

PLEIDOOI VOOR EEN INTEGRALE VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG

door Eric Ponette
Pro Flandria, 7 maart 2009

Dia 1

Het uitgangspunt van mijn pleidooi voor een integrale Vlaamse gezondheidszorg is een boodschap van Lee Jong-wook, de directeur-generaal van de Wereld Gezondheid Organisatie, in "The Lancet" van 20 december 2003: "In een goede gezondheidszorg moeten preventie, acute zorg en chronische zorg naadloos aan mekaar worden gekoppeld en geïntegreerd in alle geledingen die instaan voor de volksgezondheid."

Dia 2

Ik gebruik opzettelijk de term "communautarisering" en niet "regionalisering" omdat ik een opdeling van de gezondheidszorg naar de Vlaamse en Franse Gemeenschap wens, waarbij de inwoners van Brussel dus kunnen kiezen voor één van beide stelsels.

Ik leg U 4 argumenten voor mijn stelling voor:

1. juridische en politieke
2. het recht op eigen klemtonen in het gezondheidsbeleid
3. de noodzaak van een zo efficiënt mogelijk beleid
4. de responsabilisering van de gemeenschappen tot een zo spaarzaam mogelijk en rationeel gezondheidsbeleid.

Dia 3

De grondwet bepaalt dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor persoonsgebonden materies, onder meer het gezondheidsbeleid.

In de bijzondere wet van 8 augustus 1980 werden de preventieve gezondheidszorg en de gezondheidsopvoeding bijna volledig aan de gemeenschappen toegekend. Ook het beleid inzake de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen werd aan de gemeenschappen toevertrouwd, met evenwel tal van uitzonderingen, onder meer de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Resolutie nr. 4 tot staatsvorming, goedgekeurd door het Vlaams Parlement op 3 maart 1999, stelt dat de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid voor het volledige gezondheids- en gezinsbeleid integraal naar de deelstaten moet worden overgeheveld, met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen, en dat de inwoners van Brussel de keuze moeten krijgen om toe te treden tot het stelsel van de deelstaat Vlaanderen of de Franstalige deelstaat.

De eis tot overheveling van alle bevoegdheden voor de gezondheidszorgen en het gezinsbeleid werd bevestigd in de Vlaamse regeerakkoorden van juli 1999 en juli 2004.

Dia 4

Een tweede argument voor de communautarisering van de gezondheidszorgen is het recht van beide gemeenschappen om eigen klemtonen te leggen.

Dia 5

Dat de gemeenschappen dat nu reeds gedeeltelijk doen blijkt uit het feit dat zij verschillende accenten leggen in hun medisch onderwijs, in hun houding tegenover de contingentering en in de preventieve geneeskunde.

Zij nemen ook een verschillende houding aan tegenover de echelonnering, zij hebben in de praktijk verschillende voorkeuren voor meerdere curatieve sectoren.

En de huisartsennavorming is veel sterker uitgebouwd in Vlaanderen dan in Wallonië.

Dia 6

In een artikel in “The Lancet” in 2001 schreef Prof. Boudewijn van Houdenhove (KU Leuven) dat de Walen zich cultureel en wetenschappelijk meer richten op Frankrijk, terwijl de Vlamingen op dezelfde golflengte zitten van streken met een Angel-Saksische cultuur en wetenschap.

Laten we inderdaad niet vergeten dat het ganse onderwijs, met inbegrip van het universitair medisch onderwijs, sinds 1988 een gemeenschapsbevoegdheid geworden is.

Dia 7

Om het Vlaamse ongenoegen over de Franstalige manoeuvres om de “numerus clausus” te ontwijken beter te begrijpen, moet U weten dat de Franse Gemeenschap 26 % meer artsen telt dan de Vlaamse.

Dat kan berekend worden uit de cijfers die minister Onkelinx vrijgaf over de toestand op 1 augustus 2008.

Dia 8

Reeds in 1997 merkte Prof. Els Witte, rector VUB, op: “... alles wat te maken heeft met de structuren en de regelgeving van de gezondheidssector zal nog meer twee verschillende sporen gaan volgen. Kijk maar naar de numerus clausus in de geneeskunde, waar je in Wallonië een heel andere aanpak ziet.”

En inderdaad, daar waar de Vlaamse minister van onderwijs vanaf 1997 een ingangsexamen invoerde vóór de eerste kandidatuur, werd aan Franstalige kant eerst drie jaar afgewacht om daarna de afremming te laten starten vóór het eerste doctoraat; in 2002 werd de filter aan de Franstalige universiteiten tijdelijk afgeschaft en later verplaatst na de eerste kandidatuur. Tenslotte regulariseerde minister Onkelinx in mei 2008 de overtallige, in hoofdzaak Franstalige, gediplomeerden.

Het gevolg is enerzijds dat aan duizenden Vlaamse jongeren de kans om geneeskunde te studeren werd ontnomen, en anderzijds dat het Franstalige, reeds overtallige, artsenbestand sterker blijft toenemen dan het Vlaamse.

Als klap op de vuurpijl heeft de Franse Gemeenschap in oktober 2008 de numerus clausus na het eerste jaar geneeskunde opgeschort.

Dia 9

Vlaanderen legt een duidelijk sterkere klemtoon op de preventieve gezondheidszorg dan Wallonië.

Dat blijkt uit de in Vlaanderen opgebouwde structuren in de verlenging van het Vlaams ministerie van welzijn en gezondheid, zoals de Vlaamse Gezondheidsraad, de lokale organisaties voor gezondheidsoverleg (LOGO'S) en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie. Dat alles bestaat niet of nauwelijks in Wallonië.

Dat blijkt ook uit de in Vlaanderen genomen opties, zoals de gezondheidsdoelstellingen en het kaderdecreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.

Dat blijkt tenslotte uit een aantal projecten zoals de vaccinatie tegen hepatitis B bij kinderen, de vaccinatie tegen meningitis C, die hoofdzakelijk in Vlaanderen worden uitgevoerd, en – heet van de naald – het project van de gratis vaccinatie bij twaalfjarige meisjes tegen het humaan papilloma virus (HPV) dat baarmoederhalskanker veroorzaakt; hiervoor is de Franse Gemeenschap geen vragende partij.

Tenslotte gebeurt de borstkankerscreening in Vlaanderen, in hogere frequentie dan in Wallonië, op basis van de “screeningsmammografie” die hogere technische eisen stelt dan de

“diagnostische mammografie”.

Dia 10

Vlaanderen past bovendien duidelijk meer dan Wallonië het echelonneringsprincipe toe, waarbij de patiënt eerst de huisarts raadpleegt, die dan eventueel doorverwijst naar de specialist.

Dat blijkt uit:

- de 26 % hogere uitgaven in Vlaanderen tegenover Wallonië voor raadplegingen van de huisarts, wanneer de gemiddelde uitgaven in België gelijk gesteld worden aan 100
- de 16 % hogere uitgaven in Wallonië tegenover Vlaanderen voor raadplegingen van de specialist
- de uitgaven voor het globaal medisch dossier (GMD) dat bijgehouden wordt door de huisarts en die in Vlaanderen 2,4 maal zo hoog liggen als in Wallonië
- de uitgaven voor de “diabetespas”, die zorgverleners rond diabetespatiënten doet samenwerken en die in Vlaanderen 4 maal zo hoog liggen als in Wallonië.

Dia 11

Deze grafische voorstelling van de geografische frequentieverdeling van het GMD bij de CM-leden aan de hand van kleurpatronen onderlijnt dit fenomeen nog duidelijker: de taalgrens is tegelijkertijd de succesgrens.

Dia 12

Vlaanderen en Wallonië hebben ook hun eigen curatieve voorkeursectoren.

Wallonië spendeert 20 % meer uitgaven dan Vlaanderen aan beeldvorming, 13 % meer aan klinische biologie, 38 % meer aan genetische onderzoeken, 39 % meer aan radiotherapie en nucleaire geneeskunde, 15 % meer aan medicamenten in de publieke apotheken en 10 % meer aan kinesitherapie.

Dia 13

Doch ook Vlaanderen heeft zijn voorkeursectoren: het besteedt 22 % meer uitgaven dan Wallonië aan thuiszorg en 60 % meer aan verpleging in psychiatrische verzorgingstehuizen en ambulant beschut wonen.

Dia 14

Er zijn nog andere klemtoonverschillen tussen Vlaanderen en Wallonië.

Uit een publicatie van het Intermutualistisch Agentschap blijkt dat het aantal personen, dat bij 14 verschillende ingrepen preoperatieve testen onderging, 50 % hoger lag in Wallonië dan in Vlaanderen.

Preventieve tandzorg en daghospitalisaties scoren dan weer hoger in Vlaanderen.

Daarentegen liggen uitkeringen wegens ziekteverlof, het aantal invaliden en het aantal beroepszieken dan weer hoger in Wallonië; deze laatste groep is zelfs 2,5 keer zo groot in Wallonië als in Vlaanderen.

Dia 15

Een derde groep argumenten voor de communautarisering van de gezondheidszorgen heeft te maken met efficiëntie van het beleid.

Dia 16

In de huidige organisatie van de gezondheidszorg is er een verstoring van het continuüm tussen preventie, curatie (“cure”) en zorg (“care”), omdat preventie een communautaire bevoegdheid is, terwijl “cure” een federale bevoegdheid is, en “care” – namelijk gezins- en bejaardenbeleid met inbegrip van de zorgverzekering – terug een communautaire

bevoegdheid is.

Dat is niet bevorderlijk voor de volksgezondheid.

De scheiding tussen preventie en curatie leidt niet alleen tot gebrekkige communicatie en taakafspraken, doch ook tot een onevenwichtige financiering en is schadelijk voor de volksgezondheid.

Het gemengde federaal en deelstatelijk ziekenhuizenbeleid mist cohesie.

Nu zijn de gemeenschappen bevoegd voor de erkenning van de ziekenhuizen en de gewesten voor de infrastructuurbetoelaging, doch de federale overheid is bevoegd gebleven voor de werkingssubsidies.

Door dergelijke regeling wordt een spaarzaam beleid van de gemeenschappen niet gehonoreerd.

De plethora van de overheden is geen voorbeeld van efficiënt bestuur.

En het gemeenschapsniveau is efficiënter dan het federaal niveau om het ganse gezondheidsbeleid te sturen wegens de vermelde klemtoonverschillen tussen beide gemeenschappen.

Ik wens trouwens politici zoals Rudy Aernoudt, die het gezondheidsbeleid met inbegrip van het zorgbeleid willen herfederaliseren, veel geluk in hun pogingen daarvoor een twee derde meerderheid te vinden.

Dia 17

Hier krijgt U een idee over het gebrek aan evenwicht in de financiering tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg.

Op basis van cijfers van Dr. Jan Remans zijn de uitgaven voor curatieve gezondheidszorg in Vlaanderen 103 maal groter dan die voor preventie.

Dia 18

En die scheiding is bovendien schadelijk voor de volksgezondheid.

Dat de levensverwachting in Wallonië, zowel voor mannen als voor vrouwen, korter is dan in Vlaanderen is reeds langer gekend.

Dia 19

Doch wijlen Prof. Chris Vandenbroeke (U Gent) stelde bovendien vast dat dit verband houdt met een hoger Waals sterfterisico, in vergelijking met het Vlaamse risico (= 100), op jonge middelbare leeftijd, namelijk tussen 30 en 55 jaar.

Daarbij stelde hij de hypothese voorop dat dit verschil te maken heeft met een minder goede preventie.

Dia 20

Die hypothese sluit aan bij de stelling van de Leuvense cardiologische school, die sinds jaren wijst op de relatie tussen de hogere Waalse cardiovasculaire mortaliteit en het hoger verbruik van verzadigde vetzuren evenals het lager verbruik van poly-onverzadigde vetzuren in de voeding in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen: hoe donkerder het gebied, des te groter is de bestudeerde factor.

Wallonië heeft er dus nog meer belang bij dan Vlaanderen om het ganse gezondheidsbeleid in eigen handen te nemen.

Dia 21

Hier ziet U details van de reeds vermelde plethora van overheden, die in België te maken hebben met het gezondheidsbeleid.

Het gaat om niet minder dan 9 ministeriële instanties – ik bespaar U de opsomming – daar waar 2 (1 per gemeenschap) zouden volstaan.

Dia 22

Het vierde argument voor de communautarisering van het ganse gezondheidsbeleid is het belang van de responsabilisering van beide gemeenschappen tot een zo spaarzaam en rationeel mogelijk beleid.

Dia 23

Hier ziet U een afbeelding van het in de SZ gevreesde fenomeen van de omkering van de Europese bevolkingspiramide: in vergelijking met 2000 wordt in 2050 door de ontgroening een duidelijke versmalling van de basis, en door de vergrijzing een verbreding van de top verwacht.

Zo geraakt de financiering van de SZ, met inbegrip van de ziektekostenverzekering, die hoofdzakelijk uit arbeid voortkomt, in de problemen.

Dia 24

Responsabilisering is dus noodzakelijk wegens de ontgroening, die de inkomsten voor de SZ doet afnemen, en wegens de vergrijzing evenals de toenemende medische mogelijkheden, die beiden de uitgaven doen toenemen. Er zal dus moeten gezocht worden naar bijkomende inkomsten en/of besparingen.

Een bijkomende factor die responsabilisering noodzaakt is het stijgend aandeel in de gezondheidskosten dat door de patiënt uit eigen zak wordt betaald en nu reeds schommelt rond de 30 %.

Responsabilisering tot een spaarzaam beleid zal beter lukken op gemeenschapsniveau dan federaal omdat de besluitvorming binnen de gemeenschappen doorgaans vlotter verloopt door de grotere cohesie.

Het is voldoende gekend dat de toekenning van financiële verantwoordelijkheid voor de besteding van een bepaald budget, de bedachtzaamheid bij de uitgaven bevordert. De opsplitsing van de middelen voor de ziektekostenverzekering naar beide gemeenschappen – zoals in het onderwijs – zou dus reeds een kostenbesparend effect hebben.

Doch de responsabilisering zou nog toenemen, wanneer de gemeenschappen verantwoordelijk zouden worden voor de verwerving van de eigen inkomsten in die sector.

In een overgangsfase kan Vlaanderen met Wallonië onderhandelen over een tijdelijk financieel hulpplan onder voorwaarden van degressiviteit, resultaatsverbintenis en federale loyaliteit bvb. in de Brusselse ziekenhuizen.

Nog enkele noties:

- Door het feit dat Wallonië per hoofd meer uitgeeft aan de ziektekostenverzekering dan Vlaanderen, hanteert men het begrip “Vlaams-Waalse uitgavenkloof”.
- Er is ook een “Vlaams-Waalse bijdragekloof”, doch in tegengestelde richting: Vlaanderen brengt per hoofd namelijk meer in de kas dan Wallonië.
- De “Vlaams-Waalse geldtransfers” hebben te maken met die beide fenomenen: het verschil tussen de bijdragen en de uitgaven in Vlaanderen wordt automatisch getransfereerd naar Wallonië (en Brussel).

Dia 25

Hier ziet U wat de meeruitgaven in Wallonië zijn, uitgedrukt in procenten.

De Neutrale Ziekenfondsen noteren bij hun leden Waalse meeruitgaven van 8 %.

De CM geven 6 à 7 % Waalse meeruitgaven aan.

Het RIZIV geeft, voor alle verzekerden samen, Waalse meeruitgaven aan tussen 2 en 5 %. In het document over het jaar 2002 wordt echter vermeld dat meer dan 1/5de van de totale uitgaven niet regionaal kan toegewezen worden, hetgeen de betrouwbaarheid van de door het RIZIV vermelde procenten in vraag doet stellen.

Dia 26

Hier ziet U de tabel van de meerbijdragen in Vlaanderen.

De cijfers werden door het AK-VSZ berekend op basis van gegevens van RIZIV en ABAFIM.

U stelt vast dat de meerbijdragen van Vlaanderen t.o.v. Wallonië door de jaren heen schommelen rond de 20 %.

Daaruit blijkt dat de kloof tussen Vlaanderen en Wallonië in de ziektekostenverzekering hoofdzakelijk een bijdragekloof, en minder een uitgavenkloof, is.

Dia 27

In Vlaanderen zijn de bijdragen per hoofd gedurende al die jaren hoger dan de uitgaven.

In Wallonië is het juist omgekeerd. En Brussel volgt hetzelfde patroon met dit verschil dat de curve van de bijdragen nog een stuk lager ligt dan in Wallonië.

Dia 28

Het gevolg van de vorige vaststellingen is dat het verschil tussen de Vlaamse bijdragen en uitgaven getransfereerd wordt naar Wallonië en Brussel.

Dit transferbedrag, uitgedrukt in miljarden Euro's, neemt in de loop der jaren geleidelijk toe.

Dat er, zoals sommigen beweren, geen transfers in de ziektekostenverzekering meer zouden bestaan, is dus een grove leugen, en dat die geldtransfers weldra zullen omkeren, zoals nog anderen beweren, is een sprookje. Want daarvoor is de Vlaams-Waalse kloof in de werkloosheidsgraad en tewerkstellingsgraad te groot.

Dia 29

Zo kom ik tot mijn besluiten:

- Er zijn voldoende argumenten om de ziektekosten- en invaliditeitsverzekering toe te vertrouwen aan beide gemeenschappen.
 - Het responsabiliseringseffect bij de gemeenschappen is groter bij financieringsautonomie dan bij bestedingsautonomie.
 - Financiering uit algemene middelen is logischer dan uit arbeid, zoals nu gebeurt
1. omdat ziektekostenverzekering (evenals kinderbijslagen) niets te maken heeft met arbeid, dit in tegenstelling met werkloosheidsvergoedingen en pensioenen
 2. omdat die stap de bedrijven meer zuurstof zou verschaffen.
- Het principe van de interne solidariteit met de zwaksten moet in de Vlaamse ziektekostenverzekering vanzelfsprekend behouden blijven. Een doorzichtig en voorwaardelijk financieel solidariteitsplan in een overgangsfase kan met Wallonië onderhandeld worden. Met de andere landen in de EU moet gewerkt worden aan algemene aanbevelingsregels, vooral inzake preventief gezondheidsbeleid. Naar de ontwikkelingslanden toe moet Vlaanderen initiatieven ondersteunen, die – afhankelijk van de noden van het betrokken land – door gezondheidswerkers ter plaatse worden genomen of gedragen.
 - Om een Vlaamse gezondheidszorg te realiseren is evenwel een breed Vlaams politiek front noodzakelijk.