

OVV EN AK-VSZ FELICITEREN VAZO EN REIKEN ARGUMENTEN AAN VOOR DE COMMUNAUTARISERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG.

Het Dagelijks Bestuur van het Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen (OVV) en van het Aktiekomitee voor een Vlaamse Sociale Zekerheid (AK-VSZ) stellen met genoegen vast dat het Vlaams Algemeen Ziekenhuisoverleg (VAZO) zich uitgesproken heeft voor de toewijzing van de ganse gezondheidszorg aan de Vlaamse en Franse Gemeenschap.

Zowel het OVV als het AK-VSZ pleiten sinds jaren voor de communautarisering van de gezondheidszorg met inbegrip van de ziektekostenverzekering op basis van een aantal duidelijke argumenten.

1. Juridische en politieke argumenten : de Grondwet, de Bijzondere wet van 8 augustus 1980, uitspraken van het Arbitragehof in 1997 en 2000, één van de Resoluties tot staats Hervorming van het Vlaams Parlement op 3 maart 1999, het Vlaams Regeerakkoord van juli 1999 en dat van juli 2004.

2. Verder hebben beide gemeenschappen het recht om eigen klemtonen te leggen in de gezondheidszorg.

Dat de gemeenschappen dat nu reeds gedeeltelijk doen, kan afgeleid worden uit het feit dat zij verschillende accenten leggen in hun medisch onderwijs en zich verschillend opstellen tegenover de contingentering.

Vlaanderen legt een duidelijk sterkere klemtoon op de preventieve gezondheidszorg dan Wallonië : dat blijkt uit de in Vlaanderen aanwezige structuren (Vlaamse Gezondheidsraad, LOGO'S, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie...), uit een aantal Vlaamse bestuurlijke opties (de Gezondheidsdoelstellingen, het recente Kaderdecreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid...) en uit meerdere projecten (vaccinatie hepatitis B bij kinderen, vaccinatie meningitis C, borstkankerscreening...), waaraan Vlaanderen meer energie besteedt dan Wallonië.

Vlaanderen past duidelijk meer het echelonneringsprincipe toe dan Wallonië. Dat blijkt uit recente cijfers van Minister R. Demotte : Vlaanderen besteedt 8 % meer uitgaven aan de huisartsgeneeskunde dan Wallonië en omgekeerd besteedt Wallonië 14 % meer uitgaven aan de specialistische geneeskunde dan Vlaanderen. Het door de huisarts beheerde "globaal medisch dossier" (GMD) kent trouwens een veel groter succes in Vlaanderen dan in Wallonië.

Een recente CM-studie leert dat, terwijl de uitgaven voor anesthesie en heelkunde tussen Vlaanderen en Wallonië nagenoeg niet verschillen, Wallonië minstens 15 % meer uitgaven dan Vlaanderen besteedt aan medische beeldvorming, dringendheidshonoraria, farmaca in publieke apotheken, inwendige geneeskunde, klinische biologie, verlossingen en dat Vlaanderen op zijn beurt minstens 15 % meer uitgaven dan Wallonië besteedt aan thuisverpleging, verpleegdagen psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en Ambulant Beschut Wonen. Dat wijst op verschillende curatieve voorkeursectoren.

Andere voorbeelden van Vlaams-Waalse verschillen zijn de grotere Vlaamse voorkeur voor daghospitalisaties, het hogere Waalse antibioticagebruik, de hogere Waalse preoperatieve uitgaven bij meerdere heelkundige ingrepen en het feit dat er in Wallonië 14 % meer artsen zijn dan in Vlaanderen.

Er zijn eveneens aanwijzingen dat het aantal voorgeschreven ziektedagen in minstens sommige sectoren in Wallonië hoger ligt dan in Vlaanderen.

Tenslotte bestaat er in Vlaanderen een duidelijk sterker uitgebouwde huisartsenavorming dan in Wallonië.

3. Een derde groep argumenten heeft te maken met efficiëntie.

De huidige gescheiden aanpak van preventief (bevoegdheid van de gemeenschappen) en curatief (bevoegdheid van de federale overheid) beleid mist niet alleen principiële logica, doch leidt concreet tot een incoherente visie en werking (communicatie, taakafspraken, individuele / populatiegebonden zorgverlening...), tot een onevenwichtige financiering (de huidige uitgaven voor curatieve gezondheidszorg zijn in Vlaanderen 103 x groter dan die voor preventieve gezondheidszorg) en is bovendien schadelijk voor de volksgezondheid.

Dat de levensverwachting in Wallonië zowel voor mannen als voor vrouwen korter is dan in Vlaanderen was reeds langer gekend, doch Professor Chris Vandenbroeke stelde bovendien vast dat dit verband houdt met een hoger Waals sterfterisico in vergelijking met het Vlaamse, op jonge middelbare leeftijd, namelijk tussen 30 en 50 jaar. Daarbij stelde hij de hypothese voorop dat dit verschil te maken heeft met een minder goede preventie. 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 en het lager verbruik van poly-onverzadigde vetzuren in de voeding in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen. Wallonië heeft er dus alle belang bij om het ganse gezondheidsbeleid in eigen handen te nemen.

Het gemengde (federaal - deelstaten) ziekenhuizenbeleid mist cohesie.

Nu zijn de gemeenschappen bevoegd voor erkenning van de ziekenhuizen en de gewesten voor de infrastructuursbetoelaging, doch de federale overheid is bevoegd gebleven voor de werkingssubsidies. Door dergelijke regeling wordt een spaarzaam beleid van de gemeenschappen niet gehonoreerd.

Er zijn raakvlakken tussen welzijnszorg, niet-medische zorgverzekering (gemeenschapsbevoegdheden) en ziektekostenverzekering (federale bevoegdheid) ; het ware logischer al deze sectoren aan dezelfde overheid toe te vertrouwen.

De huidige plethora van overheden, bevoegd voor gezondheidszorg, is totaal inefficiënt ; het is zelfs lachwekkend dat 9 ministeriële instanties in België te maken hebben met gezondheidsbeleid, daar waar 1 per gemeenschap kan volstaan. Het gemeenschapsniveau is inderdaad het meest efficiënte niveau voor het ganse gezondheidsbeleid wegens hogervermelde klemtoonverschillen tussen beide gemeenschappen.

4. 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.

Om over dit belang te kunnen oordelen is een kennis vereist van de huidige Vl. - W. uitgavenkloof, inkomstenkloof en de geldtransfers uit Vlaanderen in het kader van de ziektekostenverzekering. De Vl. - W. uitgavenkloof in de ziektekostenverzekering is de som van wat Vlaanderen in vergelijking met het aantal rechthebbenden (eventueel inwoners) minder uitgeeft en wat Wallonië meer uitgeeft.

Uit een recente CM-studie over de uitgaven voor haar leden in de Algemene Regeling (jaar 2001) kan een Vl. - W. kloof van 119 miljoen Euro afgeleid worden ; het aandeel van de CM in de categorie rechthebbenden "Algemene Regeling" is 44,05 %.

Uit recente cijfers van Minister R. Demotte over het jaar 2002 kan afgeleid worden dat de Vl. - W. uitgavenkloof, berekend op basis van het aantal inwoners, meer dan 135 miljoen Euro bedroeg. Dan wordt nog geen rekening gehouden met het feit dat 20,86 % van de uitgaven volgens de minister niet gewestelijk kunnen gelocaliseerd worden. Hoe is dat mogelijk in een tijdperk van SIS-kaarten en computers ?

Indien die "onverdeelde" fractie (20,86 %) op dezelfde wijze verdeeld wordt als de rest, bedraagt de kloof meer dan 171 miljoen Euro.

Berekening van de kloof op basis van het aantal rechthebbenden, zoals in de rapporten Jadot, is niet mogelijk aangezien de cijfers over hun gewestelijke verdeling na het laatste rapport Jadot (1997) niet meer werden vrijgegeven ; indien de cijfers van de rechthebbenden uit dat laatste Jadot-rapport toegepast worden op de laatste uitgavencijfers van R. Demotte, komt men tot het hypothetische bedrag van 344 miljoen Euro voor de Vl. - W. uitgavenkloof.

Wanneer minister Demotte beweert dat er geen uitgavenverschillen zijn tussen Vlaanderen en Wallonië, begaat hij een dichterlijke overdrijving.

De Vl. - W. inkomstenkloof in de ziektekostenverzekering is de som van wat Vlaanderen in vergelijking met het aantal inwoners meer inbrengt en van wat Wallonië minder inbrengt. Uit de recente cijfers van R. Demotte en de cijfers van de KBC-studie over datzelfde jaar 2002, kan de Vl. - W. inkomstenkloof in de ziektekostenverzekering geschat worden op 1,276 miljard Euro.

De geldtransfers uit Vlaanderen in de ziektekostenverzekering zijn het verschil tussen het aandeel van Vlaanderen in de inkomsten en in de uitgaven. Op basis van vermelde cijfers van de KBC-studie en van R. Demotte gaat het in 2002 naar onze schatting om 954 miljoen Euro.

Verskillende factoren maken een zo spaarzaam mogelijk gezondheidsbeleid noodzakelijk : de ontgroening, de vergrijzing en de toenemende technische medische mogelijkheden. De eerste factor veroorzaakt een daling van de inkomsten, de laatste twee factoren brengen een stijging van de uitgaven mee.

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 toe zou dus reeds een kostenbesparend effect hebben.

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

responsabilisering is gemakkelijker te verwezenlijken door de inkomsten voor de ziektekostenverzekering niet meer te laten gebeuren uit arbeid doch uit de algemene middelen. Die operatie heeft twee bijkomende voordelen : het is een logische stap want de ziektekostenverzekering heeft, evenmin als de kinderbijslagen, te maken met arbeid (in tegenstelling met de tweede pijler van de SZ) en die stap zou de bedrijven van meer zuurstof voorzien.

Uit dit alles besluiten wij :

1. Aan argumenten voor de toewijzing van de gezondheidszorgen, met inbegrip van de ziektekostenverzekering, aan beide gemeenschappen ontbreekt het niet.
2. Om die overheveling naar de gemeenschappen te realiseren is een stevig Vlaams politiek front nodig.
3. De beste financiële regeling is dat de gemeenschappen zelf instaan voor de verwerving van de middelen.
4. Gelijktijdige overschakeling naar een stelsel van financiering door algemene middelen i.p.v. door inkomsten uit arbeid zou een logische stap zijn.
5. Het principe van solidariteit met de zwaksten moet in een Vlaamse ziektekostenverzekering vanzelfsprekend behouden blijven.

Verder kan een doorzichtig financieel solidariteitsplan met Wallonië onderhandeld worden met als voorwaarden : degressiviteit in de tijd, resultaatsverbintenis (bvb. inzake toenemende inspanningen voor preventief beleid gericht op de grotere Waalse mortaliteit op jonge middelbare leeftijd) en politieke loyaliteit tegenover Vlaanderen.

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 de gezondheidswerkers ter plaatse worden genomen of gedragen.

Voor meer details : zie webstek Vlaams Geneeskundigenverbond (www.vgv.be) : Tijdschrift, Nieuwsbrief mei-juni 2004, p. 2 - 15

Prof. Dr. Boudewijn Bouckaert, voorzitter OVV

Dr. Gui Celen, voorzitter AK-VSZ

Prof. Dr. Eric Ponette, pro-voorzitter OVV