

GEZONDHEIDSZORG ZO KAN HET IN VLAANDEREN

Eric Ponette, 18 maart 2006

Samenvatting

De bijzondere wet van 8 augustus 1980 vormt de basis van het Vlaams gezondheidsbeleid. De federale recuperatiepogingen in de preventie zijn een achterhoedegevecht. Er zijn aanwijzingen dat de Vlaamse preventie werkt. De voorwaarden voor een optimaal preventiebeleid op Vlaams niveau zijn gedeeltelijk vervuld en een integraal Vlaams gezondheidsbeleid is dichtbij.

De **bijzondere wet van 8 augustus 1980** tot hervorming der instellingen (1) stelt het principe voorop dat de Vlaamse en Franse Gemeenschap bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid, dat een persoonsgebonden aangelegenheid is.

Vandaar de titel van ons symposium “25 jaar Vlaamse gezondheidszorg”.

Concreet bepaalt die wet dat beide gemeenschappen bevoegd zijn voor de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen met evenwel tal van uitzonderingen o.a. de ziekte- en invaliditeitsverzekering ; die uitzonderingen leiden o.a. tot een zeer complex ziekenhuizenbeleid, waarbij de gemeenschappen bevoegd zijn voor de erkenning van de ziekenhuizen, de gewesten voor de infrastructuur-betoelaging en de federale overheid voor de werkingssubsidies.

Verder bepaalt de wet dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor de gezondheidsopvoeding en voor de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis.

In die 25 jaar werd niet één van de uitzonderingen in de wet afgebouwd.

Tijdens de laatste jaren stellen we echter wel een duidelijke **federale recuperatie** vast van domeinen in de preventieve sector.

Die recuperatie en recuperatiepogingen van de preventieve gezondheidszorg door minister Demotte betreffen o.a. initiatieven in verband met rookpreventie, preventieve gehoortests voor baby 's die Vlaanderen sinds lang organiseert met “Kind en Gezin”, alcoholpreventie, preventie van obesitas, prenatale zorg, het pneumokokkenvaccin bij pasgeborenen en tenslotte de handhygiëne ter preventie van infecties in de ziekenhuizen. (2)

Met genoegen stellen we vast dat minister Vervotte uit haar schelp komt met de aankondiging van initiatieven zoals een campagne ter bevordering van de geestelijke gezondheid, een gezondheidsconferentie rond tabaksgebruik (3) en een actie rond het gezondheidsbeleid in de scholen met aandacht voor voeding, roken en sport. (4)

De **resultaten** van 25 jaar Vlaams preventiebeleid worden door de volgende sprekers voorgelegd.

Het valt op dat in de loop der jaren de levensverwachting bij de geboorte geleidelijk is toegenomen : ze is groter bij vrouwen dan bij mannen en ook groter in Vlaanderen dan in Wallonië ; hoogstwaarschijnlijk speelt de preventie hierin een belangrijke rol.

In 2003 was de levensverwachting bij de geboorte voor mannen 76,92 jaar in Vlaanderen en 73,96 jaar in Wallonië ; voor vrouwen 82,32 jaar in Vlaanderen en 80,76 jaar in Wallonië. (5) Dat de levensverwachting in Wallonië, zowel voor mannen als voor vrouwen, korter is dan in Vlaanderen was reeds langer gekend. Doch Prof. Chris Vandenbroeke stelde vast dat het hoger Waals sterfterisico, in vergelijking met het Vlaamse risico, een piek vertoont op

middelbare leeftijd. (6) Daarbij stelde hij de hypothese voorop dat dit verschil te maken heeft met een minder goede preventie in Wallonië dan in Vlaanderen.

Die hypothese sluit aan bij de stelling van de Leuvense cardiologische school, die sinds jaren wijst op het belang van de cardiovasculaire mortaliteit voor de levensverwachting, op de hogere cardiovasculaire mortaliteit in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen en op de relatie tussen de hogere 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. (7, 8)

Een nieuw element in dit verhaal werd recent aangebracht door een studie van Prof. Hugo Kesteloot, waaruit blijkt dat Vlaanderen het, wat betreft algemene sterfte, niet alleen beter doet dan Wallonië doch ook beter dan Nederland. (9) Hij stelt de hypothese voorop dat deze verschillen in sterfte te maken hebben met verschillen in levensstijl, vooral in voeding en rookgedrag.

In de feiten zij we dus blijkbaar niet slecht bezig.

De vraag moet gesteld worden wat de algemene **voorwaarden** zijn voor een optimaal preventiebeleid.

De eerste voorwaarde is dat het ganse preventie-project en de deelprojecten wetenschappelijk onderbouwd zijn.

Verder moeten de deelprojecten een brede waaier van preventie-domeinen bedekken en het budgettair gewicht dat aan elk project wordt toegekend moet goed overwogen worden.

Het totale preventieproject moet een breed draagvlak hebben : artsen, andere gezondheidswerkers en vertegenwoordigers van de bevolking moeten erbij betrokken worden.

De sturing moet dus gebeuren vanuit een orgaan, waarin deze groepen evenwichtig vertegenwoordigd zijn. De huisarts en de specialist, die tijdens het contact met hun patiënten in hun kabinet een essentiële rol spelen in het welslagen van de preventie, moeten er een belangrijke plaats krijgen.

Bij het verzamelen van patiëntengegevens moet de overheid geduldig overleg plegen met de artsen-vertegenwoordigers en begrip hebben voor hun terechte zorg voor het eerbiedigen van het medisch geheim.

Het preventieproject moet voldoende financieel ondersteund zijn.

In 2003 bedroegen de uitgaven van de federale overheid voor (hoofdzakelijk) curatieve gezondheidszorg in het Vlaams Gewest 57,25 % (10) van 15,342 miljard Euro (11) (= 8.783,295 miljoen Euro) terwijl de uitgaven van de Vlaamse overheid voor preventieve gezondheidszorg in datzelfde jaar slechts 85,294 miljoen Euro (11) bedroegen. Dat betekent dat de uitgaven van de federale overheid voor (hoofdzakelijk) curatieve gezondheidszorg in Vlaanderen 103 maal groter waren dan die voor preventieve gezondheidszorg door de Vlaamse overheid. Dat is een complete wanverhouding. Anderzijds moet er zo zuinig mogelijk met de centen worden omgegaan : de Vlaamse burger zal de Vlaamse overheid immers beoordelen op basis van een optimale prijs / kwaliteit verhouding.

Gezondheidseconomen verdienen dus een plaats in het preventie-project.

Het preventieproject moet enerzijds toegankelijk zijn voor de ganse gemeenschap, doch anderzijds mag de overheid dan van de burgers verwachten dat zij hieraan hun medewerking verlenen door het verstrekken van informatie, zonder dat evenwel het medisch geheim wordt geschonden.

Tenslotte lijkt me belangrijk dat het preventieproject door de overheid wordt aangeboden met een minimum aan administratieve rompslomp voor artsen en andere gezondheidswerkers.

Regelgeving is nodig doch regelneerij werkt contraproductief.

Ik ben ervan overtuigd dat, indien alle actoren met inbegrip van artsen, andere gezondheidswerkers (tandartsen, apothekers, psychologen, leden van LOGO's verpleegkundigen, kinesisten ...) en vertegenwoordigers van de bevolking er nog actiever bij

betrokken worden, samen met het ministerie voor volksgezondheid en de Vlaamse administratie volksgezondheid een enthousiasmerend project kan worden opgezet, waaronder ieder zijn (haar) schouders zet.

“Beter voorkomen dan genezen” is een oude volkswijsheid die in onze gemedicaliseerde maatschappij, die hoofdzakelijk op “genezen” is gericht, aan belang zal toenemen in de toekomst. In het belang van de gezondheid van iedereen moet er gestreefd worden naar een evenwicht tussen “voorkomen” en “genezen”, niet alleen in de mentaliteit doch ook in de budgetten die ervoor moeten worden voorzien.

Op 25 februari ll. verklaarde UCL-professor en CDH-senator Francis Delpérée in “Le Soir” (12) : “Er moet een en ander bijgestuurd worden. Kijk naar de gezondheidszorgen. De preventieve geneeskunde is een gemeenschapsbevoegdheid. De curatieve geneeskunde is een federale bevoegdheid. Dat werkt niet. Wanneer de Gemeenschap inspanningen levert, zijn er minder zieken. Wie komt dat ten goede ? Aan het federale niveau. Wanneer de Gemeenschap niets doet, draait het federale niveau daar voor op. Dat verwekt spanningen. Preventie en curatie moeten terug samengebracht worden : alles naar de Gemeenschappen of, mijns inziens, alles terug naar het federale niveau”.

Mijn antwoord is kort : Akkoord met Uw analyse, doch niet met Uw besluit. Ik ben ervan overtuigd dat de Vlaamse en de Franse Gemeenschappen beter gediend zijn met een **integraal eigen gezondheidsbeleid**, omdat zij dan zowel voor preventie als behandeling vrij hun eigen klemtonen zullen kunnen leggen en geresponsabiliseerd zullen worden tot een zo efficiënt en spaarzaam mogelijk beleid.

Voor preventie heeft Vlaanderen reeds resultaten voorgelegd, doch voor behandeling hebben wij tot hier toe niet de gelegenheid gehad om vrijuit eigen klemtonen te leggen.

Vlaanderen is even volwassen als Nederland, Frankrijk, Duitsland en andere veel kleinere landen dan Vlaanderen in de EU, die hun eigen gezondheidsbeleid voeren.

Vlaanderen is bovendien in een overgangsfase bereid tot een onderhandelde voorwaardelijke en degressieve financiële solidaire steun voor het Waalse gezondheidsbeleid.

Bibliografie

1. Eric Ponette : Welke geneeskunde willen wij in Vlaanderen ? Periodiek Nieuwsbrief Vlaams Geneeskundigenverbond, september - oktober 2001, 44 - 51
2. Eric Ponette : Federale recuperatie gezondheidszorgen, Periodiek Nieuwsbrief Vlaams Geneeskundigenverbond, september - oktober 2005, 5 - 6
3. Inge Vervotte : Gezondheidsenquête 2004 : Vlaanderen zet goede resultaten neer, Persmededeling van CD&V, 24 januari 2006
4. DDP : Elke school voert gezondheidsbeleid, Gazet van Antwerpen, 28 januari 2006
5. Levensverwachting bij de geboorte per regio in jaar 2003 : NIS, FOD Economie, Afdeling Statistiek, Nieuwsflits 64, 18 juli 2005
6. Chris Vandenbroeke : Gezondheidsindicatoren sterk in het voordeel van Vlaanderen, Periodiek Nieuwsbrief Vlaams Geneeskundigenverbond, mei - juni 2001, 6 - 9
7. Hugo Kesteloot : Gezonde voeding, beter en langer leven, Tempo Medical België, nr. 77, september 1987, 85 - 94
8. J.V. Joossens, J. Geboers, H. Kesteloot : Nutrition and cardiovascular mortality in Belgium. For the B.I.R.N.H. Study Group, Acta Cardiol. 1989 ; 44 (2) : 157 - 182
9. Hugo Kesteloot : Oorzaken van verschillen in de sterfte in België en Nederland, Voeding nu, nr. 12, december 2005, 15 - 17
10. Antwoord van minister Rudy Demotte op parlementaire vraag van de Heer Bart Laeremans, Kamer van Volksvertegenwoordigers, 7 oktober 2003
11. Jan Remans : De hemel op aarde ? - Over de betaalbaarheid van gezondheidszorgen in België, Acco, Leuven - Leusden, 2003
12. Entretien Francis Delpérée : Le Soir, 25 février 2006