschap verschillende meningen bestaan. Ik wil alleen maar het volgende duidelijk maken. Als een overheid in haar beleid op een bepaalde manier wil gaan werken, krijgt men duidelijk een ander concept van gezondheidszorg, waarin de link wordt gelegd tussen preventie en curatie.

Met dit alles heb ik alleen maar willen aantonen dat dit het enige bruikbare instrument is waarover we momenteel beschikken. Het is echter niet het instrument dat we op termijn kunnen behouden ; temeer daar bij dit overleg een groot aantal partners zijn betrokken : de vier Brusselse organen, de diverse gemeenschappen, de federale regering, de departementen Volksgezondheid en Sociale Zaken. En eigenlijk is de Riziv-partner daar dan nog niet bij geteld.

Mijnheer Swennen, ik ga er altijd van uit dat we oplossingen moeten vinden voor bestaande problemen, en dat we zelf geen problemen moeten creëren. Als er echter zoals nu zoveel partners om de tafel zitten, is dit de enige bruikbare weg, ook al is hij niet lang meer houdbaar. We moeten dit op een realistische manier inschatten, willen we in de toekomst een goed gezondheidsbeleid uitbouwen.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

[...]

– De vergadering wordt gesloten om 18.10 uur.