

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1984-1985

6 DECEMBER 1984

BELEIDSNOTA

Een vernieuwd Vlaams gezondheidsbeleid

ingediend door
de heer R. De Wulf,
Gemeenschapsminister van Gezondheidsbeleid

INHOUD

	Blz.
1. Uitgangspunten en opties	3
II. Concrete beleidsaspecten	
1. Extramuraal beleid	
1.1. Preventie	3
1.2. Zuigelingensterfte	4
1.3. Kankerbeleid	4
1.4. Dringende geneeskundige hulpverlening	5
1.5. Sportgeneeskunde	5
1.6. Centra Geestelijke Gezondheidszorg	6
2. Eerstelijnsgezondheidszorg	6
3. Gezondheidsregio's	6
4. Intramuraal beleid	
4.1. Programmeringscriteria van de algemene en psychiatrische ziekenhuisbedden	
4.2. Blokkering ziekenhuisbeddenbestand	7
4.3. Rust- en verzorgingstehuizen	
4.4. Overlegstructuur	8
III. Slotbeschouwing	8

1. UITGANGSPUNTEN EN OPTIES

Ingevolge de Staatshervorming hebben de Gemeenschappen eigen bevoegdheden op het vlak van het gezondheidsbeleid.

Bij het voeren van een vernieuwd **gezondheidsbeleid** in Vlaanderen dient men uit te gaan van een aantal belangrijke overwegingen, waarvan de eerste is dat het moet kaderen in een globale, coherente gezondheidspolitiek die uitgaat van de reële behoeften en noden van de bevolking. Sinds jaren immers heeft zich in Vlaanderen zoals in andere geïndustrialiseerde landen een gezondheidszorg ontwikkeld gebaseerd op de specialistische en intramurale geneeskunde ; waarbij het curatieve benadrukt werd. Gelukkig slaagde men erin de ambulante geneeskunde en de verzorging aan huis te behouden.

Zoals in de beleidsverklaring werd gesteld, dient de gezondheidszorg mensgericht te zijn, reden waarom, volgens een vrijwel algemeen aanvaarde consensus, meer aandacht moet gaan naar de primaire preventie. De eerstelijns moet uitgebouwd worden tot de eerste toegangspoort van een beleid dat dicht bij de patiënt staat en dat verder trapsgewijze moet worden georganiseerd.

Een bezinning over de grenzen van de gezondheidszorg is dan ook een eerste stap om deze weer op maat van de mens te kunnen snijden. De kwaliteit van het bestaan zal steeds meer aandacht gaan vragen.

Met de middelen waarover we beschikken is een doelmatig en humaan gezondheidsbeleid mogelijk, als we er toe komen een verschuiving te bewerkstelligen in de aanpak door structureel en organisatorisch in te grijpen.

Zo zal meer dan in het verleden, meer aandacht moeten gaan naar het positief bevorderen en beveiligen van de gezondheid, waarbij mede nadruk wordt gelegd op de eigen inbreng van de burger die verantwoordelijk moet kunnen opnemen voor zichzelf en zijn omgeving. In dit perspectief moet gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en ruim opgevatte preventie worden uitgebouwd. In dit verband zal sterk rekening moeten gehouden worden met de ongelijkheden ten aanzien van gezondheid en ziekte voortvloeiend uit verschillen in sociale situaties. Speciale aandacht zal dan ook moeten gaan naar risicogroepen en kansarmen.

Een kwalitatief uitgebouwde zorgenverstrekking kan overigens niet tot stand worden gebracht zonder de inbreng van alle betrokkenen en in het bijzonder van de patiënt die zelf verantwoordelijkheid moet kunnen opnemen voor zichzelf en zijn naaste omgeving.

Het is die wisselwerking tussen de Gemeenschap en het individu, als gelijkwaardige partners, die ook voor wat de volksgezondheid aangaat, tot de meest optimale resultaten zal leiden.

Voor de sector van de ziekenhuisvoorzieningen voor acute gezondheidszorg en de psychiatrische sector zijn aan een heronderzoek en een evaluatie toe. De onevenwichtige spreiding van het beddenbestand maakt niet alleen een selectieve afremming en

vermindering noodzakelijk maar zal een heroriëntering tot gevolg moeten hebben.

Zo moeten, ingevolge de sterke veroudering van de bevolking, meer voorzieningen gecreëerd worden voor geriatrisch zieken en voor zwaar zorgbehoevende bejaarden. De verwezenlijking van een meer coherent geheel van gezondheidsvoorzieningen zal met de nodige geleidelijkheid moeten geschieden, mede in functie van de financiële mogelijkheden.

Gelet op de respectieve bevoegdheden van Staat en Gemeenschappen inzake gezondheidszorg is nauw overleg tussen de verantwoordelijke instanties van de Gemeenschappen en de Nationale Overheid aangewezen.

II. CONCRETE BELEIDSASPECTEN

1. Extramuraal beleid

1.1. Preventie

De preventie moet worden georganiseerd rekening houdend met de bestaande ziekte- en sterftepatronen (hart- en vaatziekten, kanker, ongevallen) en met de riskante leefgewoonten (voeding, alcohol, drugs, roken...), waarbij speciale aandacht moet worden besteed aan risicogroepen en kansarmen.

Dit betekent dat een preventief gezondheidsbeleid meer moet inhouden dan enkel secundaire preventie (opsporing) en dat de primaire preventie (voorkomingsbeleid) meer en meer aan belang moet winnen.

Ter illustratie kan worden gewezen op :

- de bijna epidemische stijging van het alcoholverbruik in praktisch alle Europese landen, waarbij ons land boven het gemiddelde scoort ;
- het tabaksgebruik, dat in nauwe relatie staat met de ontwikkeling van longkankers, hart- en vaatziekten ;
- het toenemend aantal zelfmoorden in het merendeel van de Europese landen, vooral bij de jongere leeftijdscategorieën ;
- het overdreven gebruik en misbruik van geneesmiddelen ;
- de noodzaak meer aandacht te geven aan onze voedingsgewoonten. Meer en meer gegevens raken immers bekend over de relatie tussen de kwantitatieve en kwalitatieve eigenschappen van onze voeding met kanker, hart- en vaatziekten ;
- de stijging van het druggebruik in de geïndustrialiseerde landen en dat op steeds jongere leeftijd.

Daarbij moet wel worden aangestipt dat het preventief beleid dat zich terzake opdringt, moet geïntegreerd zijn in een totaal gezondheids- en welzijnsconcept, en ingebouwd worden in onder meer de eerstelijnsgezondheidszorg, het onderwijs en de mediapolitiek.

Preventie

In de preventie moet, naast de opsporing de nadruk gelegd worden op de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, waarbij vooral het accent wordt gelegd op het aanleren van een gezonde levensstijl, inspelend op ongezonde leefgewoonten (voeding, alcohol, roken, drugs, enz.). Dit dient te gebeuren door geïntegreerde acties van overheid, organisaties en instellingen, eerstelijnsgezondheidszorg, onderwijs en de media.

Medisch schooltoezicht

De nadruk wordt gelegd op de preventieve taken, die onder meer in samenwerking met de P.M.S.-centra en de schoolgemeenschappen gericht zijn op de totale gezondheid van de scholier, op de relatie leerling-schoolmilieu, op de riskante leefgewoonten en de integratie in de schoolgemeenschap. Doel is onze jeugd een gezondere levensstijl bij te brengen voor het latere leven. Wat vandaag gezaaid wordt zal morgen geoogst worden. Het opzetten van een degelijke medische registratie is daarbij een belangrijk werktuig.

Drugs, alcohol

Een inventarisering van de hulpverleningsvormen in Vlaanderen voor patiënten met problemen rond alcohol, drugs of geneesmiddelenmisbruik wijst erop dat voldoende instellingen en diensten curatief bezig zijn, maar dat vooral preventief moet ingegrepen worden. Aan de hand van hearings die nu worden georganiseerd met de Vereniging tegen Alcohol en Drugmisbruik (V.A.D.), de therapeutische gemeenschappen, de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en de intramurale diensten moet, via het opstellen van een aangepaste reglementering, een gecoördineerde actie tot stand worden gebracht.

Tuberculosebestrijding

De opsporingsstructuur van de tuberculoseorganisatie werd aangepast aan de behoefte van de tuberculosemorbiditeit, en toegepast op risicogroepen zoals bejaarden en sommige beroepen. Per provincie blijft 1 rondreizende eenheid bestaan om risicogroepen op te sporen. Daarbij blijven een reeks dispensaria functioneren die een rol vervullen in de socio-prophylaxie.

1.2. Zuigelingensterfte

De zuigelingensterfte in de leeftijd van 0 tot 12 maand bedraagt in ons land 11,19 ‰ wat een gemiddeld Europees cijfer is.

De perinatale sterfte echter, dit wil zeggen de sterfte bij de geboorte en tijdens de eerste week, bedraagt momenteel nog 12,51 ‰* en is dus duidelijk voor verbetering vatbaar.

Daarvoor is een geïntegreerd beleid nodig waarbij de bestaande materniteiten onderworpen worden aan een ernstige kwalitatieve evaluatie en de instelling Kind en Gezin functioneler betrokken wordt in het beleid. Meer aandacht moet worden besteed aan de begeleiding van zwangere vrouwen, door verpleegkundigen of vroedvrouwen, zodat zij een essentiële rol kunnen spelen in het opsporen van risico-zwangerschappen, en tevens aan psychisch-sociale begeleiding kunnen doen. Tenslotte moet de wetenschappelijke evaluatie worden gemaakt in de materniteit, het poly-klinisch bevallen en de thuisbevalling.

Zuigelingensterfte

Strengere normen moeten worden opgesteld voor de materniteiten, steunend op kwaliteitscriteria zoals : personeelsbezetting, continuïteit van de zorgen, medische apparatuur, aangepaste anesthesie, laboratorium, neonatale eenheid.

In uitvoering van het decreet zal de op te richten I.K.G. een belangrijke functie vervullen inzake de begeleiding van zwangere vrouwen. Een wetenschappelijke evaluatie is noodzakelijk over de mogelijkheden van poly-klinisch bevallen en thuisbevalling.

1.3. Kankerbeleid

Om de kankeropsporing in nieuwe banen te leiden werd aan de Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie opdracht gegeven daarvoor alle beschikbare krachten zo gecoördineerd en doeltreffend mogelijk in te zetten, aangepast aan de veranderde noden en behoeften op dit vlak, zodat, rekening houdend met de beperktheid van de beschikbare middelen, maximale resultaten kunnen worden behaald.

De huidige situatie is getekend door het feit dat kanker, nu de tweede voornaamste doodsoorzaak, als probleem nog dreigt toe te nemen door factoren als de veroudering van de bevolking en de mogelijke wijzigingen in leefgewoonten en/of leefmilieu.

De bedoeling om het belangrijke werk dat tot dan toe in gespreide slagorde werd verricht, om te zetten in een gezamenlijke strategie en met een visie op middellange en lange termijn, waarbij de secundaire preventie zoveel mogelijk via de eerstelijns en met name de huisarts zou verlopen, en coördinatie, ook met de nationale instanties, zou worden tot stand gebracht, is sindsdien op goede weg om verwezenlijkt te worden.

In de secundaire preventie (de vroegtijdige opsporing in het stadium waar genezing in de meeste gevallen nog mogelijk is) zal de vroegdetectie zowel door groeps- of individuele programma's worden opgezet, waarbij naast de gynaecologische ook andere kankers worden opgespoord. Een aantal pilootprojecten werden hiervoor opgezet. Tevens wordt alles in het werk gesteld om de vroegdetectie in te bouwen in de huisartsenpraktijk zodat via preventief ingrijpen op het niveau van de eerstelijns, een maximaal aantal mensen kan worden bereikt.

Daartoe wordt een monografie ter beschikking ge-

* Statistisch Jaarboek 1982

steld van alle Vlaamse huisartsen en een intensieve campagne gevoerd voor de navorming en de motivatie van de huisarts enerzijds, de voorlichting van het publiek anderzijds.

Gevolg gevend aan het feit dat er een onmiskenbare relatie bestaat tussen de kwantitatieve en kwalitatieve eigenschappen van onze consumptiepatronen, met name de voeding, en beschavingsziekten als kanker, is een ruime en algemene informatie naar de bevolking toe noodzakelijk. De campagne „Gezonde Voeding 1984” zet terzake aan tot een gezonder voedingspatroon en levensstijl.

Kankerbestrijding

De preventieve kankeropsporing vereist een gecoördineerde aanpak, zodat een gezamenlijke strategie, met een visie op lange termijn, kan leiden tot een coherent kankerbestrijdingsbeleid vanaf de opsporing tot en met de begeleiding na de behandeling.

Maximale resultaten worden beoogd door integratie in de eerstelijns en het betrekken van de huisarts in de primaire en secundaire preventie, samen met de sensibilisering van het publiek, onder meer met de hulp van de media.

Wetenschappelijk onderzoek naar de mogelijkheid meerdere kankervormen op te sporen worden opgezet via een reeks pilootprojecten ; en het oppuntstellen van de registratie moet waardevolle informatie opleveren over de oorzaken van verschillende vormen van kanker.

1.4. Dringende geneeskundige hulpverlening

De dringende hulpverlening wordt in ons land geregeld door de wet van 8 juli 1964 en het koninklijk besluit van 2 april 1965. Hierin geldt als basisregel dat de dispatcher van het 900-centrum het dichtstbijgelegen ziekenhuis aanduidt waarheen de patiënt moet gevoerd worden.

Zich baserend op de regel van de kortste afstand kan niettemin worden vastgesteld dat een welomschreven territoriumafbakening tot op heden ontbreekt en dat de organisatie van de hulpverlening in de praktijk mank loopt.

Tevens maakt de wetgeving geen gewag van enigerlei taalaanhorigheid der ziekenhuizen.

Dringende geneeskundige hulpverlening

Een efficiënte werking van de dringende geneeskundige hulpverlening vereist een functionele structuur, in die zin dat een optimale spreiding per regio tot stand komt van degelijk uitgeruste ziekenhuizen die over een permanente wachtdienst beschikken en die hiervoor als als dusdanig erkend zijn.

Hieruit vloeit de verplichting voort van de hulpdienst 900 zijn patiënten naar deze ziekenhuizen te vervoeren.evens moeten de huisartsen in de hulpdienst 900 ingeschakeld worden.

1.5. Sportgeneeskunde

In de sportgeneeskunde zal het accent gelegd worden op een aangepaste sportmedische begeleiding van de sportbeoefenaars.

In die optiek kadert de beoogde wijziging van de huidige reglementering tot deelneming en beoefening van jongeren aan wielervedstrijden en wedstrijden met motorvoertuigen, evenals de aanpassing van de huidige reglementering tot de beoefening van de bokssport.

Het is vanzelfsprekend dat de sportmedische begeleiding ook naar andere sporttakken moet doorgetrokken worden en dit in overleg met de Minister die de sport onder zijn bevoegdheid heeft.

In het verleden werd de gewone medische keuring als uitdrukkelijke voorwaarde tot subsidiëring van de sportfederaties gesteld. Met de uitvaardiging van het decreet van 2.3.1977 dat de erkenning en de subsidiëring van de landelijk georganiseerde sportverenigingen regelt worden de clubs verplicht hun aangesloten leden een medisch getuigschrift te doen voorleggen en degenen onder hen, die aan competitie doen, aan een geregeld medisch toezicht te onderwerpen. Voorlopig is dus die sportbeoefenaar die zich aansluit bij een erkende club verplicht een zogenaamde presportief onderzoek te ondergaan. Wat „geregeld medisch toezicht” inhoudt, wordt aan de federaties zelf overgelaten, die hun leden meestal verplichten tot een jaarlijks medisch onderzoek.

Sportgeneeskunde

De kwalitatieve verbetering van de sportgeneeskunde vereist de uitbouw van een volwaardige sportmedische begeleiding, in de eerste plaats door verdere uitvoering te geven aan het decreet van 2.3.1977 houdende regeling van de erkenning en de subsidiëring van de landelijk georganiseerde sportverenigingen. Hierbij is overleg vereist zowel binnen de Gemeenschap als met de Nationale Overheid.

Het probleem van doping stelt zich hoe langer hoe meer in alle sporttakken en bij steeds jongere sportbeoefenaars en vereist een krachtadig beleid dat snel kan reageren op de evolutie in dat vlak waardoor regelmatig andere en nieuwe substanties worden ontwikkeld die overheidsingrijpen soms zeer moeilijk maken.

Ook hier zijn bevoegdheidsbetwistingen een rem op een doelmatig beleid.

De zaak lijkt nochtans duidelijk, want hoewel de bijzondere wet van 8 augustus 1980 geen aanduiding geeft met betrekking tot de nationale materies inzake sportgeneeskundige controle stellen de voorbereidende parlementaire werken duidelijk dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor de medische sportcontrole.

De enge interpretatie van de Nationale Overheid stelt echter dat de opstelling en aanvulling van de lijst met verboden dopingsmiddelen verder onder de Nationale bevoegdheid ressorteert.

Afgezien van het feit dat deze instelling door de Gemeenschappen betwist wordt, dient de aandacht erop gevestigd te worden dat met meer dan 10 jaar vertraging bij koninklijk besluit van 26.2.1976 overgegaan werd tot de samenstelling van de anti-dopingscommissie.

Aangezien hun laatste vergadering plaats vond eind 1979 en er in februari 1982 niet overgegaan werd tot de hernieuwing van deze commissie, stelt zich de vraag in hoeverre het niet opportuun is tot de oprichting van een Vlaamse anti-dopingscommissie over te gaan, teneinde de lacunes, die ontstaan zijn wegens de inactiviteit van deze nationale commissie (onder meer wat betreft de aanvulling van de verboden substanties) op te vullen.

Het feit dat het dopingsgebruik zich niet meer beperkt tot competitiesport maar ook in niet competitieve sporten doordringt maakt ingrijpen des te noodzakelijker.

Doping

In het kader van een doeltreffend anti-dopingsbeleid dat door de Gemeenschap wordt gevoerd, moet de mogelijkheid open blijven de internationale normen en richtlijnen van de verboden substanties aan te vullen en te verstrengen.

Vermits de nationale anti-dopingscommissie sedert eind 1979 niet meer functioneert, is het absoluut noodzakelijk een Vlaamse antidopingscommissie op te richten, ten einde de lacunes die ondertussen zijn gebleken op te vullen.

1.6. Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Wat de extra-murale centra voor geestelijke gezondheidszorg betreft, gereguleerd bij koninklijk besluit van 20.3.1975 met het doel de opname van patiënten in een psychiatrische ziekenhuisdienst te voorkomen of in te korten door een degelijke nazorg, dient aangestipt te worden dat in overleg met het Vlaams Comité van Advies van de centra voor geestelijke gezondheidszorg gepoogd zal worden om bepaalde mankementen en lacunes weg te werken met het oog op de optimalisering van de bereikbaarheid, de organisatie van de crisisinterventie en de verbetering van de noodzakelijke coördinatie en samenwerking met andere diensten of instellingen uit de regio.

2. Eerstelijnsgezondheidszorg

De redenen om in de gezondheidszorg het accent te verschuiven van de intramurale naar de extramurale sector zijn reeds voldoende beklemtoond : veroudering van de bevolking, verandering in ziekte- en sterftepatroon, evolutie naar kleinschaligheid, integrale en humane benadering van de patiënt en de budgettaire realiteit (cfr. W.G.O.-adviezen, nationaal onderzoeksprogramma).

De uitbouw van een nieuw beleid is echter vooral nodig omdat de resultaten van de klassieke aanpak door nieuwe organisatorische maatregelen kunnen

worden geoptimaliseerd.

Mede om die redenen werd in oktober 1982 een werkgroep opgericht die als opdracht kreeg adviezen uit te brengen in verband met concrete beleidsmaatregelen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het eerste deeladvies kan momenteel reeds aanleiding geven tot maatregelen van wetgevende aard. In dit deeladvies wordt voorgesteld stimuleringsmaatregelen op punt te stellen voor de uitbouw en structurering van de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit dient te gebeuren op basis van duidelijke criteria : gemeenschappelijk dossier, gelijkwaardige inbreng van alle disciplines, ieder op zijn domein, (geneesheer, verpleegkundige, gezins- en bejaardenhulpster, sociale werker), kleinschaligheid en een minimale frekwentie van overleg en samenkomen. Overleg is echter nodig met de Nationale Overheid die over de budgettaire en normerende hefbomen beschikt om de thuishospitalisatie te stimuleren.

Eerstelijnsgezondheidszorg

De bestaande dienstverlening op de eerstelijns moet verzekerd blijven. Door een betere samenwerking tussen de verschillende diensten en professionelen op de eerste lijn kan de zorgverlening verbeterd worden. Deze samenwerkingsverbanden kunnen in verscheidene vormen functioneren.

Stimuleringsmaatregelen moeten op punt gesteld worden voor de uitbouw en structurering van de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit dient te gebeuren op basis van duidelijke criteria : gemeenschappelijk dossier, gelijkwaardige inbreng van alle disciplines, ieder op zijn domein, (geneesheer, verpleegkundige, gezins- en bejaardenhulpster, sociale werker), kleinschaligheid en een minimale frekwentie van overleg en samenkomen.

Wegens de bevoegdheid van Gemeenschapsminister van Gezin en Welzijn zal een structureel overleg op gang gebracht worden tussen de Gemeenschapsminister van Gezondheidsbeleid en de Gemeenschapsminister van Gezin en Welzijn in verband met de voorbereiding van wetgevende maatregelen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Overleg met de nationale overheid is eveneens nodig zowel voor wat betreft de uitvoering van artikel 5 van de wet van 1978 (thuishospitalisatie) als wat betreft mogelijke opname van de in de Gemeenschap uitgeteste initiatieven in de ziekteverzekering, zoals forfaitaire vergoeding van samenwerkingsverbanden en/of equipes in de eerstelijns.

3. Gezondheidsregio's

De eerste impuls voor het concretiseren van de idee van de gezondheidsregio's werd gegeven door het bestaande overaanbod in de ziekenhuissector. Het ontbreken van overleg tussen de verschillende ziekenhuizen of, erger nog, de onderlinge concurrentie, heeft meegebracht dat ziekenhuizen in eenzelfde regio, gemeente, en andere . . . beschikken over hetzelfde arsenaal aan medische apparatuur. Ingrijpen is dus noodzakelijk, ook al door de beperktheid van de

budgettaire middelen.

De laatste twee jaar werd op verschillende plaatsen overleg verplicht zowel voor de afbouw van bedden als voor de spreiding van medische apparatuur. Er is nood aan verdere structurering van dit overleg.

Omdat de ziekenhuisregio's niet altijd beantwoorden aan reële functionele entiteiten blijkt een regionale planning noodzakelijk waarbij rekening wordt gehouden zowel met de intramurale als de extramurale voorzieningen, dit na vaststelling van de behoeften (cfr. de bejaardenproblematiek).

Uit het noodzakelijke ziekenhuisoverleg, het herschikken van de ziekenhuisregio's en de noodzaak intramurale en extramurale voorzieningen op elkaar te laten inspelen groeide de idee van de gezondheidsregio's. Doel is alle betrokkenen samen te brengen om de bestaande voorzieningen zo doeltreffend, planmatig en voordelig mogelijk op elkaar te doen afstemmen, dit met participatie van de bevolking. Een wetenschappelijk onderzoek gevoerd door een interuniversitaire equipe stelt dit momenteel op punt.

Gezondheidsregio's

Het vaststellen van gezondheidsregio's als functionele entiteiten binnen de gezondheidszorg beantwoordt aan de noodzaak intra- en extramurale voorzieningen zo doeltreffend mogelijk op elkaar te laten inspelen, rekening houdend met de bestaande behoeften.

Doel is een vlotte samenwerking zowel onderling als tussen de eerste en tweede lijn en een vlotte overgang van de ene naar de andere trap. Wat de bevoegdheid van de Gemeenschapsminister van Gezin en Welzijnzorg betreft inzake de organisatie van welzijnsvoorzieningen is een structureel overleg noodzakelijk tussen de Gemeenschapsministers van Gezondheidsbeleid en Gezin en Welzijnzorg, in verband met de uitbouw van gezondheidsregio's.

4. Intramuraal beleid

4.1. Programmeringscriteria van de algemene en psychiatrische ziekenhuisbedden

Het gezondheidsbeleid, en dus ook het ziekenhuisbeleid, moet inspelen op de behoeften van de Vlaamse bevolking.

Voor zover het mogelijk is objectieve criteria aan te leggen om een optimaal beddenbestand vast te leggen, dienen alleszins de nationaal vastgelegde algemene normen, die de behoeften meten te worden heronderzocht en geactualiseerd. Zij dienen verder aangepast te worden aan de eigen noden en behoeften van de Vlaamse bevolking met het oog op een beter verantwoorde verdeling per regio en per discipline.

Meer speciaal met betrekking tot de psychiatrische instellingen dient per provincie en per instelling een evaluatie gemaakt van de groei van het patiëntenbestand naar de vastgelegde programmeringscijfers

enerzijds en het aantal erkende bedden anderzijds.

De Vlaamse commissie voor ziekenhuisprogrammering werd gevraagd een advies uit te brengen dat als basis kan dienen voor een meer rationeel opgevatte verpleegstructuur en programmering binnen de Vlaamse Gemeenschap. Daarenboven moeten deze criteria regelmatig geëvalueerd worden zodat zij aanleiding kunnen geven tot een soepele aanpassing van de programmatorisch vastgelegde bedden per discipline aan de wisselende behoeften.

Programmeringscriteria

Aan de overheid zullen vanuit de Vlaamse Gemeenschap voorstellen en suggesties gedaan worden met betrekking tot het heronderzoek en actualiseren van de programmeringscriteria inzake het aantal ziekenhuis- en psychiatrische bedden en binnen de nationale normen, het programmeren ervan volgens de geëigende Vlaamse behoeften.

4.2. Blokkering ziekenhuisbeddenbestand

Door de ongelijke spreiding van de ziekenhuisinfrastructuur in Vlaanderen moet de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden per ziekenhuisregio worden onderzocht. Aan de onevenwichtige spreiding van ziekenhuisbedden moet geleidelijk en selectief verbetering worden gebracht; naast de actiemiddelen om op vrijwillige basis tot betere spreiding te komen, moet ook nagegaan worden of in bepaalde hypothesen niet meer dwingend kan worden opgetreden. Terzake zal advies gevraagd worden aan de Vlaamse Programmeringscommissie.

Gelet op de vermelde onevenwichtige spreiding van het ziekenhuisbeddenaanbod dringt een herziening van de basiscriteria, vervat in het koninklijk besluit van 21.3.1977, zich op daar deze stoelen op een voorlopig advies dat dateert van 27.2.1976.

Op basis van een behoefte-analyse ingevolge de profilering moet een herschikking van de ziekenhuisbedden worden doorgevoerd teneinde een zo rationeel mogelijk beddenaanbod te verwezenlijken.

Aan de nationale overheid zal overleg worden voorgesteld met betrekking tot maatregelen die op het nationaal vlak zouden kunnen genomen worden en die bevorderend kunnen zijn voor de verwezenlijking van de voorgestelde herschikkingsoperatie.

4.3. Rust- en verzorgingstehuizen

De enorme toename van het aantal bejaarden en hoogbejaarden met verhoogde ziekerisico's is een demografisch en statistisch gegeven.

Het aantal chronisch zieke, semi-valide en invalide bejaarden stijgt voortdurend. In het licht van deze evolutie en door het schrijnend gebrek aan een aangepaste opvangstructuur, dient de uitbouw van noodzakelijke en aangepaste voorzieningen voor verzorgingsbehoeftige bejaarden prioritair te zijn.

Het zoeken van een adequate oplossing voor dit groeiend aantal chronisch zieke bejaarden blijft pri-

mordiaal.

De binding gedesaffekteerde ziekenhuisbedden rust- en verzorgingsbedden betekent in dit verband een rem op de totstandkoming van een zo **noodzakelijk** net van voorzieningen voor deze categorie zwaar zorgenbehoevende patiënten. Zo kan er immers geen gevolg gegeven worden aan de veelvuldige aanvragen van rustoorden die geen binding hebben met ziekenhuizen die acute bedden buiten gebruik stellen.

Vele bejaarden die voldoen aan identieke medische voorwaarden, worden niet op dezelfde manier behandeld. Daarenboven zijn de normen vatbaar voor verbetering met het oog op een aangepaste kwaliteitsverzorging.

Het onderzoek met de nationale overheid van een wijziging van de wetgeving terzake houdt tevens een heronderzoek in van de basisnormen, waarbij noodgedwongen zal rekening moeten gehouden worden met de budgettaire mogelijkheden. De Vlaamse Programmeringscommissie werd gevraagd een advies te verstrekken dat moet leiden tot een geëigend beleid in functie van de behoeften en noden van de bejaardenbevolking.

Rust- en verzorgingstehuizen

Programmatorisch moet de opvangstructuur worden vastgelegd die voor de bejaarde chronisch zieken aan hun fysieke of psychische toestand is aangepast en die rekening houdt met de stijgende behoeften wegens de vergrijzing van de bevolking.

Teneinde een coördinatie met het bejaardenbeleid te realiseren is overleg met de Gemeenschapsminister van Gezin en Welzijnzorg noodzakelijk. Te dien einde zal de Gemengde Commissie Rustoorden – Rust- en Verzorgingstehuizen spoedig worden samengesteld.

4.4. Overlegstructuur

Het nieuwe institutionele kader vereist een permanent en gestructureerd overleg tussen de Nationale Overheid en de Gemeenschappen ten einde een meer functionele op kwaliteits- en rationaliteitsnormen afgestemde verpleging en uitbating te koppelen aan een aangepaste opvangstructuur. Daarenboven is, met het oog op een informatieve wisselwerking, de adviserende vertegenwoordiging van de Gemeenschappen in de beheersorganen van de nationale overheidsinstellingen die het gezondheidsbeleid onder hun bevoegdheid hebben, wenselijk.

Overleg

Een gestructureerd overleg nationaal-gemeenschappen, zowel op ministerieel niveau als op niveau van de adviesraden enerzijds en de instellingen anderzijds, is vereist ten einde tot een zo degelijk mogelijk gecoördineerd en verantwoord gezondheidsbeleid in Vlaanderen te komen.

III. SLOTBESCHOUWING

In afwachting van mogelijke verdere evolutie op het vlak van de Staatshervorming dient het Vlaams Beleid inzake gezondheidszorg zich te situeren in het door de bijzondere wet van 8 augustus 1980 uitgewerkte kader. Binnen dit kader een eigen gezondheidsbeleid uitstippelen is echter een verre van eenvoudige opdracht en wel om een dubbele reden.

De uitstippeling van een Vlaams Gezondheidsbeleid wordt in de eerste plaats gehinderd door het feit dat, zowel in de intra- als in de extramurale verzorgingssector, belangrijke beleidsaangelegenheden zijn blijven behoren tot de nationale bevoegdheids-sfeer. In afwachting van een mogelijke wijziging van de bevoegdheidsverdeling kan, teneinde de eigen bevoegdheden zo adequaat mogelijk te laten aan bod komen, enkel de wenselijkheid benadrukt worden van overleg tussen het Nationaal niveau en het Gemeenschapsniveau.

De omtrent bepaalde beleidsdomeinen nog steeds bestaande bevoegdheidsbetwistingen vormen een tweede handicap in de bepaling van een Vlaams Gezondheidsbeleid. In het licht van de voorbereidende werken dienen de nog niet opgeloste bevoegdheidsbetwistingen die bij het Overlegcomité Regering-Executieven aanhangig gemaakt werden zo vlug mogelijk opgeklaard. De door de bijzondere wet van 8 augustus 1980 doorgevoerde bevoegdheidsopdeling zal echter een bron van bevoegdheidsconflicten blijven omdat men vanuit de welgemeende zorg om de bevoegdheidsgrenzen duidelijk af te bakenen te gedetailleerde teksten heeft gemaakt waarin de uitzonderingen belangrijker zijn dan de regel. Bevoegdheidsbetwistingen zullen dan ook pas definitief uitgesloten zijn indien men bereid is homogene bevoegdheidspakketten over te hevelen. In elk geval zou het, in afwachting van een herziening van de bevoegdheidsverdeling, zo moeten zijn dat, telkens de voorbereidende werken niet uitdrukkelijk uitsluitel geven, in de geest van de grondwetsherziening van 1980, zou moeten geopteerd worden voor de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Hoewel de bijzondere wet in beginsel het gehele gezondheidsbeleid toewijst aan de Gemeenschap en de uitvoering haar is opgedragen, bleven drie belangrijke hefbomen, de organieke wetgeving, de financiering en de basisnormen, in handen van de Nationale Overheid. Deze opdeling is weinig efficiënt omdat beide partijen autonome bevoegdheden bezitten, die ze zonder elkaar niet kunnen uitoefenen. Deze belangrijke rem op het voeren van een doelmatig gezondheidsbeleid kan enkel worden opgeheven door het toewijzen van homogene bevoegdheidspakketten.

Brussel, 5 december 1984.

De Gemeenschapsminister van Gezondheidsbeleid,

R. DE WULF
