

# Red de solidariteit door responsabilisering

**H**et Vlaams Geneeskundigenverbond (VGV) en het Aktiekomitee voor een Vlaamse Sociale Zekerheid (AK-VSZ) ijveren voor de toewijzing van de volledige bevoegdheid voor de gezondheidszorg aan de gemeenschappen. Dit in tegenstelling tot de auteurs-collega's van het artikel "Splitsing gezondheidszorg?" (de Huisarts nr. 879, 5 juni II.). Onze argumenten voor die communautarisering zijn: eigen klemtonen, efficiënt beleid en responsabilisering.

## Eigen klemtonen

Vlaanderen stopt meer energie in preventie dan Wallonië. Dat blijkt uit de daar toe opgerichte structuren, de gezondheidsdoelstellingen van de Vlaamse regering en de grotere bijval van preventieprojecten zoals vaccinatie tegen hepatitis B bij kinderen en tegen meningitis C, preventieve tandzorg en screeningsmammografie.

Vlaanderen kiest ook meer voor de echenlonnering met de huisarts als centrale persoon: dat blijkt uit het grotere succes van het GMD, uit de hogere uitgaven voor huisartsgeneeskunde, recent bevestigd in de Huisarts en De Morgen op 29 mei 2008, en uit de verschillende organisatie van de thuiszorg. Groepspraktijken van huisartsen

zijn er ook veel talrijker. Bovendien geeft Vlaanderen veel meer uit dan Wallonië aan thuisverpleging; omgekeerd besteedt Wallonië meer geld aan specialistische geneeskunde, laboratorium- en andere technische onderzoeken, aan antibiotica en andere geneesmiddelen. Dat wordt niet ontkend door hoger genoemde collega's.

Verder telt Wallonië naar verhouding 14% meer artsen dan Vlaanderen en maakt Vlaanderen meer gebruik van daghospitalisaties dan Wallonië. In een gesplitste gezondheidszorg zullen Vlaanderen en Wallonië hun klemtonen nog beter en vrijer kunnen leggen.

## Efficiëntie

De huidige bevoegdheidsverdeling tussen federale overheid en deelstaten is inefficiënt. Enkele voorbeelden. De scheiding preventief/curatief beleid leidt tot een onsamenvangende visie en werking, tot een onderfinanciering van preventie, en is schadelijk voor de bevolking: de kortere levensverwachting in Wallonië heeft te maken met een piek van het sterferisico tussen 30 en 50 jaar, die waarschijnlijk te wijten is aan minder goede preventie inzake hart- en vaatziekten. Het huidige gemengde federaal-deelstatelijke ziekenhuizenbeleid

(erkenning van ziekenhuizen door de gemeenschappen, infrastructuur betoelaging door de gewesten, werkingssubsidies door de federale overheid) mist cohesie.

De plethora van overheden, die te maken hebben met gezondheidszorg (negen ministeriële instanties) leidt tot trage besluitvorming en administratieve rompslomp voor de veldwerkers. Daarover zeggen Prof. Temmerman en collega's geen woord. Willen zij terug naar de toestand van voor 8 augustus 1980 en, samen met de Waalse politieke partijen, de Vlaamse (en Waalse) bevoegdheden voor gezondheidszorg teruggeven aan de federale overheid?

## Responsabilisering

In het licht van de vergrijzing, de toenemende medisch-technische mogelijkheden en de ontgroening is een spaarzaam beleid onontkoombaar: nu al wordt door de kostenstijging naargelang de bron 28% (Oeso) tot 33% (WHO) van de medische kosten door de patiënt uit eigen zak betaald. Responsabilisering zal gemakkelijker lukken op het niveau van de gemeenschappen dan op federaal niveau wegens de meer coherente visie op het eerste niveau: wanneer nu een maatregel federaal wordt voorgesteld, voelt de ene of de andere gemeenschap zich gemakkelijker benadeeld en duikt de geldverslindende wafelijzerpolitiek terug op. De gemeenschappen moeten minstens geresponsabiliseerd worden voor hun uitgaven in de gezondheidszorg: dat heet bestedingsautonomie voor een budget, hen toegekend door de federale overheid. Doch de responsabilisering zal nog toenemen wanneer beide gemeenschappen verantwoordelijk worden voor de verwerving van de inkomsten. Het huidige

verschil in inkomsten van 21% tussen Vlaanderen en Wallonië wordt grotendeels verklaard door de veel hogere structurele werkloosheid in Wallonië. Die werkloosheid wordt nu onder meer in stand gehouden door de Vlaams-Waalse geldtransfers en daardoor voelen de Waalse politici en sociale partners minder de noodzaak van een efficiënte werkgelegenheidspolitiek. Die vicieuze cirkel kan slechts doorbroken worden door het responsabiliseren van gemeenschappen en gewesten, dus door de splitsing van de volledige bevoegdheid voor gezondheidszorg en werkgelegenheid.

## Solidariteit

Door zijn snellere vergrijzing zal Vlaanderen het binnenkort moeilijker krijgen om te zorgen voor zijn vierde wereld. Solidariteit veronderstelt dus verantwoordelijkheid van ontvanger en gever. Waarom zou trouwens de interpersonele sociale solidariteit niet op gemeenschapsniveau mogen georganiseerd worden? Na de toekenning van de financieringsbevoegdheid voor de SZ, of delen ervan, aan beide gemeenschappen kan de Vlaamse Gemeenschap de Franse Gemeenschap helpen om het inkomstenverschil te overbruggen door een onderhandeld voorwaardelijk financieel hulplan.

*Dr. Jan Van Meirhaeghe, voorzitter VGV  
Dr. Robrecht Vermeulen, ondervoorzitter VGV  
Prof. Dr. Eric Ponette, oud-voorzitter VGV  
Mede ondertekend door Dr. Gui Celen (voorzitter AK-VSZ), Prof. Dr. Albert Baert, Dr. Liesbeth Beeckman, Dr. Geert Debruyne, Dr. Edward De Sutter, Dr. Jan Dockx, Dr. Chris Geens, Dr. Piet Jongbloet, Dr. Raymond Lenaerts, Dr. Jan Peremans, Dr. Dirk Van de Voorde, en Dr. Peter Winderickx*

## Nomenclatuur

**I**n de Huisarts van 5 juni 2008 mag Dr. Moens weer eens zijn gal spuwen op het Kartel zonder dat de betrokken journalist ons daarover contacteert of het nodig vindt om ook onze versie weer te geven. Dr. Moens stoort er zich aan dat wij Dr. Greta Moorkens, interniste-endocrinologe in het UZA, hebben voorgedragen voor het Comité voor de Permanente Doorlichting van de Nomenclatuur.

- 1. Dr. Moens heeft zich niet te bemoeien met wie wij voordragen voor gelijk welke raad of commissie indien daarbij de spelregels correct werden toegepast; wij hebben zo geregeld ook ons gedacht over de personen die de Bvas afvaardigt;
- 2. Uiteraard hebben wij voldoende niet-universitaire leden-specialisten maar vrij weinig vrouwelijke collega's die bereid zijn om aan dergelijke vergaderingen deel te nemen. Op onze laatste oproep reageerden drie collega's (een huisarts,

een endocrinologe die bereid was om te zetelen in commissies die te maken hebben met endocrinologie en Dr. Moorkens). We kunnen dus alleen maar vaststellen dat de Bvas er niet in slaagt om één enkele vrouwelijke collega voor te dragen;

- 3. Dr. Moorkens is al lang lid van het ASGB en de raad van bestuur heeft het volste vertrouwen dat zij in het comité onze standpunten goed zal verdedigen;
- 4. Iemand die leeft van de intellectuele akte is ons inziens momenteel goed geplaatst om de nomenclatuur vanuit dat oogpunt door te lichten;
- 5. Hoe geloofwaardig is het om de nomenclatuur te laten doorlichten door dezelfde die ze veertig jaar hebben laten scheefgroeien?

*Dr. Robert Rutsaert, voorzitter ASGB*

Deze rubriek staat open voor reacties en meningen van onze lezers. Titels en tussentitels zijn van de redactie. De inhoud van de brieven stemt niet noodzakelijk overeen met de opvattingen van de redactie.

Brieven kunnen gestuurd worden naar

**De Huisarts, t.a.v. Filip Ceulemans, Raketstraat 50 bus 14 in 1130 Brussel.**

Nog makkelijker is ze te mailen naar:

**filip.ceulemans@roulartamedica.be**

*Anonieme brieven komen niet voor publicatie in aanmerking. De redactie mag brieven inkorten, redigeren of weigeren. In het belang van de brievenlezer raden we hem aan zijn brief zo kort mogelijk te houden.*

