

PERIODIEK NIEUWSBRIEF

Vlaams Geneeskundigenverbond

58^{ste} Jaargang Tweemaandelijks Tijdschrift September-Oktober 2004 - Nr 5

België - Belgique
P.B.-P.P.
2000 Antwerpen 1
BC 9497

P 409406

VERSLAGBOEK VAN HET COLLOQUIUM



GEZONDE GEZONDHEIDSZORG in een GEZONDE ECONOMIE

De economische aspecten van de Vlaamse gezondheidszorg

zaterdag 8 mei 2004
"De Schelp" - Vlaams Parlement

Afgiftekantoor: 2000 Antwerpen 1

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF	3
WELKOMSTWOORD (Prof. Dr. Boudewijn BOUCKAERT).....	4
INLEIDENDE VOORDRACHTEN (PLENAIRE ZITTING)	
○ GEZONDE GEZONDHEIDSZORG DOOR SYNERGIE (Prof. Dr. Jan PEERS)	5
○ DE ROL VAN DE OVERHEID (Prof. Dr. Roger DILLEMANS)	8
○ DE VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG ALS GROEIMARKT (Mevr. Sonja TEUGHEL).....	16
○ DE FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN HET VLAANDEREN VAN DE TOEKOMST (Mevr. Wivina DEMEESTER)	20
WEERGAVE VAN DE GELUIDSBANDEN VAN DE DISCUSSIES IN DE COMMISSIEZALEN	
○ ZAAL MEMLING: Gezonde gezondheidszorg door synergie/De rol van de overheid (Moderator: Dr. Chris GEENS)	23
○ ZAAL METSYS: De Vlaamse gezondheidszorg als groeiemarkt (Moderator : Dr. Louis IDE)	31
○ ZAAL ANTOON VAN DYCK: De financiering van de gezondheidszorg in het Vlaanderen van de toekomst. (Moderator: Dr. Jos DE SMEDT).....	39
VERSLAG VAN DE DISCUSSIEGROEPEN (PLENAIRE ZITTING)	
○ Verslag van de discussiegroep ‘De rol van de overheid’ (Dr. Dirk DEWOLF).....	47
○ Verslag van de discussiegroep ‘De Vlaamse gezondheidszorg als groeiemarkt’ (Dr. Robrecht VERMEULEN)	49
○ Verslag van de discussiegroep ‘De financiering van de gezondheidszorg in het Vlaanderen van de toekomst’ (Dr. Bart GARMYN).....	51
BESLUITEN EN SLOTTOPSPRAAK (Dr. Jan VAN MEIRHAEGHE).....	54
DEELNEMERS	57
VERONTSCHULDIGDEN	59

WOORD VOORAF

Op 8 mei 2004 organiseerde het Vlaams Geneeskundigenverbond (VGV) in “De Schelp” van het Vlaams Parlement een colloquium dat als titel meekreeg: *“Gezonde gezondheidszorg in een gezonde economie”*, en dat dus handelde over de economische aspecten van de Vlaamse gezondheidszorg.

Een colloquium is een samenspraak. Na de inleidende voordrachten van Prof. Dr. Jan Peers, Prof. Dr. Roger Dillemans, Mevr. Sonja Teughels en Mevr. Wivina Demeester, konden de deelnemers in drie commissiezalen met hen van gedachten wisselen. Van die discussies werd nadien opnieuw in plenaire zitting verslag uitgebracht, zodat iedereen op de hoogte kwam van knelpunten of nieuwe ideeën die opborrelden.

Dit verslagboek is de weergave van deze voordrachten en discussies.

De teksten van de inleidende voordrachten zijn van de hand van de sprekers zelf.

De discussies in de commissiezalen “Memling”, “Metsys” en “Van Dyck” werden op band opgenomen. De teksten zijn de weergave van die geluidsbanden. Aangezien niet alle passages even verstaanbaar waren, zijn er onvermijdelijk enkele onvolledigheden.

Het Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen (OVV) was mede-organisator, en wij konden ook rekenen op de medewerking van het Verbond van Vlaamse Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen (VVMV), de Van Helmontgilde, de Brusselse Huisartsenkring en VEV-VOKA.

Jan Van Meirhaeghe
VGV-voorzitter

Met bijzondere dank aan de sponsors:

Brusselse Huisartsen vzw

Doktersgild Van Helmont

Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen (OVV)

VEV-VOKA

Brouwerij Van Steenberge

Vlaams Neutraal

Ziekenfonds



Augustijn



WELKOMSTWOORD
Prof. Dr. Boudewijn BOUCKAERT - OVV-Voorzitter

Beste Vrienden van het Vlaams Geneeskundigenverbond,

Als voorzitter van het Overlegcentrum Vlaamse Verenigingen verwelkom ik U graag op dit Colloquium: **Gezonde Gezondheidszorg in een Gezonde Economie**. Meteen wil ik ook de organisatoren ervan feliciteren met het zeer relevante programma. Graag breng ik ook hulde aan mijn voorganger Eric Ponette, die zich als een pit bull in het dossier van de defederalisering van de gezondheidszorg heeft vastgebeten en niet zal loslaten vooraleer we onze eigen sociale zekerheid zullen hebben.

Ik trap een open deur in door te zeggen dat de gezondheidszorg een cruciaal gegeven wordt, zowel op economisch vlak, door het steeds groter impact ervan op ons bruto nationaal product, als op politiek vlak, omwille van de steeds scherper wordende budgettaire en organisatorische dilemma's, als op sociaal vlak, omwille van de moeilijke morele keuzes die dank zij de gestegen medisch-wetenschappelijke mogelijkheden, door mensen moeten worden gemaakt. Uit Uw programma blijkt dat de Vlaamse geneeskundigen niet wegkruipen in een zelfgenoegzame verdediging van de eigen winkel, maar resoluut de maatschappelijk-economische dimensie van de geneeskunde onder de loep nemen. Zo staan centraal: de rol van de overheid in de medische verzorging, de gezondheidszorg als groeifactor in de economie en de financiering van de gezondheidszorg in het Vlaanderen van de toekomst.

En met dit laatste thema belanden we in het probleemgebied van onze staatkundige structuur, een probleemgebied waarmee ik me als voorzitter van het OVV ten zeerste betrokken voel. Of de gezondheidszorg Vlaams of Belgisch moet zijn is uiteraard niet de enige interessante vraag i.v.m. onze gezondheidszorg. Zo zijn er andere cruciale vragen zoals kan de overheid in de toekomst, via de sociale zekerheid, de steeds stijgende kosten van de gezondheidszorg nog wel blijven financieren, welke besparingsmechanismen kan men invoeren, in welke mate kan de therapeutische vrijheid hierbij gehandhaafd worden, of moet men van de prestatiegeneskunde afstappen, op welke wijze moeten de huidige structuur en beheersvormen van klinieken aangepast worden, wat is de verhouding tussen eerstelijns- en verdere lijnsgeneeskunde, enz.

Het antwoord op deze vragen duldt geen eeuwenlang uitstel gelet op de dreigende uitdaging van de veroudering van onze bevolking, die als een ijsberg naar onze Titanic toeschuift. De oplossing van deze dilemma's zal hoe dan ook moeilijk en pijnlijk blijven, of ze nu op een Vlaamse of op Belgische tafel worden gelegd.

De gekende spreuk 'wat we zelf doen, doen we beter' parafraserend, zou ik voor de gezondheidszorg echter durven zeggen 'Onze eigen ziekten genezen we beter zelf'. Uit elk studierapport dat over de gezondheidszorg in België wordt gemaakt komt het als een evidentie naar boven drijven: het Franstalig landsgedeelte, inzonderheid Wallonië, heeft niet alleen andere problemen of staan andere problemen te wachten dan Vlaanderen (bv. de veroudering van de bevolking), maar ook de oplossingen, die in beide deelstaten worden ontwikkeld, zijn in de loop van de jaren, niettegenstaande de nog steeds unitaire sociale zekerheidsstructuur, grondig gaan verschillen. Om maar één sprekend voorbeeld te geven: Vlaanderen besteedt 8 % meer uitgaven aan de huisartsengeneeskunde dan Wallonië en Wallonië 14 % meer aan specialistische geneeskunde dan Vlaanderen. Deze trend naar sluipende regionalisering van de medische cultuur hoeft voor ons niet afgeremd te worden. Dat de medisch cultuur aansluit bij de algemene preferenties van de bevolking is voor ons niet meer dan normaal. Ook beweren we niet dat de Waalse keuzes slechter zouden zijn dan de Vlaamse. Wat wij wel vragen is dat aan deze verschillen inzake medisch cultuur ook een institutioneel verlengstuk komt door de defederalisering van de gezondheidszorg en de groepering van het huidig Vlaamse, Belgische gezondheidsbeleid en het socialezekerheidsbeleid inzake ziekteverzekering in de handen van telkens één Vlaams en één Franstalige minister. Wat wij ook

vragen is dat inzake de keuze van medische cultuur ook gestreefd wordt naar regionale responsabilisering. Dat de keuze voor meer medisch comfort, ik zal het woord verspilling niet uitspreken, niet kan afgewenteld worden op de belastingbetalers van de andere regio. Een uitgavenkloof van 4,8 miljard BEF en een inkomstenkloof van maar liefst 51,485 miljard BEF (ik baseer me op de cijfers van een CM-studie van 2001) heeft wellicht niet alleen te maken met grotere objectieve noden maar ook met het afwentelen van de kosten van groter medisch comfort op de burgers van de andere regio.

De defederalisering van de structuren in de gezondheidszorg en de responsabilisering van de regionale uitgaven, met behoud evenwel van solidariteitsmechanismen, is dus een prealabele voorwaarde om de andere, vermelde problemen in de gezondheidszorg aan te pakken. Ik weet dat het Vlaams Geneeskundigenverbond dit punt steeds hoog in zijn vaandel heeft gedragen. Ik hoop dat dit in de nabije toekomst ook zo zal zijn. Ik heb immers het gevoel dat we op een kruispunt der wegen aan het belanden zijn, nl ofwel een herverbelgisching van de bevoegdheden die we na een moeizame strijd hebben kunnen vervlaamsen, of wel een stevige doorgroei naar de uitbouw van twee autonome deelstaten in Europees verband.

Een ander probleem, dat met de gezondheidszorg niets te maken heeft, nl. de splitsing van het arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde kan hier als katalysator gelden. Graag dring ik er dan ook op aan om er morgen, voor de betoging in Halle, bij te zijn. Een stevige ochtendwandeling is gezond, voor uw eigen lichaam, voor uw humeur en voor de toekomstige gezondheidszorg in Vlaanderen.

In naam van het OVV wens ik u een aangenaam en leerzaam colloquium



GEZONDE GEZONDHEIDSZORG DOOR SYNERGIE

Prof. Dr. Jan PEERS

Het gezondheidszorgsysteem staat onder druk.

De meest aangehaalde reden voor hervormingen is de vrees dat het stelsel in zijn huidige vorm onbetaalbaar zal worden. Maar:

- Reeds vandaag wordt voor ongeveer elke deelsector gewezen op de ontoereikendheid van het toegewezen budget.
- Uit de nationale gezondheidsenquête blijkt dat **voor steeds meer personen** de uitgaven voor **gezondheidszorg een te dure post** geworden zijn waardoor ze er geen of veel te laat beroep op doen.
- Bij artsen en andere **zorgverstrekkers** leeft veel **ongenoege** en ontgoocheling.
- De **kostprijs** voor de gezondheidszorg **zal verder stijgen** o.m. door de demografische ontwikkelingen, de nieuwe technologie en de groeiende loonlasten in de zorgvoorzieningen.

Dit heeft als gevolg dat een eenvoudige budgettaire inkrimping moeilijk kan. Het zou leiden tot verschraling van de dienstverlening of verschuiving van de financiële last naar het individu, zijn familie, de belastingbetaler, de verschillende overheden, de opleidingsinstellingen, de zorginstellingen, de verzekeringsorganisaties, de industrie e.a..

Oplossingen zullen dus ook moeten gezocht worden door andere middelen zoals het maken van keuzen door bewust stellen van prioriteiten of het zoeken naar meer doelmatigheid. Dat raakt de overheid (overheden), de verzekeringsorganismen, de verstrekkers en de bevolking. Het gaat over de essentie van het systeem, zijn doelstellingen en resultaten. De te nemen opties moeten aan meerdere problemen tegelijk een antwoord bieden en om kans op slagen te hebben ondersteund worden door alle actoren uit de gezondheidszorg.

In deze korte inleiding overlopen we een aantal vaststellingen die inhoudelijk voor een hervormingsplan van pas kunnen komen. Het zijn algemene aandachtspunten die bij welke hervorming ook in rekening zullen gebracht worden. Ze zijn bedoeld als een kader voor reflectie. Daarnaast willen we ook een aanduiding geven van de voorwaarden om tot een effectief en uitvoerbaar project te komen.

Doelstellingen

In die zin is het de moeite om met het oog op hervormingen een aantal doelstellingen te bevestigen of meer duidelijk te maken:

- Een effectieve **financiële bescherming bij ziekte**
- **Gezondheidsobjectieven**, voor individu en bevolking, die concreet **bepaald** en **gehaald** worden
- Een **evenwicht tussen enerzijds de middelen die de maatschappij ter beschikking wil stellen en anderzijds de werkelijke kostprijs van de gezondheidszorgen** om de vooropgestelde gezondheidsobjectieven op een efficiënte manier te behalen
- Een kwaliteit die **door de bevolking positief gewaardeerd wordt**
- **Beroepsuitoefening onder voorwaarden die leiden tot authentieke werkverdoening voor de zorgverstrekkers.**

Factoren die het resultaat van de gezondheidszorg bepalen

Het resultaat dat in werkelijkheid door de gezondheidszorg zal kunnen bereikt worden is afhankelijk van

- de wijze waarop het stelsel aansluit op het geheel van het **gezondheidssysteem**

-de invulling van de **kernfuncties** van het gezondheidszorgsysteem

- de **sturing door de overheid**,
- de **invloed van de bevolking, de markt**,
- de **financiering** van het stelsel,
- het **genereren van voorzieningen (input)** voor gezondheidszorg,
- het **organiseren van de zorgverstrekking**

Kernfuncties van het gezondheidszorgsysteem

Elk van deze functies heeft impact op het resultaat uit zichzelf en door de invloed op de andere factoren.

OVERHEID

De rol die de **overheid** op zich neemt en wat aan derden wordt toevertrouwd is geen neutraal gegeven. De overheden hebben

als **sturende instantie**

een onvervangbare rol **voor het verzekeren van solidariteit en gelijkheid in toegang tot de zorg,**

en een belangrijke taak voor het scheppen van de omstandigheden ter bevordering van doelmatigheid en het toezicht op het bereiken van de kwaliteitsdoelstellingen.

Zij kunnen dat enkel doen als ze slagen in **efficiënte regelgeving en door een adequate financiering volgens prioriteiten.**

Hierbij hoort de vraag welke bevoegdheidsverdeling tussen de verschillende overheden het meest geschikt is om deze taken met voldoende coherentie te vervullen. Er bestaat twijfel of elke overheid vandaag wel echt aan doelmatigheid geïnteresseerd is.

FINANCIERING

Onder de functie financiering wordt begrepen het innen (verplichte bijdrage voor de ziekteverzekering) en toewijzen van de financiële middelen. Dit gebeurt vooral door het ter beschikking stellen van budgetten voor de verzekerde terugbetaling van diensten geleverd door de verstrekkers van gezondheidszorgen.

De kenmerken die met financiering te maken hebben zijn in ons huidig systeem

- de **solidariteit** door een verplichte ziekteverzekering,
- de **vrije keuze** van de verstrekker door de patiënt,
- het **overlegmodel** tussen verzekeraars en verstrekkers voor de verdeling van het budget met groeiende interventie van de overheid,
- **redelijke globale uitgaven** (binnen EU)
- hoofdzakelijk **betaling per verstrekking**.
- **groeïende financiële drempel voor toegang**;gevaar van slinkende bereidheid tot solidariteit
- **afwezigheid gestructureerde prioriteitsbepaling**
- **hokjesmentaliteit** bij toewijzing middelen
- kostenbeheersing door **middelencontrole** (prijs, volume, gesloten budgetten); niet door procesopvolging
- weinig stimuli voor doelmatigheid in zorgproces
- honoraria niet inspannings- of kostprijsgelinkt
- niet coherente bevoegdheidsverdeling overheden (Federaal - Regionaal - Lokaal)

GENEREREN VAN VOORZIENINGEN (INPUT)

De functie “genereren van input” omvat alles dat er toe bijdraagt dat alle elementen die voor gezondheidszorg nodig zijn ter beschikking zijn. Het omvat het ontwikkelen van kennis en wetenschappelijk onderzoek. Het omvat de opleiding, training en bijscholing van mensen die voor de verschillende zorgtaken nodig zijn, en de planning van behoeften aan de beroepsgroepen. In ons stelsel worden we geconfronteerd zowel met dreigende tekorten als met overaanbod. Het heeft te maken met de productie, distributie, en het verhandelen van geneesmiddelen, medische en niet-medische uitrusting. Het slaat op de voorziening aan infrastructuur, en de wijze waarop investeringskapitaal ter beschikking staat.

In ons stelsel mogen we zeggen dat de technologie in ruime mate en volgens de stand van de wetenschap aanwezig is. De programmering van het aanbod op vlak van beroepen, spreiding van diensten en apparatuur was weinig succesvol. Ze wordt door de sector vaak omzeild. De toepassing van dezelfde regels wordt door de verschillende overheden niet altijd consequent toegepast.

ORGANISATIE VAN DE ZORGVERSTREKKING

De functie “organisatie van de zorgverstrekking” heeft te maken met de concrete dienstverlening zoals die door zelfstandige zorgverstrekkers, of door openbare of private organisaties wordt aangeboden. In ons stelsel gaat het in grote mate over op verstrekkers gebaseerde organisaties, met een sterke rol van private non profit-organisaties.

Wellicht ligt hier de grootste uitdaging voor hervorming ten bate van kwaliteit en doelmatigheid. De grote challenge voor een **organisatorische hervorming**: is het opzetten van **netwerken voor zorgverlening** (ketenzorg) die het mogelijk maken het **gefragmenteerde zorgaanbod als een functioneel zorgprogramma voor de individuele patiënt** te organiseren. Op het terrein (maar zonder veel hulp van overheidswege) worden reeds veel inspanningen geleverd.

Hierna volgen een aantal van de **redenen** die aantonen dat deze hervorming noodzakelijk is en de kern vormt van de nagestreefde oplossingen:

- de toenemende **complexiteit van de zorgverlening**(complexe diagnosestelling, complexe therapiekeuze, behoefte aan kennismanagement)
- de **demografische ontwikkeling**: meer oudere personen met meervoudige zorgvragen
- de **toenemende onderlinge afhankelijkheid van de zorgberoepen**
- de **toenemende druk tot efficiëntie** o.w.v. de onvermijdelijke toename uitgaven voor gezondheidszorg
- het toenemend **interfereren van derden in de inhoud van het zorgproces** (managers, verzekeraars, overheden)
- de **groeivende invloed van patiënt/gebruiker op zorgproces** (mondiger, geïnformeerd).

Besluit

Sinds vele jaren wordt de noodzaak van hervormingen beleden. Door anders begrepen belang bij de verschillende instanties die voor de politieke besluitvorming instaan (de overheid op de verschillende niveaus is ook betrokken partij), door de vrees voor verandering bij belangengroepen wordt vaak de aanzet tot ingrijpende wijzigingen in stilte of met luide stem gekraakt.

Er is dus nood aan een neutraal forum dat objectief en zonder enige vooringenomenheid een scenario voor de transitie naar een hervormde gezondheidszorg in zijn geheel kan voorbereiden en begeleiden.

In zijn geheel dwz rekening houdend met de doelstellingen en de interactie tussen de financiering, het genereren van voorzieningen en de zorgorganisatie.

In zijn geheel omdat de transitie naar een hervormd systeem immers pas haalbaar, efficiënt en bestuurbaar is

- als de consequenties van veranderingen voorspelbaar zijn;
- als ernstige afspraken kunnen gemaakt worden over hoe alle betrokkenen hun rol optimaal kunnen vervullen (sluitende afspraken over werkzame en aangepaste overlegorganen);
- als daardoor het vertrouwen tussen de betrokken partijen hersteld wordt.

Dit forum moet voldoende autonoom zijn zodat alle belangen correct aan bod kunnen komen en alle **actoren zich als partners** kunnen engageren.

DE ROL VAN DE OVERHEID¹

Prof. Dr. Roger DILLEMANS



1. De overheid heeft een rol in de gezondheidszorg

De rol, interventie en impact van de overheid evolueren: van de afstandelijke *état-gendarme* naar de verzorgingsstaat en thans treedt zij weer terug in meerdere materies: culturele, economische (ook sociale?), om zich te concentreren op taken die zij niet kan of mag delegeren. De lijst hiervan is de laatste tijd ontstellend duidelijk geworden. Men mag het gevangenisbeheer niet “outsourcen”, men had de veiligheid van de luchthavens niet mogen privatiseren in de V.S.

Vergelijk het proces van uitbesteding en concentratie op de “core activities” in het bedrijfsleven en best ook in de social-profit sector. Kijk naar de nieuwe vertaling van het klassieke begrip subsidiariteit (nog eens herontdekt in het Verdrag van Maastricht).

De tegenstelling tussen het traditioneel wantrouwen t.a.v. staatsinterventionisme van de christelijk geïnspireerde social-profit sector, onderwijs en sociale organisaties, en de collectivistische bewegingen met neiging alle zorgen op de staat te werpen heeft van haar scherpte verloren.

Het begrip “orde” heeft zijn neutraal – liberaal – karakter verloren en is inhoudsvol geworden en heeft een positieve betekenis gekregen.

2. Dat wil niet zeggen dat de overheid alles zelf moet

ondernemen

Haar rol is een resultaatsverbintenis t.a.v. zichzelf en de gemeenschap voor de (noodzakelijke) organisatie waarvoor zij instaat: zij moet garanderen een rechtvaardige, sociale, solidaire, veilige samenleving met zoveel mogelijk kansen voor alle leden, alle burgers, tot volwaardige mensbeleving.

Bij vele “autonome” of delegeerbare materies, zoals het onderwijs, cultuur, de sociale sector en vooral de gezondheidszorg wenst de overheid terecht toch nog krijtlijnen te trekken; zoals eindtermen in het onderwijs met validering, equivalenties en civiel effect van de diploma’s, zoals een minimumbescherming en een referentiekader doorheen de ganse sector van sociale zekerheid en arbeidsrecht.

Daarbinnen neemt de gezondheidszorg een speciale plaats in, want het recht daarop is nu algemeen erkend als een basisrecht en de gezondheid als een primair goed en voor de meesten (buiten de schaarse helden en heiligen) zelfs het hoogste goed. Hier moet de overheid de verzorging van de context en omgeving op zich nemen: milieu, primaire preventie, infectie-bescherming, veiligheid... Zij moet voor de eigenlijke gezondheidszorg in onze ontwikkelde samenleving niet zelf de diensten verstrekken, wel de normering opstellen voor beroepsuitoefening, geneesmiddelen, erkenning van ziekenhuisdiensten, toegankelijkheid, kwaliteitszorg, enz., alsmede onvermijdelijk financieel tussenkomen om die gelijke kansen ad essentialia te waarborgen (en dus een planning van het aanbod opleggen, enz.)

Ik wens hier toch – al was het maar even – op de grond van de zaak in te gaan. Ik wens het onderscheid op te roepen tussen de “imperium”-functie en de “dominium-functie” van de overheid, om nog maar eens

¹ Voor deze toespraak werd gebruik gemaakt van stukken uit mijn Rapporteringsnota voor de Ministers van Sociale Zaken en van Volksgezondheid: “Een evenwichtige relatie tussen artsen en beheerders in het ziekenhuis”, dd. 28 maart 2003, nl. van de pp. 5-9 en 30-33, alsmede van p. 1-3 van Bijlage 2 en p. 9 van Bijlage 3.

naar de oude staatstheorie terug te grijpen. De overheid heeft een aantal specifieke taken als overheid in haar gezagsuitoefening, die zij in de regel niet kan delegeren; vooraan de ordehandhaving binnen een rechtsstaat, de veiligheid, de basisinfrastructuur, ook de garantie aan de basis van de nodige collectieve voorzieningen voor een echt zorgzame samenleving. Wij zijn trouwens toe aan een hersituering van de rol van de moderne centrale staat die na de negentiende-eeuwse liberale beperkte visie op l'état-gendarme zich is gaan inzetten op vele domeinen van het maatschappelijk leven, vooral na de Tweede Wereldoorlog in het perspectief van de welvaartstaat en zelf daartoe een groot aantal diensten en zelfs bedrijven in het leven heeft geroepen. Thans groeit het besef dat de overheid er wel moet voor zorgen dat deze objectieven van een zorgzame samenleving gerealiseerd worden, zonder dat zij dat zelf steeds moet in handen nemen op het terrein. Zij is overal aanwezig en dikwijls zwak en meestal geen goed, zeker geen gewiekst ondernemer. Ondertussen zijn haar basistaken, haar “core business”, zo cruciaal, zwaar en ingrijpend geworden dat zij wel moet stappen terugzetten en terugtreden uit een aantal sociale, economische, culturele en educatieve gebieden, zich daarbij concentrerend op wat ondelegeerbaar is: de normering, de erkenning, de kwaliteitscontrole, de planning van de diensten en hun subsidiëring, de sanctionering. Wat baat het een mooi opgezet systeem van “sociale zekerheid” als de zekerheid zelf, de veiligheid van de burger niet gewaarborgd is, als het gerecht niet in staat wordt gesteld zijn werk te doen op een efficiënte manier en wat is de burger ermee gelijk te hebben zonder het te krijgen, tenzij na een lange proceduretijd, wanneer het al zijn relevantie verloren heeft. Men moet niet alleen een sterk netwerk van goede urgentiediensten uitbouwen, men moet vooral ons pijnlijk record van zware ongevallen op de weg naar beneden halen. Als de criminaliteit nog nooit zo “goed” georganiseerd was als thans, dan moeten de politie en het gerechtelijk apparaat dat ook zijn.

De “imperium-functie”, de overheid in haar echte gezagsrol, is opnieuw belangrijker geworden. In haar eindverantwoordelijkheid voor een zorgzame samenleving, waarin elk lid van de samenleving kansen krijgt om een menswaardig leven te leiden, moet zij ervoor waken dat een aantal onvervangbare diensten van goede kwaliteit en met toegankelijkheid worden aangeboden. Gezondheidszorg is er zo één, zoals, mutatis mutandis, de postbedeling en een vlot verkeer en goed onderwijs en mooie musea. De optie om deze diensten zelf in te richten of het vrij initiatief te laten optreden situeert zich op het niveau van de middelen, de wijze waarop, de vorm waarin, de doelmatigheid en de meerwaarde. Het gezonde beginsel van de subsidiariteit, gebiedt dat de diensten best worden ingericht door wie ze best kan inrichten. In het politieke “kerntakendebat” moet het ook centraal staan. Als het vrij initiatief volwaardig is kan de Overheid binnen haar gezagsfunctie blijven, zoniet moet zij zelf de nodige diensten laten inrichten door openbare instellingen. De keuze is verschillend van domein tot domein. Zij is uiteraard sterk historisch geconditioneerd.

Maar deze openbare instellingen participeren dus niet aan de eigenlijke gezagsfunctie van de overheid. Zij moeten zich (wel steeds met het algemeen welzijn en in het bijzonder dat van de regio voor ogen) conformeren naar de inhoudelijke regels van het betreffende soort dienstverlening, maar tevens de kans krijgen om hun dienst op te zetten in dezelfde voorwaarden als het vrij initiatief dat kan. Als zij bijzondere opdrachten of doelgroepen meekrijgen die het vrij initiatief niet heeft, dan moeten zij daartoe de nodige specifieke ondersteuning krijgen. Maar dat is niet langer echt de optie. Dus ook niet dat facturen en deficits zonder meer kunnen worden doorgeschoven.

Ik neem het voorbeeld bij uitstek: de ziekenhuizen.

Ons netwerk van ziekenhuizen is thans zo geëvolueerd dat er nog weinig verschil bestaat in de opgaven van een ziekenhuis met privaatrechtelijk statuut of een openbaar ziekenhuis. De openstelling is of moet dezelfde worden. Geen onderscheid in behandeling op grond van levensbeschouwelijke redenen is aanvaardbaar. De kwaliteitsvereisten moeten dezelfde zijn. Denk aan het Vlaams “Kwaliteitsdecreet” op de ziekenhuizen.

De openbare ziekenhuizen maken het aanbod volledig en adequaat. Als er voor bepaalde regio's geen gepast aanbod bestaat of als er geen diensten worden opgezet die beantwoorden aan nieuwe behoeften, moet de overheid optreden met de creatie van openbare instellingen als het aanbod vanuit de vrije sector niet voldoet.

Uiteraard blijft het verschil bestaan in hoofde van de structuur van het beleid en de inrichtende instanties, een openbare instelling en een privaatrechtelijke, met eigen stakeholders en eigen soort raden van beheer. Maar dat moet geen reden zijn om anders te functioneren op het terrein, waar de patiënten worden

tegemoet getreden. Het personeelsstatuut moet dus onderhevig worden gemaakt aan dezelfde eisen van een goede werking van het ziekenhuis.

Er is geen reden om van het personeel van de openbare ziekenhuizen ambtenaren te maken. En voor de correcte en gezonde competitie die op gronden van kwaliteit en alleen op die gronden moet worden gevoerd is het niet wenselijk dat de statuten zo verschillend zijn dat zij de werking (onvermijdelijk) affecteren. Het mag ook niet zijn dat het ene statuut van aard is om beter personeel aan te trekken dan het andere, of te belastend om die af te stoten. De krapte aan bekwaam en gemotiveerd personeel is zo groot dat verschillende statuten geen storende factor mogen zijn bij het inzetten van gepaste mensen voor gelijke taken.

Ik heb altijd de specifieke verdiensten van het vrij initiatief onderstreept. Ik heb altijd het cruciaal belang van het openbaar initiatief waar nodig erkend.

De uitbouw van het vrij initiatief zowel in de gezondheidszorg als in het onderwijs en de sociale sector is in ons land en vooral dan in de Vlaamse Gemeenschap altijd sterker geweest dan in de meeste andere landen. Laten we ons daarover blijvend verheugen - de patiënten doen dat elke dag - en het verder dankbaar alle kans bieden als het zich conformeert aan de doelstellingen en kwaliteitsnormen van onze huidige samenleving – wat het in overwegende mate doet. Laten wij het belang blijven erkennen van een overheidsinitiatief in de vorm van een openbare instelling en dat dezelfde kansen bieden.

Beide sectoren hebben alhier een sterke traditie en sterk aanbod uitgebouwd. Elke ingreep ter discriminatie vermindert de waarde van het aanbod naar de patiënten toe. Dat kunnen we ons niet veroorloven in een domein als de gezondheidszorg dat al het minst beheersbare geworden is door de vergrijzing van de bevolking, de explosie in de technologische ontwikkeling, de recente (terechte) stijging van de loonkosten, de nieuwe dure geneesmiddelen op de markt en de onelastische vraag, die erg induceerbaar is door het aanbod en tot overconsumptie leidt vooral in de diagnostische sector en het geneesmiddelenverbruik.

Uiteindelijk criterium is: hoe kan de beste zorg worden verleend aan patiënten. En hun keuze moet niet worden ingegeven door het statuut – privaat of publiekrechtelijk – van de instelling.

3. Welke overheid?

- Sinds lang bepleit ik dat de gezondheidszorg op termijn uit de klassieke sociale zekerheid, die de beroepsgebonden risico's blijft dekken, zou worden gelicht, én erkend als een **“een risico van de burger”**, niet meer te financieren door het bedrijfsleven, veralgemeend en gelijkgesteld als een persoonlijk, geen afgeleid recht; waardoor: vereenvoudiging, groter ethisch gehalte en impact in de armoedebestrijding. Financiering: algemene middelen die nu al naar de sociale zekerheid gaan, persoonlijke bijdragen gerelateerd aan het globaal inkomen, plus belasting op gezondheid- en milieubedreigende consumpties.

- Dit brengt ons onvermijdelijk bij de politiek zwaar wegende problematiek van de bevoegdheidsregeling.

M.i. en volgens het groeiend inzicht van vele middens in Vlaanderen zou het nog een verdere logische stap zijn het gezondheidsrisico aan de Gemeenschappen toe te wijzen, mede met het oog op de vorming van homogene pakketten van bevoegdheid en van responsabilisering in een bij uitstek persoonsgebonden materie. Bovendien: de vraag, subjectieve behoeften, attitudes en voorkeuren liggen verschillend, de infrastructuur privé-publiek eveneens. (Ik heb het dus niet over de vervangingsinkomsten van de sociale zekerheid, die moeten gesitueerd waar het sociaal-economisch gebeuren zich afspeelt). Dat en een betere responsabilisering en goed management zullen de kosten beheersbaar maken. Ik ken de argumenten contra: rationele, irrationele en vooral hidden agenda's en politieke objectieven. Bij de ziekenfondsen blijkt er geen grote mobilisatie te zijn voor een algemene overdracht naar de Gemeenschappen. Ik vermoed dat de farmaceutische nijverheid hier evenmin zit op te wachten. Waar wel grote vraag naar bestaat is coördinatie, samenwerking, betrokkenheid van alle partners en overheden, maar ik denk eerlijk dat we consequent verder moeten gaan met het oog op een optimaler inrichting. Ik besef natuurlijk de huidige politieke geladenheid. Het hoger basisvoorstel van de technische splitsing mag in geen geval daaronder lijden. (Voor de communautarisering van de kinderbijslag pleit ook een deel van de argumentering, maar minder die inzake responsabilisering, globalisering en connectie met vraagstructuren en infrastructuren).

- Blijft de **Europese dimensie**. De Europese Unie is gestart als een initiatief van uit anti-oorlogsoverwegingen (kolen en staal), en uitgegroeid tot een economische eenheidsmarkt. Het sociale Europa is veel later aan bod gekomen en met nog steeds beperkt impact. Voor het vrije verkeer van diensten, personen en goederen maakt de gezondheidszorg een heel bijzondere domein uit. “Wij willen niet dat belangrijke sectoren zoals de gezondheidszorg, het onderwijs, de welzijnssector en de sociale woningbouw zonder meer worden onderworpen aan de regels van de vrije markt... Europa moet een sociaal Europa zijn... De solidariteit die wij voorstaan, verbindt ook alle delen van de Unie met inzichtneming van de subsidiariteitsbeginsel...” (uit het “Lentemanifest, DS 2 april 2004). De “Open method of Coordination” is een compromis tussen integratie en samenwerking, waarbij lidstaten gemeenschappelijke objectieven definiëren, met respect voor historische en culturele diversiteit, met Europese guide-lines voor best practices; benchmarking en kwaliteitsstandaarden (Dr. C. Boonen). Enkele cruciale doorbraken moeten de basis vormen voor een Sociaal Europa: een minimum gewaarborgd inkomen als een percent van de levensstandaard in de verschillende landen of regio’s en een standaard zorgpakket inzake gezondheidszorg voor alle Europeanen. De heilzame toetreding van de nieuwe acht centraal- en Oost-Europese landen is een ware test voor onze solidariteitsintenties.

4. Opties

De gezondheidszorgen zullen het **delicaatst te beheersen risico** van de ganse sociale zekerheid blijven. De werkloosheid gaat nieuw tijden tegemoet vanaf 2010 (opaboom), zelfs na de EU-intrede van de nieuwe landen. De pensioenen worden natuurlijk rechtstreeks beïnvloed door de vergrijzing (en ontgroening), maar op voorspelbare wijze; de gezondheidszorgen onrechtstreeks, maar even sterk, en ... onvoorspelbaar.

De betaalbaarheid van de gezondheidszorgen is het groot probleem, all over Europe. (Thans bedraagt het budget zowat 1000 miljard oude Bef, waarvan zowat de 2/3 via het RIZIV).

De **stijging van de onkosten** van de gezondheidszorgen heeft meerdere oorzaken, waaronder vooral de veroudering van de bevolking, de explosieve vooruitgang van de medische technologie - en wat mogelijk is wordt nu eenmaal toegepast en op korte tijd veralgemeend -; het aanbod aan zorgen is sterk vergroot en induceert groter consumptie, gezien de lage elasticiteit van de vraag: de gezondheid is het hoogste goed en dat laatste heeft ook de vraagcultuur en de ethische opstelling beïnvloed: het recht op gezondheidszorgen wordt geaffirmeerd als een basisgoed en brengt die bijna buiten de economische sfeer.

De **kwaliteit** en het niveau van gezondheidszorgen in ons land zowel inzake personen als infrastructuur en organisatie behoort tot de allerbeste ter wereld, zeker als men ook de toegankelijkheid in rekening neemt. En dit aan een kostprijs die ons toch nog zowat in het gemiddelde van de Europese statistieken brengt.

Toch is er nog een intense, volgehouden inzet nodig om zonder verder uitstel een aantal **structurele maatregelen** te nemen. Eigenlijk zijn we al geruime tijd aan een **grondige herziening** toe van het ganse systeem. Maar we moeten **omzichtig** te werk gaan om de positieve elementen van het huidig systeem niet te verliezen.

Toch moet iedereen inzien dat een jaarlijkse stijging met een percent dat het dubbele is van dat van de algemene stijging van het BBP niet blijvend houdbaar is.

De opgave wordt nog bemoeilijkt door de vertraging waarmee het RIZIV een sluitend zicht krijgt op gedane uitgaven. (Het RIZIV werkt al geruime tijd aan een actualisering van de uitgavenstroom) en vooral door de grote achterstallen in betaling vooral aan de ziekenhuizen, met de onvermijdelijke zwaardrukkende leninglasten. Alleen een aantal banken worden daar beter van; met gelden van de patiënten en de ziekteverzekering dus. De lede ogen van de ziekenfondsen kunnen hier misschien tot creatieve oplossingen oproepen; want die zijn er. Reddingbrengend hier zou een “rollend fonds” zijn, reserve voor overbrugging van achterstallen en tijdelijke deficits, maar het mag best ook een fonds zijn met reserves op langere termijn, een “gouden fonds” dan, naast het bestaande Zilverfonds).

En als een specifiek hogere stijgingscoëfficiënt hier kan verdedigd worden, dan zal die toch altijd nog concreet moeten verantwoord worden en dan rust op de bevoegde ministers een gerichte opdracht t.a.v. hun collega's van Justitie, Financiën, Milieu, Verkeer, enz. en t.a.v. bepaalde andere sociale prioriteiten binnen hun eigen bevoegdheidsdomein, zoals de optrekking van de lagere vervangingsinkomens en de garantie naar de pensioenen toe.

Regeringen moeten de moed hebben eerst tussen, maar dan ook binnen de verschillende mens- en samenlevingsrelevante domeinen meer werk te maken van het stellen van de **ware prioriteiten** - niet van het ogenblik, maar met de blik op de langere termijn - en die consequent op te volgen, regelmatig te toetsen en te evalueren op hun effect en innovatief te herschikken.

Dat de kosten voor gezondheidszorg een dermate stijging kennen is, zoals reeds gesteld, niet toevallig. Het stelt de samenleving en haar verantwoordelijken voor zeer serieuze keuzen. Lineaire verminderingen zijn geen keuzen. Zij zijn uit den boze, o.m. omdat zij kritiekloos, ongenueanceerd en zonder aandacht voor de grond van de zaak, uitgaan van uit het verleden gegroeide feitelijke toestanden en omdat zij mede straffen wie zich al met verantwoordelijke soberheid heeft opgesteld. Ingrepen zoals franchising en de maximum-factuur behartigen nog maar steeds de belangen van één groep, zij het de meest kwetsbare. Prioriteiten stellen is geen eenmalige operatie, zeker niet beperkt tot het begin van een legislatuur, maar een permanente opgave.

De gezondheidskosten worden de cruciale test voor de democratische regimes die als project hebben een samenleving van welzijn voor allen. Daarom moet, zonder verwijl, en met een grotere sérieux dan ooit voorheen, geijverd worden om die kosten aan een grondig en volgehouden onderzoek te onderwerpen. Vooreerst moeten de onkosten veroorzaakt door het systeem en de processen op hun graad van noodzaak onderzocht worden en zeker een aantal weggewerkt. Overconsumptie maar ook oneigenlijk gebruik moeten weggewerkt. Onredelijke profijten en inkomsten moeten tot normale verhoudingen herleid. Het systeem moet meer vraaggericht en minder aanbodgestuurd worden. Erkenning van diensten op grond van kwaliteit blijft nodig, maar volstaat niet. Zij moet in elk geval maar op redelijke minima-vereisten mikken en geen excuus vormen voor overinvestering of overconsumptie. Ook programmatie moet het aanbod redelijk, verantwoord en macro-doelmatig blijven houden. Hier moet dan weer op realistische maxima gemikt.

En finaal onontkoombaar is de continue objectieve doorlichting van de lijst en tarieven van terugbetaalde prestaties en "producten" met het oog op het resoluut schrappen van de minder noodzakelijke of niet meer zo noodzakelijke en in elk geval de voorbijgestreefde. Ook om ruimte te scheppen voor nieuwe vindingen met mogelijk grote genezende performantie. Een aantal terugbetalingen zijn aan het toeval te wijten, aan historische contingentia, aan achteraf overdreven gebleken (maar niet gecorrigeerde) inschattingen, aan lobbying o.m. richting gevoelige punten bij de Overheid. Zij beletten dat nieuwe kostbare helende producten en prestaties worden terugbetaald. Zij beletten dat ganse groepen gehandicapten de toegang krijgen tot voor hen reddingbrengende zorgen en middelen. De goede wil om op al deze punten de nodige ingrijpende politiek te voeren is aanwezig bij de Overheid. Zij richt daartoe bijzondere commissies, instituten en procedures in ter technische evaluatie en objectivering. Ik kan thans onvoldoende beoordelen of dit de gewenste weg is, maar zij hebben recht op een gunstig vooroordeel. Als ze maar echt met gezag ingrijpende voorstellen kunnen uitwerken op basis van degelijk voorbereidend werk door onafhankelijke deskundigen uit de wetenschappelijke wereld, en samen met alle actoren op het terrein, te beginnen met de administratie van het Ministerie en de inspectiediensten van het RIZIV, de grote ziekenfondsen met hun nog onvoldoende geopende en gebruikte gegevensbestanden, de vertegenwoordigers van de verstrekkers van wie moedige overstijging van particuliere belangen mag verwacht worden.

Er is nood aan groter **transparantie** (in de twee richtingen !), **responsabilisering** (ook van de patiënt!), **optimalisering van het aanbod** (ook van de zware apparatuur) en vooral **rechtvaardigheid** (zelfde financiering voor dezelfde zorgprestatie).

1. Een eerste onvermijdelijke en niet te nuanceren prioriteit is die van de **transparantie** in inkomsten- en uitgavenstroom, telkens in de verschillende richtingen dus. Macro-gezien moeten alle gegevens die de ziekenfondsen en het RIZIV (kunnen) ter beschikking hebben, worden geopend voor alle

verantwoordelijke actoren in het beleid (cf. de opgezette nieuwe commissies en instituten, met wel gevaar voor overlapping).

2. Vervolgens moet men van een ander basisprincipe nu eens consequent werk maken: dat van **rechtvaardigheid** in de toewijzing en verdeling van de middelen. De gezondheidszorg is zó kostbaar voor alle mensen en zijn financiële eisen zo drukkend dat men zich niet langer onverantwoorde, door de mantel van de historie afgedekte, door groepsegoïsmen in stand gehouden, door aan de aard der zaak vreemde argumenten geclaimde, door secundaire institutionele politieke motieven gevorderde verschillen mag veroorloven.

Eenzelfde behandeling mag niet meer of minder kosten naargelang de aard, de plaats of de institutie van de verstrekker. Ieder rechtgeaard burger zal het basisprincipe “zelfde financiering voor dezelfde zorgprestatie” onderschrijven, alsmede het wegwerken van onverantwoorde practice variability in indicatie, resultaat en gebruik van middelen (prestaties, medicatie, verpleegduur). Dit gebeurt best via standaardiseren van de zorg met guidelines of praktijkrichtlijnen. We moeten wél beseffen dat het zeer moeilijk te beoordelen is of het om de identieke pathologie gaat, die verzorgd wordt. Er zijn in principe geen twee dezelfde patiënten: oud/jong, vrouw/man, sociaal begoed/behoefstig, elk met hun weerslag op de algemene toestand, het voorkomen van verwickelingen, de patiënt compliance ofwel het begrijpen en volgen van de therapeutische richtlijnen. Het is duidelijk dat korte ligduren en efficiënte behandelingsprotocols beter toepasbaar zijn op een begoede en jongere populatie van ziekenhuis A met een elitair doelpubliek in de Europese hoofdstad, dan op de allochtone, marginale en conditioneel slechtere populatie van het O.C.M.W.-ziekenhuis B in Brussel of C in Antwerpen. Wat zeker vermeden moet worden is de Amerikaanse ervaring van negatieve selectie van patiënten: de jongste, gezondste en verstandigste patiënt brengt voor een standaardvergoeding bij een behandeling of ingreep het meest op voor het ziekenhuis.

3. Het door de overheid sterk gevoerde thema van de **responsabilisering** moet consequent worden toegepast op het terrein, met de gepaste sanctionering, en uitgebreid tot alle betrokken artsen, ziekenfondsen, ziekenhuisbesturen, paramedici, farmaceutische nijverheid en officina.

Maar ook tot ... de **zorgvragers en patiënten**. (Ontbrekend hoofdstuk in de nieuwe wetgeving patiëntenrechten?). Opvoeding van de patiënt (burger) met zijn eigen verantwoordelijkheden inzake dieet, alcohol, tabak, risico's, enz. en niet in het minst inzake onredelijke verwachtingen m.b.t. de mogelijkheden van de geneeskunde, is zeker wenselijk, aangevuld met belastende maatregelen ter ontmoediging. De ingebakken sociale ongelijkheid (milieu, opvoeding, scholing, tewerkstelling, leefomgeving, ...) maken dit dan weer een minder gemakkelijk afdwingbare zaak: de zorgbehoeften zijn in se ongelijk en beïnvloed door de sociale ongelijkheid (cfr. levensverwachting, ongevallen, gezondheidsindex, enz.). Wij zijn natuurlijk tegen een gezondheidszorg met twee (of meer) snelheden. Maar er valt nooit aan te ontsnappen dat de meerbegoede eigen middelen aanwendt voor een bijkomende en betere (comfort) verzorging. Het basispakket is dan wel gelijk, maar er zullen in de praktijk steeds verschillen zijn: aanvullende private verzekeringen, supplementaire erelonen, privaat-behandeling, eenpersoonskamer, enz. Wat zeker al zou moeten dat deze extra-inkomsten als de echte kruissubsidiëring worden aangewend voor het mede opvangen van de financieringstekorten bij de zorg voor de sociaal zwakkeren.

De **ziekenfondsen** kunnen een grote bijdrage leveren vanuit hun vertrouwdheid met de problemen op het terrein vanuit de patiëntenzijde, maar ook vanuit een goed zicht op de globale gang van zaken. Wij hebben ziekenfondsen die door een voorbeeldig beheer en sociale inzet, in een vaak positief corrigerend optreden, bijdragen tot het huidig voortreffelijk niveau en de feitelijke toegankelijkheid van gezondheidszorgbedeling. Zij brengen het thans opnieuw geprezen middenveld (M. Elchardus en Co) in het beleid. En zij zijn in staat de meest relevante en overtuigende gegevens te verschaffen waarop nieuwe ingrijpende maatregelen moeten steunen.

4. De optimalisering van het aanbod aan gezondheidszorgen is nooit met de nodige luciditeit en nog minder met de nodige moed aangepakt.

a) Echelonnering van ziekenhuizen heeft nooit echt kans gemaakt. Anderzijds is er "de onomkeerbare ontwikkeling van een ziekenhuiszorg en een ziekenhuisorganisatie die historisch steeds aanbod- en verstrekkergedreven zijn geweest naar een vraag- en patiëntgedreven zorg en zorgorganisatie. Ziekenhuisbestuur was tot recent een beheer van structuur en infrastructuur, van bedden en gebouwen, van afdelingen en departementen, van personeel, van apparaten, van uitrusting. ... Ziekenhuisbestuur wordt een aansturen van processen, van activiteit, van zorg. De patiënt, zijn omgeving, de maatschappij waarin hij leeft worden de eerste, en zo al niet de eerste, dan toch belangrijke belanghebbenden/stakeholders. Ziekenhuisbeleid wordt in essentie zorgbeleid." (A. Vleugels)

b) Maar men moet er ook mee rekening houden dat de vraag hier veel meer dan elders erg "onelastisch" is (zie hoger, de gezondheid als hoogste goed, waar men virtueel "alles voor over heeft"). Aldus kan het aanbod sterk de vraag induceren. Er is niet alleen het aantal artsen. Maar ook de druk van b.v. de af te schrijven zware medische apparatuur; men moet de behoeften wetenschappelijk goed onderbouwen en objectiveren, vooraleer de sector hierover te laten adviseren; de Gemeenschappen moeten de rol vervullen die ze toevertrouwd kregen (controle, eenvormige toepassing, sanctionering). Volgens de internationale vergelijkingen hebben we een teveel aan artsen, ook in Vlaanderen, maar vooral in België, tenminste op dit ogenblik. Er zijn aanduidingen dat de beperkende maatregelen tot specifieke tekorten zullen leiden op - welbepaalde - termijn. Deze moeten beter in beeld worden gebracht en permanent opgevolgd en zonodig bijgestuurd. We moeten in elk geval de nadelige gevolgen van de strenge Nederlandse aanpak, zoals onduidelijke wachtlijsten, vermijden. Het ingangsexamen is zeker voor verbetering vatbaar, maar het verschil in opstelling vanwege het Franstalig en Nederlandstalig onderwijs – een Gemeenschapsmaterie – kan tot onaantvaardbare gevolgen leiden. En wat in geen geval kan: de toegang tot het beroep ontzeggen aan iemand nadat die al die jaren van het zwaar curriculum zich daarop heeft voorbereid.

Een ingangsexamen bij de aanvang van de universitaire studies voorkomt frustratie bij jongeren en overinvestering, lijkt democratisch maar is ook on sociaal gezien de ongelijkheid van kansen die o.m. te maken heeft met de ongelijkheid in niveau van het secundair onderwijs; tenzij men de jongeren kan testen op hun kunnen en niet op hun kennen. Zoniet moet het examen na een eerste of tweede jaar worden ingericht.

Wel moet de oriënterende begeleiding geïntensifieerd en beter gecoördineerd met op elkaar afgestemde inbreng van zowel het secundair als het hoger onderwijs, gestructureerd en uiteindelijk ook indirect gesanctioneerd, zoals in het Vlaamse voorstel van het individueel studiekeuzedossier.

Persoonlijk pleit ik voor de herleiding van de eigenlijke humaniora tot vijf jaar gevolgd door een oriëntatiejaar waarin men kan kiezen tussen één van de vier grote wetenschapsdomeinen: cultural, social, natural en life sciences.

De zogen. contingentering moet permanent opgevolgd en zonodig bijgestuurd worden. Per specialisme. Maar ook in functie van veranderende tijden: zoals de feminisering in het beroep en het streven naar persoonlijke levenskwaliteit.

c) En dan is er de druk van de farmaceutische sector, met hun argument pro noodzakelijke researchfinanciering vanuit hun patenten (p.m.)

d) De druk vanuit patiënten neemt nieuwe vormen aan, met de juridisering van de verantwoordelijkheid en het impact van de verzekering (p.m.)

5. Actoren, stakeholders en knelpunten

Dit brengt ons tot het algemeen problemen van de druk van de middenveld-organisaties, de professionele organisaties, de sociale partners, waardoor een aantal netelige knelpunten de hele problematiek blijven beheersen. Hun oplossing moet zoveel mogelijk gesteund zijn op consensus van de belangrijkste partijen, die én de pax medica én de belangen van de patiënt én de motivering van de verstrekkers én de beheersbaarheid van de uitgaven in de hand werken. Wat de consensus en het bekend Belgisch sociaal overlegmodel betreft is de situatie hier moeilijker dan in de andere sectoren van de sociale zekerheid, vermits wij hier eigenlijk te maken hebben met een dubbele paritaire beheersstructuur - en dat is sinds de voorbereidingen op de basiswet op de ziekteverzekering van 1993 tot op heden een teer punt gebleven. Enerzijds is er de negotiatie tussen artsen en andere verstrekkers van gezondheidszorgen met de

ziekenfondsen, anderzijds is er die tussen de klassieke sociale partners, die zich als de financiers voelen van het systeem en dus ook zicht, inzicht en toezicht willen hebben. Zij klagen erover dat, hoewel zij zitting hebben in het hoogste orgaan van de R.I.Z.I.V., de Algemene Raad, de beslissingen niet daar maar reeds vooraf in het Verzekeringscomité en de medico-mutualistische Commissie genomen worden - tenminste indien die tot een akkoord komen. Ondertussen is die onvermijdelijke partner van het laatste woord, de Regering, die het budget moet goedkeuren en zelf voor een aanzienlijk en voorzeker nog te stijgen deel medefinanciert zich ook gaan anders organiseren, en in plaats van te wachten tot een consensus tot stand komt die dan nadien de factuur presenteert, is zij nu al structureel aanwezig via vertegenwoordigers van de betrokken ministers in die Algemene Raad, zoals zij dat ook is, in het Beheerscomité (voor het globaal financieel beheer) van de sociale zekerheid.

Een eerste lijst van knelpunten omvat:

- de aangehaalde numerus clausus
- de farmaceutische octrooien en de generische geneesmiddelen
- de echelonnering en verplichte of gestimuleerde doorverwijzing van huisarts naar specialist
- de medische verantwoordelijkheid; de rol van de Orde
- de medicalisering van de zorgsector; cure and care.
- de social-profit aanpak en de commercialisering
- de fusies van openbare en private instellingen en hun personeelsstatuut.
- de centrale plaats van de patiënt, bv. in de driehoek met arts en ziekenhuis.
- de netwerken rond een acuut ziekenhuis: polikliniek, huisarts, thuisverzorging, nazorg.
- de specifieke rol en financiering van de universitaire ziekenhuizen.
- de opname van buitenlanders
- onderwijs en research in de gezondheidszorg
- de administratieve overlast
- “Beter bestuurlijk beleid” en de IVA’s en EVA’s
- ...

Een van de meest cruciale knelpunten, omdat het zich afspeelt in de omgeving waar de gezondheidszorg veruit de meeste diensten levert en kosten veroorzaakt, blijkt de relatie te zijn tussen twee centrale actoren: de **artsen en de ziekenhuizen**, zowel inzake beheer en structuur als inzake financiering.

Beide groepen, artsen en ziekenhuisbeheerders, zijn zich ervan bewust dat de stijging van het budget gezondheidszorgen niet onbeperkt kan doorgaan en dat derhalve de ware **prioriteiten** (en posterioriteiten) moeten worden uitgetekend.

Beide zijn overtuigd van het cruciaal belang van **goede verhoudingen** tussen beide binnen het ziekenhuis. Beide zijn ervan overtuigd dat die vooral te maken hebben met **goede financiële afspraken**.

De ziekenhuisbeheerders zijn unaniem in hun klacht over wat zij noemen de **structurele onderfinanciering** van het ziekenhuisbudget, vooral te wijten aan door de overheid opgelegde meerkosten, vooral maar niet alleen inzake personeel. Zij kijken uit naar grotere consequentie vanwege de overheid richting opname van die meerkosten in wat voorheen de verpleegdagprijs heette, en, indien het globaal budget gezondheidszorgen onvoldoende blijkt, naar het budget geneesmiddelen en een aantal hoge artsenhonoraria. De artsenverbonden zijn zich bewust van deze onderfinanciering, maar wijten die voor sommige ziekenhuizen ook aan tekortkomingen in het beheer. Zij vrezen verregaand en **ongeremd beslag op de honoraria**. Zij houden aan het stelsel van **betaling per prestatie** en zijn wantrouwig t.o.v. de nieuwe vormen van procesgebonden financiering.

a) Beheer en structuren

Ik pleit voor een **inspraak van de artsen, die gebaseerd is op hun professionele competentie en verantwoordelijkheid** en niet op hun financiële inbreng.

- De **eigenheid van de ziekenhuisopgave** vergt een eigen bestuur. De initiatiefnemers, privaot of publiek, vormen de “**algemene vergadering**”, die de algemene objectieven daarvan bewaakt en instaat voor de maatschappelijke verankering. In de “**Raad van beheer**” horen beheersdeskundigen, met door het project geïnspireerde inzet en met de nodige onafhankelijkheid; zonder belangenvermenging; ook personen met medische expertise. Hij heeft de uiteindelijke beleidsverantwoordelijkheid voor het geheel.
- Het ziekenhuis is **één geheel, één “onderneming”**. Wel **sui generis**, omwille van de belangrijke plaats van **professionals**, de artsen, met eigen expertise, deontologie en verantwoordelijkheid; zij moeten dus op adequate wijze betrokken zijn bij het geheel: “**intégration partenaire**”.
- De dagelijkse leiding berust bij het **directiecomité**, o.l.v. de algemeen directeur, dat verantwoordelijkheid voor het geheel moet kunnen opnemen. Ik stel voor dat daarvan deel uitmaken, naast de hoofdgeneesheer, de (2à4) centrale medische diensthoofden.
- De **medische praktijk moet beter georganiseerd worden** o.l.v. de hoofdgeneesheer en de artsendiensthoofden, die moeten worden gerevalueerd in hun bekwaamheid en impact, middelen en honorering.
- De **medische raad** is een belangrijk orgaan dat ervoor moet waken dat de artsen in het ziekenhuis betrokken blijven en hun medewerking verlenen. Hij vertegenwoordigt alle artsen en heeft een uitgebreide advies- en toezichtsbevoegdheid. Hij moet effectief geassocieerd worden bij de grote beslissingen, hierbij een duale structuur vermijndend. Zijn profiel moet hertekend worden i.f.v. de voorgestelde beheerswijzen. In geen geval mag dat louter corporatistisch zijn. Hij moet ook optreden in intra-medische kwesties, zoals associaties en honorariaverdeling.
- Een grote opgave wordt de “**kwaliteitszorg en de kwaliteitsevaluatie**”, met de onvermijdelijke “**accountability**”, de nieuwe trend in vele andere sectoren van het maatschappelijke bestel. Zelfs “**ranking**” van ziekenhuizen, m.i.v. de delicate morbititeitscijfers is niet meer zover af.

b) Financieringssystemen

- Het is niet realistisch noch aangewezen het systeem van de duale financieringsinstroom met de **betaling per akte** thans en zonder meer te willen stoppen of ombuigen. Laten wij het systeem aanhouden, het verbeteren, globaliseren instellen voor bepaalde groepen prestaties en systeemalternatieven geleidelijk en na experimenten opzetten. Zelfs daarin zou m.i. best de betaling per akte gedeeltelijk behouden blijven bv. i.v.m. de intellectuele prestatie, o.m. met het oog op het behoud van de meer dan standaardinzet en serviability van onze artsen.
- Men moet het **systeem verbeteren** door een **herijking van de nomenclatuur**. Daarnaast moet telkens een **onderscheid** gemaakt worden tussen het **aandeel kost voor materieel, personeel en infrastructuur** en het **aandeel dat de waarde** vergoedt van het eigenlijk **medisch optreden**, die varieert volgens een lijst van relevante criteria. Deze opdeling dient **als referentie** voor de **afhouding van honoraria**
- Het beter inzicht in de samenstelling van de nomenclatuurbedragen laat toe het gebruik van (medische) (vooral zware) **apparatuur rechtstreeks te financieren**, in transparantie, vertrouwen in de medische expertise en wederzijds toezicht.
- Gaandeweg kan men omzichtig **globaliseren en systeemalternatieven invoeren**. Zoals uitbreiding van het forfaitair systeem voor bepaalde prestaties. Zoals pathologie-gerelateerde financiering. Zoals in het systeem van de zorgprogramma's.

x
x x

We gaan nu twee “verkiezingsvrije” jaren tegemoet. De PC kent dit cynisch neologisme nog niet. Maar laten wij “met z'n allen”, loskomend en in openheid, met luciditeit en moed, van deze korte tijdspanne die ons “gegund” is, gebruik maken om “langere termijn” objectieven uit te tekenen.

DE VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG ALS GROEIOMARKT

Mevr. Sonja TEUGHELDS – Adviseur Kenniscentrum VOKA-VEV

Inleiding

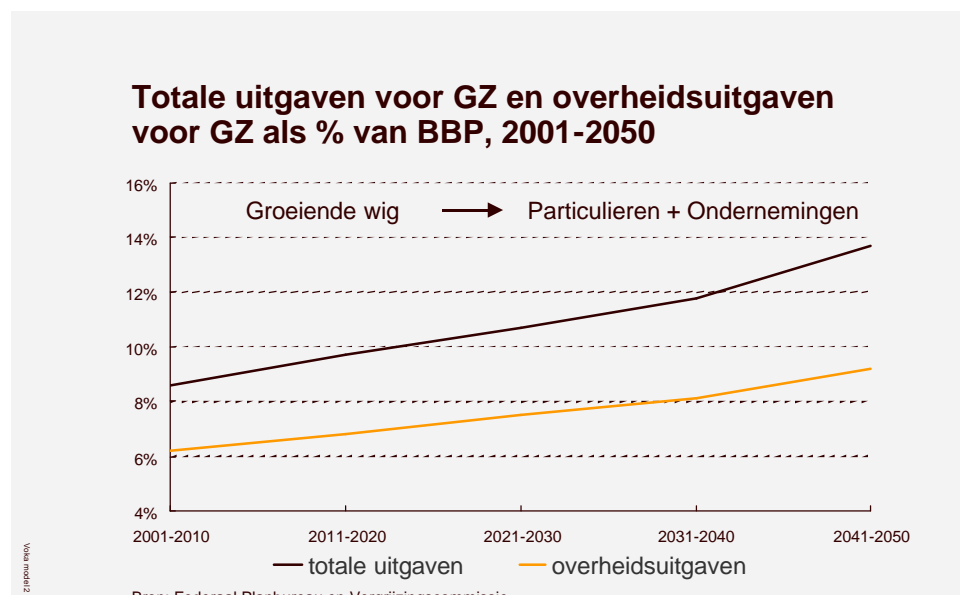
Het jaarlijkse congres van het Vlaams Geneeskundigenverbond plaatste dit jaar gezondheidszorg in de ruimere context van een gezonde economie. Het VGV vroeg aan Voka, het Vlaams netwerk van ondernemingen, een bijdrage over het thema 'gezondheidszorg als groeiemarkt'. Dat dit geen voor de hand liggend thema is, bewijst de stroom aan berichten en rapporten die hameren op noodzakelijke rationalisering en hervorming die zich mettertijd opdringen. Met deze bijdrage willen we de noodzaak aan hervorming mee ondersteunen door gezondheidszorg vanuit een andere invalshoek te belichten. **We pleiten voor een verruiming van gezondheidszorg van budgettaire en regionale sector naar internationale en groeiende sector.**

Gezondheidszorg is een essentiële voorwaarde voor het welzijn van een samenleving en de gezondheid van haar inwoners. Daarnaast is zij een belangrijke determinant voor de economische groei en welvaartscreatie, alsook voor de competitiviteit van onze samenleving, dit om drie redenen:

- o Vooreerst draagt zij bij tot het welzijn en de gezondheid van het **menselijk kapitaal**.
- o Daarenboven worden haar groei en uitgaven voornamelijk gefinancierd via **lasten op arbeid** en dus via economische groei.
- o Tot slot betekent gezondheidszorg een grote directe en indirecte tewerkstelling in tal van sectoren waarvan sommige internationale **groeiende markten** zijn.

Belangrijke kenmerken van financiering en organisatie van gezondheidszorg

We staan vooreerst stil bij de evolutie van de uitgaven en de **financieringskenmerken**. Gezondheidszorg is één van de grote pijlers naast pensioenen en werkloosheidsverzekering in de sociale zekerheid die in haar totaliteit 23.4% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) groot is. In het kader van de vergrijzing waarbij 2030 een belangrijk scharniermoment wordt (omwille van het groot aantal babyboomers dat dan de pensioengerechtigde leeftijd bereikt), worden een aantal mechanismen en zekerheden van de sociale zekerheid in vraag gesteld. De extrapolerende studies en ramingen van de Studiecommissie voor de Vergrijzing van de Hoge Raad Van Financiën bieden hier meer duidelijkheid. Zo verwacht deze vergrijzingscommissie dat de uitgaven voor onze sociale zekerheid constant blijven tot 2010 en daarna toenemen tot 26.7% in 2030. Deze stijging wordt vnl. gerealiseerd binnen pensioenen en gezondheidszorg. Dit betekent concreet dat de budgettaire kost van de vergrijzing tussen 2003 en 2030 neerkomt op 3.4% van BBP.



voka
Vlaams
Economisch
Verbond

Over deze tijdsspanne 2003-2030 schat de vergrijzingscommissie (VC) de groei voor gezondheidszorg in op 2,4%. Deze verwachte stijging betekent vooreerst dat de jaarlijkse groei van 1,8% in het scenario van de VC veel lager ligt dan de huidige reële groeinorm van 4,5%. Het betekent ook de jaarlijkse groei hoger ligt dan onze huidige en verwachte economische groei. Tussen 1990 en 2004 nam het budget voor geneeskundige verzorging (RIZIV) toe met maar liefst 152% in

tegenstelling tot een groei van slechts 70% van het BBP over diezelfde periode. Het grote verschil tussen de beide groeipaden is van bijzonder groot belang voor het behoud van onze welvaartscreatie en

competitiviteit van onze economie. Vandaag wordt ongeveer 75% van alle inkomsten voor de sociale zekerheid (en dus ook gezondheidszorg), gehaald uit sociale bijdragen: lasten op arbeid betaald door werkgevers, zelfstandigen en werknemers. Trendonderzoek verduidelijkt dat 60% van het totaal van de sociale bijdragen betaald wordt door werkgevers, 30% door werknemers en 10% door zelfstandigen. De grote en directe last op economische groei, de verwachte stijgende behoeften en financieringsnoden in gezondheidszorg, de loonlastencompetitiviteit van België in vergelijking met andere landen, nopen ons tot een dringende herziening op een aantal fronten. Inzake financiering moet gezocht worden naar mechanismen die minder zwaar wegen op de productie (vnl. via lasten op arbeid en vennootschapsbelasting) en de lasten beter spreiden over alle inwoners.

Inzake de verzekerde risico's moet de vraag worden gesteld of alle risico's door de hele gemeenschap moeten worden gedragen en waar de verantwoordelijkheid begint van elk individu? In die zin pleit Voka voor de uitbouw van een volwaardige tweede en aanvullende pijler waarbij de eerste pijler (basis) de grote levensbedreigende en financieel zware risico's omvat. Dat deze evolutie zich vandaag reeds voltrekt, bewijzen de groeicijfers van de private verzekeringsmarkt en de groeiende wig die zich voltrekt tussen totale en overheidsuitgaven. Bovenstaande grafiek geeft de prognoses van het Federaal Planbureau.

Gezondheidszorg als groeimarkt vereist naast een houdbare financieringsstructuur ook een daadkrachtig beleid. De **organisatie** en **aansturing** kenmerkt zich door een breed overlegmodel, een louter budgettaire aansturing met een ver doorgedreven segmentering en gebrek aan coherent beleid. In de schoot van het RIZIV overleggen de belangrijkste geledingen over de verdeling van het budget naar o.a. geneesmiddelen, de honoraria van de diverse beroepsgroepen, apparatuur enz. Na de verdeling en de bereikte consensus wordt het budget strikt bewaakt wat in geval van overschrijding leidt tot terugbetaling en recuperatieprocedures zoals het 'Claw Back' mechanisme voor de farmaceutische sector. Dat het budget moet bewaakt worden is goed en zelfs noodzakelijk. Toch lijkt het dat deze budgetbewaking onvoldoende aandacht heeft voor het integrale en globale aspect van gezondheidszorg gezien het budget wordt verdeeld over sectoren en subsectoren en totaal voorbijgaat aan preventie en welzijn. Er kan geen sprake zijn van een integraal zorgbeleid als twee aanpalende domeinen aan het genezend proces, niet mee in rekening worden genomen en op volkomen artificiële wijze zijn losgekoppeld van gezondheidszorg en onder verschillende overheden ressorteren. Een globaal kader met lange termijn gezondheidsobjectieven, coherente bevoegdheden met een houdbare financieringsstructuur, bieden de beste garanties voor een gezondheidszorg als groeimarkt.

Gezondheidszorg als groeimarkt

De stelling dat gezondheidszorg een groeimarkt is, verwijst naar **opportunities die zich stellen door de aanwezigheid van een performant én toegankelijk zorgaanbod, de aanwezigheid van toponderningen, onze positie in onderzoek en ontwikkeling en innovatie binnen gezondheidszorg.**

Internationaal vergelijkend onderzoek toont aan dat België een **zorgaanbod** heeft dat zich kenmerkt door een hoge dichtheid, een globaal brede en goede toegankelijkheid, een goede kwaliteit (bv. levensverwachting en gezonde levensverwachting) en uitgaven (uitgerukt als % van het BBP en per capita) die vergelijkbaar en in sommige gevallen beter zijn dan de ons omringende landen. Het is uitgerekend de combinatie van deze kenmerken die ons één van de beste gezondheidszorgsystemen oplevert. Ter illustratie kan verwezen worden naar de publicatie van het 'World Competitiveness yearbook' dat België op de 4de plaats rankt voor de kwaliteit van het aanbod en de medische infrastructuur.

Daarenboven moeten we durven erkennen dat de combinatie van ons zorgaanbod, -infrastructuur en het geheel van onze kennis en know-how, België een aantal **expertgebieden** of zgn. 'centres of excellence' oplevert. Zo neemt België in Europa een topositie in op vlak van clinical trials voor de ontwikkeling van geneesmiddelen, de ontwikkeling binnen biotech met het Vlaams Interuniversitair Instituut voor Biotechnologie als motor, de ervaring en expertise in stamcellentransplantaties, hartchirurgie en ongetwijfeld nog vele andere domeinen. Het betreft hier gebieden met een grote deskundigheid en internationale faam waarin een degelijke reputatie is opgebouwd en waarin volop wordt geïnnoveerd.

Innovatie binnen gezondheidszorg is echter een vrij paradoxaal gegeven. Enerzijds is zij samen met de demografische ontwikkelingen één van de belangrijkste ‘drivers’ in het oplopende gezondheidszorgbudget, volgens sommige studies zelfs belangrijker dan vergrijzing. Anderzijds wordt het belang van innovatie vertaald in aanzienlijke verbeteringen op vlak van kwaliteit, ligduur, complexiteit, kostprijs en terugverdieneffecten. Om een uitweg te bieden uit deze impasse is het

zinvol te verwijzen naar het onderscheid dat enkele jaren geleden is gemaakt door Christensen C.M. (Harvard Business Review) tussen ‘sustaining’ en ‘disruptive innovations’. ‘Sustaining innovations’ omvat het geheel van nieuwe technologieën en therapieën die de graad van complexiteit en het niveau van behandeling opdrijven. Het duidt op de beweging van 1ste naar 2de en 3de lijnszorg, een verhoging van de benodigde kwalificaties en het opschuiven van ambulante naar residentiële centra. ‘Disruptive innovations’ daarentegen dragen bij tot een evolutie in de tegenovergestelde richting. Het is een evolutie in de richting van democratisering, die technologieën toegankelijkheid maakt voor brede beroepsgroepen, behandeling als het ware vereenvoudigt en de mogelijkheden voor zelfzorg

vergroot. Christensen verwijst in zijn artikel naar de ontwikkeling van de personal computer en mobiele telefonie die initieel bestond uit een complexe technologie maar via de juiste doorbraakmaatregelen vandaag wijd verspreid zijn en gebruikt worden door quasi de hele bevolking. Innoveren volgens dit paradigma, betekent meer controle en grip, meer efficiëntie en kwaliteit met het gezondheidszorgbudget.

Ranking kwaliteitscriteria 2003 (WHO)

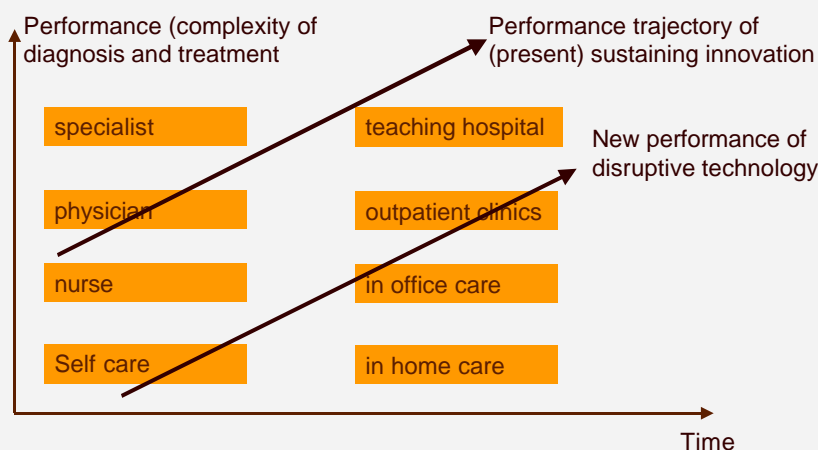
Landen	OHSA	LE	HALE	TE as % GDP	TE per capita
Belgie	13	78.4	71.1	8.9	1983
Frankrijk	6	79.9	72.0	9.6	2109
Duitsland	14	78.8	69.8	10.8	2412
Nederland	8	78.6	71.2	8.9	2138
Zweden	4	80.4	73.3	8.7	2150
Denemarken	20	77.2	69.8	8.4	2545
VS	15	77.3	69.3	13.9	4887

OHSA: Overall health system achievement (level and distribution off 'health', 'responsiveness' and 'fairness financing')
 LE: Life expectancy at birth
 HALE: Healthy life expectancy at birth
 TE: Total expenditure on health as a % of GDP (2001)
 TE per capita at average exchange rate US\$ (2001)

© 2004 WHO



The Progress of Disruptive Innovation



Bron: Christensen C. M. e.a., HBR, 2000

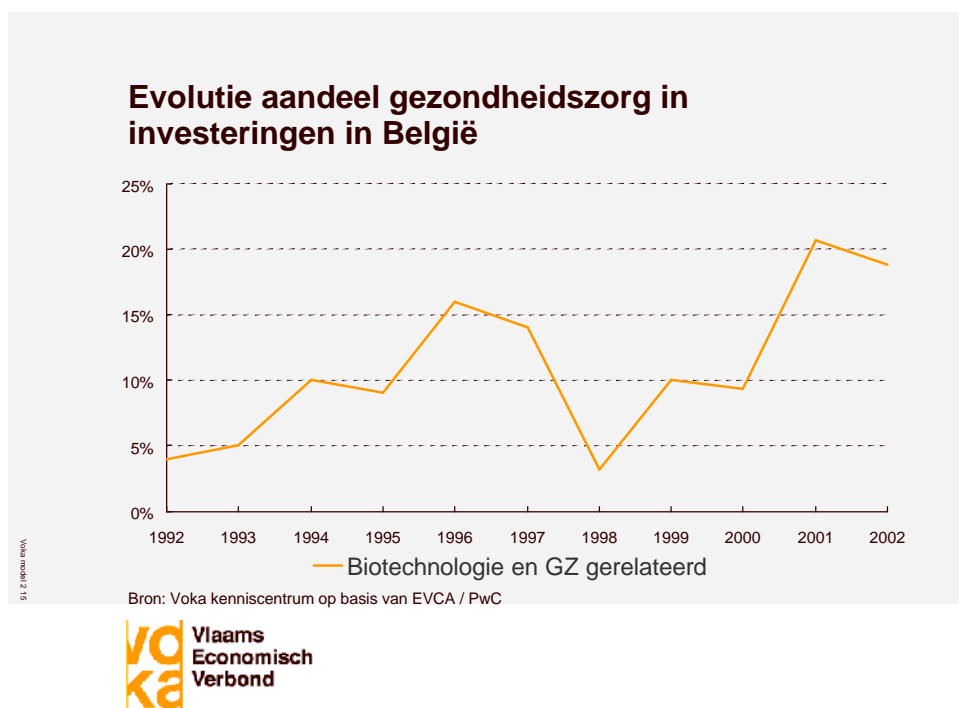


Voortgaand op bovenstaand schema kunnen een aantal trends worden aangehaald die een enorm potentieel aan verbetering van onze gezondheidszorg inhouden. Zonder exhaustief te willen zijn, lijken de belangrijkste ongetwijfeld de toenemende informatisering en het gebruik van ICT waarbij we in

concreto denken aan de internationale opgang van elektronische patiëntendossiers, het sneller uitwisselen van informatie en koppelen van informatie met het oog op de aansturing van integrale zorgketens. Het clusteren en analyseren van deze data kan een stap voorwaarts betekenen in de ‘evidence based medicine’. Ook de ontwikkeling van e-health die de interactieomgeving van gebruiker en aanbod hertekent, kan van grote invloed zijn. Bij de oprichting van het Interdisciplinair Instituut voor BreedBandTechnologie (IBBT) onder leiding van Prof. Lagasse is e-health en ouderenzorg vernoemd als één van de domeinen waarin projecten kunnen worden gerealiseerd. Innovatie betekent ook voortgang op vlak van apparatuur en materiaal waarin we een continue verbetering vaststellen in het capteren, verwerken en stockeren van beeldmateriaal. Voor monitoring zien we dat er zich een evolutie voltrekt in de richting van sensoren die het opvolgen van bv. hart- en diabetespatiënten op afstand verder vergemakkelijkt. Inzake de effectiviteit van medicatie verwijzen medische studies naar potentiële verbetering met de kennis die vrijkomt over het genetisch profiel van de mens. Dit is slechts een willekeurige greep uit het aanbod wat aantoonde dat er verbetering mogelijk is voor preventie, effectiviteit en efficiëntie van behandeling, organisatie van gegevensverzameling en -verwerking. Gezondheidszorg kan dus een groeiende markt zijn doordat voortgang in de wetenschap, kennis en innovatie ons leiden naar een effectiever en efficiënter zorgsysteem. Ook voor de vele bedrijven werkzaam in en rond ons zorgstelsel is er een groeiende markt. Dit bewijzen de investeringscijfers voor biotechnologie en gezondheidsgerelateerde domeinen die zowel in België als internationaal in stijgende zin evolueren.

Inzake onderwijs en ontwikkeling kent België een aantal sterktes en zwaktes. We scoren in internationale vergelijkingen vrij laag inzake het aandeel studenten in richtingen als wetenschappen, wiskunde en technologie. Zo telde Vlaanderen in het academiejaar 00-01 22,1% studenten in de betrokken richtingen in vergelijking met bv. 36,8% voor Finland, 35,5% voor Ierland en 30% voor Zweden. Ook het aandeel studenten geneeskunde (2,7%) en tandheelkunde (0,4%) is gelimiteerd met de invoering van het toelatingsexamen. Niettemin onze zwakke positie in de verdeling van de studenten over de betrokken richtingen, kennen we een sterk publicatieprofiel (waaronder ook ranking op basis van citaten) in domeinen als biologie, biowetenschappen, biomedisch onderzoek, klinische en experimentele geneeskunde. Echter, deze kennis verzilvert zich onvoldoende in octrooien. Internationale rapporten tonen aan dat de octrooiaanvragers van Belgische uitvindingen veelal internationale spelers zijn, met een grote rol voor toponderningen als Agfa Gevaert, Janssen Pharmaceutica, Solvay, Innogenetics, GSK e.a. De rol van universiteiten en publieke onderzoekscentra is hierin beperkt maar groeiend. Inhoudelijk staat België met haar octrooien sterk in pharma en bio en eerder zwak in medische technologie.

België een aantal sterktes en zwaktes. We scoren in internationale vergelijkingen vrij laag inzake het aandeel studenten in richtingen als wetenschappen, wiskunde en technologie. Zo telde Vlaanderen in het academiejaar 00-01 22,1% studenten in de betrokken richtingen in vergelijking met bv. 36,8% voor Finland, 35,5% voor Ierland en 30% voor Zweden. Ook het aandeel studenten geneeskunde (2,7%) en tandheelkunde (0,4%) is gelimiteerd met de invoering van het toelatingsexamen. Niettemin onze zwakke positie in de verdeling van de studenten over de betrokken richtingen, kennen we een sterk publicatieprofiel (waaronder ook ranking op basis van citaten) in domeinen als biologie, biowetenschappen, biomedisch onderzoek, klinische en experimentele geneeskunde. Echter, deze kennis verzilvert zich onvoldoende in octrooien. Internationale rapporten tonen aan dat de octrooiaanvragers van Belgische uitvindingen veelal internationale spelers zijn, met een grote rol voor toponderningen als Agfa Gevaert, Janssen Pharmaceutica, Solvay, Innogenetics, GSK e.a. De rol van universiteiten en publieke onderzoekscentra is hierin beperkt maar groeiend. Inhoudelijk staat België met haar octrooien sterk in pharma en bio en eerder zwak in medische technologie.



Conclusies en aanbevelingen

Een eerste conclusie is dat gezondheidszorg een economisch belangrijke sector is en dit om meerdere redenen. Vooreerst draagt ze bij tot het individueel en collectief welzijn van een samenleving met haar menselijk kapitaal. Zij is daarenboven via de financiering rechtstreeks gerelateerd aan de economische groei via opdrachten met sociale bijdragen. Daarbij draagt ze rechtstreeks als onrechtstreeks bij tot de tewerkstelling, het vergaren van kennis en know how die op de internationale markt groeiende sectoren blijken te zijn.

Indien we de kaart van groei trekken, betekent dit dat we resoluut moeten kiezen voor topgebieden waar we sterk in zijn. Heel wat kennis aanwezig binnen universiteiten, onderzoekscentra, aanbod en bedrijven moet beter gebundeld worden met het oog op internationale vermarkting en groei. In dit kader kunnen we wijzen op het model Medicon Valley in de regio Copenhagen - Skåne. De regio koos onder impuls van de lokale overheid voor de ontwikkeling van biotech, farmacie en medische technologie in de schoot van een uniek samenwerkingsverband en netwerk van (universitaire) hospitalen, industrie, overheden en universiteiten. De samenwerking is gericht op het maximaliseren van ervaring, elkaars aanwezigheid en kennis met het oog op internationaal aantrekken van talent en kapitaal. De regio is vergelijkbaar met een Belgische provincie en moet ons doen nadenken over onze unieke positie met onze centrale ligging in Europa, de geografische nabijheid van industrie, aanbod en kenniscentra, onze meertaligheid enz. Daarbij moeten we de kennis bij alle spelers beter clusteren en internationaal durven exporteren.

Een tweede conclusie is dat de huidige organisatie en aansturing van gezondheidszorg heel wat van de mogelijke ontwikkelingen en verbeteringen fruikt. Een eerste knelpunt is het gebrek aan lange termijn gezondheidsobjectieven die dwars over alle beschoten heen werken. De verdeling van preventie, cure en care over verschillende bevoegdheden en gefinancierd met afzonderlijke stromen, werkt integratie en efficiëntieverbetering tegen. Daarenboven legt de financiering, zeker met het oog op de toekomstige behoeften, een te zware last op het economische draagvlak en moet er dringend gezocht worden naar alternatieve financieringsmethodes die de last billijker spreiden. Gezondheidszorg is een recht van elke burger en hoort in die zin ook door elke burger betaald te worden via een stelsel van volksverzekering. Tot slot moet een herziening van de financieringsvorm ook gepaard gaan met een afbakening van een basispakket en aanvullende pijler. Met het oog op een houdbare en betaalbare gezondheidszorg, moet het debat worden gestart welke de verantwoordelijkheden zijn van gebruikers en wat ten laste wordt gelegd van een hele gemeenschap. Het inkapselen van de kleine risico's voor zelfstandigen in de eerste pijler druist dan ook in tegen elke vorm van meerpijlerwerking.



DE FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN HET VLAANDEREN VAN DE TOEKOMST

Mevr. Wivina DEMEESTER

Nadenken over de financiering van onze gezondheidszorg in de toekomst is meteen ook de vraag stellen hoe de volledige gezondheidszorg in Vlaanderen zal gefinancierd worden. In 1980 reeds werd de politieke keuze gemaakt voor een defederalisering van de gezondheidszorg. Vlaanderen startte de invulling van deze bevoegdheid met de uitbouw van een eigen preventieve gezondheidszorg. Alles wijst erop dat een volledige defederalisering van de gezondheidszorg noodzakelijk is. De visie op gezondheidszorg verschilt immers grondig tussen de verschillende Gemeenschappen in België. Gezondheidszorg is bij uitstek een persoonsgebonden materie, en moet dus een bevoegdheid van de Gemeenschappen worden. Homogene bevoegdheidspakketten zijn noodzakelijk, voor een efficiënt en effectief beleid. Preventieve en curatieve gezondheidszorg zijn niet van elkaar te scheiden.

Over welke gezondheidszorg spreken we?

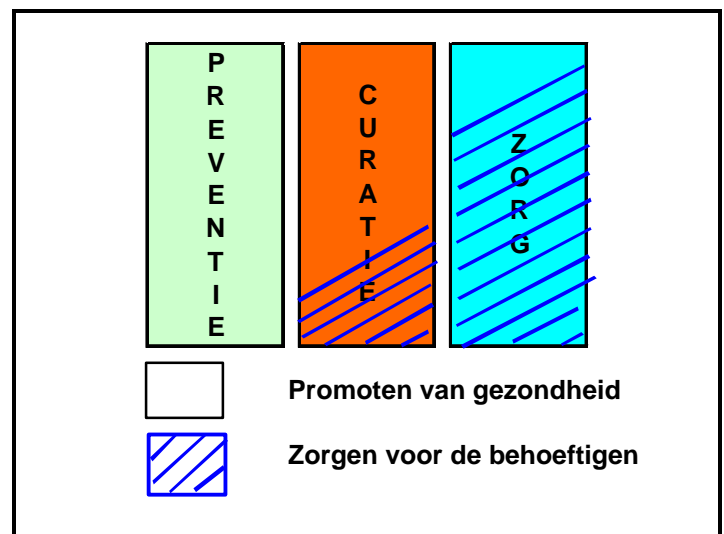
Spreeken over de financiering van de gezondheidszorg is bepalen wat moet gefinancierd worden en waaruit “gezondheidszorg” bestaat. In deze tekst gaan we uit van een model waarin gezondheidszorg drie functies omvat: preventie (het voorkomen van ziekte), curatie (herstellen van gezondheid) en medische zorg (behouden van een zekere graad van levenskwaliteit of gezondheid).

Om te bepalen welke diensten tot het gezondheidsbeleid behoren hebben we verder een definitie van gezondheid nodig. We gebruiken hiervoor de beperkte definitie: “gezondheid is het afwezig zijn van ziekte en gezondheidsproblemen, zowel van fysische als psychische aard”.

Het gezondheidsbeleid kan in die zin vertaald worden in twee grote doelstellingen die gedeeltelijk verwezenlijkt worden door de drie vernoemde functies van gezondheidszorg, en gedeeltelijk door functies die buiten de sector van de gezondheidszorg vallen.

- Het verbeteren en in stand houden van gezondheid, wat binnen de gezondheidssector overeenkomt komt met preventie, een groot deel van de curatie, en een klein deel van de zorg. Een belangrijk deel van de gezondheidspromotie valt buiten de strikte gezondheidssector.
- Verzorgen en verplegen van de zorgbehoevenden, wat overeenkomt met een klein deel van de curatie en het grootste deel van de zorg. Ook bij de zorg valt een belangrijk deel buiten de strikte gezondheidssector, met name de welzijnsgeïntendeerde zorg.

Tussen de drie functies preventie, curatie en zorg is er niet altijd een scherpe grens te trekken. Zo vervullen een aantal curatieve interventies ook een zorgfunctie, en hebben een aantal zorgfuncties tot doel de gezondheid te herstellen. Tussen de verschillende domeinen is er tevens een ‘spill-over’ effect. Efficiënte preventie beïnvloedt de toekomstige behoefte aan curatie en zorg. En bepaalde betaalwijzen in de curatieve functie kunnen incentives creëren om een deel hiervan af te schuiven op de zorgfunctie of omgekeerd.



Figuur aangepast (bron zie voetnoot)

Figuur 1: Doelstellingen en functies van het gezondheidsbeleid¹

¹ Bron: ‘Priorities and a Sound Financial Basis for Health Care in the 21st Century’. Public Health Care. Summary of the 52nd Report to the Government. Netherlands Scientific Council for Government Policy. 52, 1977, pp.45. Figuur aangepast.

Een Vlaamse Gezondheidszorg

Gezien de éénheid en de relatie tussen de drie deelgebieden preventie, curatie en zorg vereist een coherent gezondheidsbeleid homogene bevoegdheidspakketten. Tusseloplossingen en tussenstadia staan de coherentie in de weg. Dit is een belangrijke reden om radicaal te kiezen voor een Vlaamse gezondheidszorg, net zoals dit reeds werd verwezenlijkt in andere beleidsdomeinen zoals onderwijs. Andere argumenten om de gezondheidszorg verder te defederaliseren zijn de noodzaak om 'juist te behandelen' (overal en steeds een gelijkwaardige behandelingswijze voor hetzelfde gezondheidsprobleem), en de wens om te werken met gezondheidsdoelstellingen, zorgprogramma's en zorgnetwerken.

Een zorgprogramma biedt een op maat gesneden pakket zorgen aan dat samengesteld wordt uit de verschillende functies preventie, curatie en zorg. Waar nodig wordt een zorgprogramma aangeboden via netwerken van voorzieningen die verschillende functies aanbieden. Een zorgprogramma kan bestaan uit diensten van de huisarts, het ziekenhuis, de GGZ, een RVT, een SP-dienst of revalidatiecentra, palliatieve netwerken, thuiszorg en thuisverpleging.

De keuze om het zorgprogramma te gebruiken als basis voor erkenning en financiering binnen de drie functies preventie, curatie en zorg, maakt homogene bevoegdheidspakketten noodzakelijk. Zorgprogramma's vereisen immers zorgnetwerken, waarbinnen alle voorzieningen best onder de bevoegdheid van één overheid vallen.

Het is slecht zinnig een eigen Vlaamse gezondheidszorg uit te bouwen als de realisatie hiervan ook een daadwerkelijke meerwaarde inhoudt. Om van een meerwaarde te kunnen spreken moeten vier voorwaarden vervuld zijn:

- Op het gebied van de 'input' moet er een grotere coherentie in het beleid zijn.
- Het 'proces' moet een kosten-effectieve organisatie van de gezondheidszorg inhouden
- Aan de 'output' zijde genereert dit een betere kwaliteit van de gezondheidszorg
- Een betere kwaliteit van de gezondheidszorg leidt tot een betere gezondheid en levenskwaliteit (*de 'outcome'*)

Een Vlaamse gezondheidszorg wordt Vlaams gefinancierd

De Vlaamse gezondheidszorg moet gefinancierd worden uit het Vlaamse overheidsbudget. De gezondheidszorg zal dan niet meer voor een deel betaald worden met de bijdragen voor de ziekteverzekering. Een financiering van de gezondheidszorg uit de algemene middelen (fiscalisering) is de meest correcte manier waarop de gezondheidszorg kan gefinancierd worden. De gezondheidszorg bestaat immers uit kostencompenserende en niet zoals bvb. een werkloosheidsuitkering uit inkomensvervangende prestaties. De prestaties in de gezondheidszorg hebben dus geen band met de professionele activiteit, noch met de plaats van tewerkstelling. Een universele dekking voor alle categorieën van de bevolking verbonden aan de woonplaats sluit hierbij het best aan.

Een volledige financiering uit de algemene middelen van de Vlaamse Gemeenschap heeft ook nog andere voordelen. Vlaanderen kan op die manier volledig autonoom keuzes maken, m.a.w. we kunnen dan zelf beslissen waar we ons geld aan besteden.

Fiscalisering geeft ook de mogelijkheid om de arbeidskosten te verlagen, gezien er geen bijdragen voor de ziekteverzekering meer geheven moeten worden. Dit is positief voor de economie en werkgelegenheid.

De Gemeenschappen zullen deze extra uitgaven enkel kunnen bekostigen wanneer zij hiervoor extra middelen toebedeeld krijgen. Dit houdt in dat bijkomende budgetten vanuit het federale niveau moeten overgeheveld worden. Deze zouden vooreerst kunnen bestaan uit de algemene middelen die de federale overheid nu reeds spendeert aan de gezondheidszorg. De Gemeenschappen beslissen dan autonoom waaraan zij deze budgetten besteden. Bij een volledige financiering door de Gemeenschappen vervalt de directe solidariteit tussen de Gemeenschappen binnen de gezondheidszorg. Een algemene solidariteit blijft op een hoger niveau georganiseerd.

Keuzes maken in het financieren van de gezondheidszorg

Twee delen van het gezondheidsbeleid (cfr. figuur 2) vallen buiten de strikte sector van de gezondheidszorg. Vooreerst een groot deel van de gezondheidspromotie en een deel van de preventie (vb. maatregelen tegen roken of promoten van een gezonde voeding), verder is er een deel 'welzijnsgerichte zorg', dat niet enkel het voorwerp is van overheidsfinanciering, maar waar de zorgverzekering een rol kan spelen.

Voor welke diensten binnen de Vlaamse gezondheidszorg (bestaande uit de drie functies preventie, curatie en medische zorg) moet de Vlaamse Gemeenschap dan met algemene middelen dan wel betalen, en voor welke diensten moeten mensen zelf een verzekering nemen of moet een extra verzekeringssysteem opgezet worden? Op de eerste categorie, het basispakket, heeft iedereen recht, ongeacht de bijdrage die men betaalt via de belastingen of het risico dat men loopt. Daarbinnen speelt dus het solidariteits- en niet het verzekeringsprincipe. Het spreekt voor zich dat de eerstelijnszorg hiertoe behoort. Er kan zo nodig een remgeld voorzien worden voor de diensten die tot dit basispakket behoren.

Vanuit het principe van de interpersoonlijke solidariteit moet een samenleving de zorgverstrekking voor alle leden financieren. Bij ziekte moet aan iedereen dezelfde behandelingsmodaliteiten en overlevingskansen gegeven worden. Daarom heeft iedereen recht op een globaal pakket gezondheidszorgen dat alle normale medische handelingen en therapieën omvat.

Voor de samenstelling van dit basispakket moet de samenleving keuzes maken.

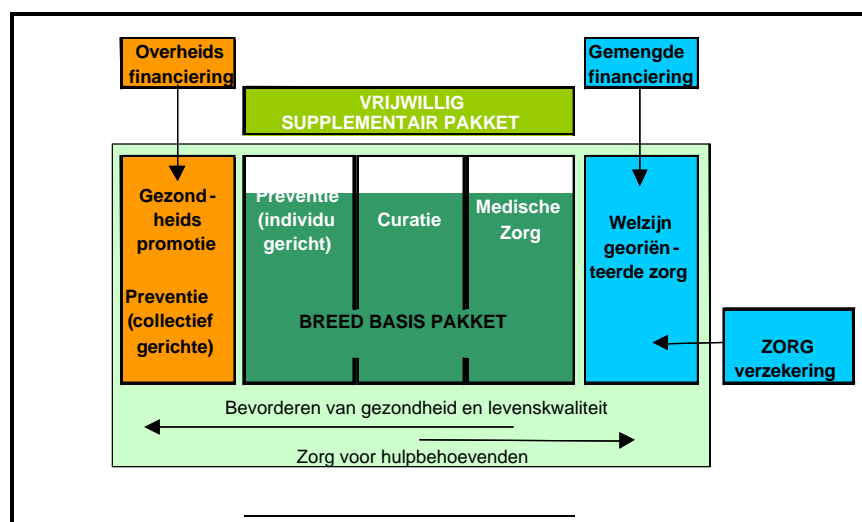
Vooreerst is het maken van keuzes noodzakelijk omdat de uitgaven in de gezondheidszorg steeds moeilijker te beheersen zijn. Daarenboven is het maken van expliciete keuzes is ook noodzakelijk om geen dualisering van de gezondheidszorg te veroorzaken. Wanneer we geen expliciete keuzes maken over wat tot het basispakket moet behoren en alles bij het oude laten, zullen de kosten van diensten die rationeel niet meer verantwoord zijn toch nog collectief gedragen worden, terwijl de bekostiging van nieuwe maar noodzakelijk diensten 'onopgemerkt' verschuift naar de private verzekering, omdat er geen ruimte meer rest binnen het gezondheidsbudget. Geen expliciete keuzes maken betekent dus impliciete keuzes maken, wat leidt tot dualisering.

We stellen de volgende samenstelling van het basispakket voor, waarbij dit pakket uiteenvalt in twee delen:

- *Basispakket 1* bestaat uit gezondheidszorguitgaven waarin geen concurrentie tussen ziekenfondsen en zorgverzekeraars is omwille van het grote gevaar voor risicoselectie. Hiervoor worden de ziekenfondsen volledig vergoed volgens de kosten en is er dus geen individuele financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen.
- *Basispakket 2* waar de 'concurrentie' tussen ziekenfondsen en andere zorgverzekeraars tot uiting mag komen, en waar dus ook het substitutieprincipe volledig moet kunnen spelen. Dit laatste betekent dat, indien de financiering correct wordt georganiseerd, de ziekenfondsen geïnteresseerd moeten zijn om bij gelijke kwaliteit, zorg te adviseren tegen de laagste prijs: bv. dure intramurale zorg waar mogelijk vervangen door ambulante verzorging.

Bovenop deze basispakketten komen dan de aanvullende verzekeringen. Vandaag bestaan deze aanvullende verzekeringen ook reeds (bvb. hospitalisatieverzekeringen), en hun omvang zal wellicht nog toenemen in de toekomst.

Figuur 2 geeft tot slot een overzicht van de financiering van preventie, curatie en zorg binnen het kader van collectieve en individuele verantwoordelijkheid. Een groot deel van de gezondheidspromotie en de welzijnsgeoriënteerde zorg vallen buiten de strikte sector van de gezondheidszorg



HERA (geïnspireerd op 'Priorities and a Sound Financial Basis for Health Care in the 21st Century')

Figuur 2: Financiering van preventie, curatie en zorg binnen het kader van de collectieve en individuele verantwoordelijkheid. Een groot deel van de gezondheidspromotie en de welzijnsgeoriënteerde zorg vallen buiten de strikte sector van de gezondheidszorg

ZAAL MEMLING

Weergave van de geluidsband van de discussie in de commissiezaal “Memling” over de inleidende voordrachten:

Gezonde gezondheidszorg door synergie (Prof. Dr. Jan Peers)

en

De rol van de overheid (Prof. Dr. Roger Dillemans)

Moderator: Dr. Chris Geens (VVMV)

Verslaggever: Dr. Dirk Dewolf (Vlaamse administratie)

Chris Geens: Welkom iedereen in deze werkgroep met als thema: De rol van de overheid.

Zowel prof em Jan Peers als prof em Roger Dillemans zijn aanwezig om met eigen deskundigheid op de tussenkomsten te reageren en aanvullingen te verstrekken waar nodig.

Eerst heb ik nog een praktische mededeling vooraf: het VGV heeft sinds jaren de gewoonte genomen een congresboek te maken over elk colloquium . Een van de wezenlijke stukken voor dit congresboek zal ook zijn wat jullie hier vandaag vertellen en daarom heeft de organisatie mij gevraagd u op het hart te drukken, telkens wanneer u praat te zeggen wie u bent omdat degene die dat daarna moet uitschrijven het dan ook makkelijker heeft om te weten wie aan het woord is. Ook al komt u driemaal tussen. Dan zegt u driemaal wie u bent. Als u het woord neemt dan zegt u misschien wie u bent en wat uw functie is. Dat moet niet zolang zijn als wat ik nu over mezelf ga vertellen: Ik ben huisarts in St-Pieters-Leeuw . Verder ben ik ook deeltijds praktijkdocent aan de KU Leuven in de faculteit geneeskunde. En achter mijn naam staat er ook ondervoorzitter van het Verbond van Vlaamse Medisch-wetenschappelijke Verenigingen. Het is eigenlijk een dochtervereniging van het VGV dat vandaag de zaak hier organiseert . Het VVMV groepeerde dus de wetenschappelijke verenigingen van artsen in Vlaanderen. Wij organiseren ook regelmatig congressen en waarschijnlijk heeft men daarom aan mij gevraagd de zaak hier vandaag voor te zitten. De sprekers die kennen jullie al en de man die de notities gaat nemen en straks een kort verslag uitbrengt zou ik nu ook graag vragen om zich voor te stellen.

Mijn naam is **Dirk Dewolf**.

Ik ben arts en sinds 1999 voltijds werkzaam binnen de Vlaamse gezondheidszorg administratie.

Chris Geens: Dank u wel. Dan is het eigenlijk nu aan jullie. Jullie hebben gekozen voor deze werkgroep, voor deze sessie, waarschijnlijk omdat jullie ofwel een aantal commentaren willen toevoegen, een aantal opmerkingen willen maken, ofwel omdat jullie aan de sprekers nog toelichting, of vragen willen stellen. Jullie hebben gehoord dat de overheid een rol heeft, een grote rol heeft, een grotere rol moet krijgen, een kleinere rol moet krijgen, zich beter moet organiseren, andere dingen moet doen. Mijn ervaring, als ik terugkijk naar heel dat verhaal, is altijd geweest dat de overheid in dit land ook vaak een rol op zich genomen heeft, een rol die wij als artsen veel te weinig gespeeld hebben. Wij zijn zeer goede zorgverstrekkers die persoonlijk heel veel geïnvesteerd hebben, maar die ons vaak, heb ik de indruk in mijn 30-jarige carrière, veel te vaak afzijdig gehouden hebben wanneer het er op aan kwam het beleid mee aan te sturen. Dat is iets wat ik hier in de midden gooi en ik wil onmiddellijk aan de eerste persoon die wil tussenkomen vragen wat hij wil vragen of zeggen. Telkens op voorhand eerst de naam geven, zodanig dat wij de notities correct kunnen maken. Wie vraagt eerst het woord?

Boudewijn Bouckaert: Ik heb deze ochtend eerst gesproken en ik wil nu misschien ook het debat een beetje aansporen. Het betoog van collega Dillemans, de rol van de overheid, betreft een heel boeiend thema. Maar wie staat er tegenover de overheid? Je hebt de overheid en wat is het alternatief. En dat mis ik een beetje in uw betoog. Maar waarschijnlijk zult u dat wel toelichten. Ik heb zowat het gevoel dat men in de gezondheidszorg meestal niet voor de tegenstelling staat overheid en markt. Dus overheid-markt is de tegenstelling die normaal in het economische leven wordt vooropgesteld. Ofwel heb je een plan, de hiërarchische overheid, ofwel heb je markt-actoren die in interactie werken op basis van competitiviteit, op basis van winstbejag, wat voor mij absoluut geen lelijk woord is. “Verliesbejag” is misschien een alternatief. Maar in de gezondheidszorg en als je dat historisch bekijkt zit er daar een heel belangrijke derde sector in wat ik noem de gemeenschapsector, wat noch overheid is, noch eigenlijk uitwisseling op de markt tussen individuele actoren, maar mensen die hun handen samen slaan om iets te realiseren, dikwijls niet met winstbejag, maar toch met autonomie tov de overheid. Ik vermeld maar de lange traditie van de mutualiteiten toen dat eigenlijk nog echte verzekeringsinstellingen waren, nu zijn dat uitkeringsinstellingen. Ik verwijs naar de enorme initiatieven in het Christelijk verzorgingswezen, de Caritasklinieken enz. Wij kennen die allemaal. Het is mijn gevoel dat de derde actor niet buiten de discussie mag blijven. Als onze

gezondheidszorg zo sterk is en zo goed is moeten we toch ook wel zeggen dat het grotendeels is omdat men die gemeenschapssector niet volledig geliquideerd heeft ten voordele van de overheid. Daar moeten we ons over bezinnen, of we dat niet moeten handhaven en moderniseren ook. Dus naast de klassieke markt met de verzekeringssector, de gewone verzekering, is dit toch wel een zeer belangrijk punt. Dan mag je gerust zeggen dat de rol van de overheid minimaal moet zijn. Minimaal terugtreden van de overheid, wat volgens mij zal moeten in de toekomst. Dat betekent niet dat je dat aan een gewone klassieke markteconomie geeft, maar dat je dan eigenlijk de rol van de gemeenschappen zo ruim mogelijk gaat stellen. Maar dat je dan ook responsabiliseringsmechanismen moet hebben.

Chris Geens: OK. Ik vind dat er een heel duidelijke vraag is deze stelling zit. Zijn er mensen die daar nog iets willen aan toevoegen voordat we daar antwoord laten op geven. Zijn er anderen die in deze richting ook gedacht hadden of een voorstel maken dat daarbij aansluit.

Jan Van Emelen: Onafhankelijke Ziekenfondsen. Ik wil er dus de nadruk op leggen dat de onafhankelijkheid van al de verschillende actoren een heel essentieel, een wezenlijk, onderdeel is in het hele overlegstelsel. En ik denk dat dit een heel belangrijke evolutie is die zich voordoet. Waar mutualiteiten vroeger inderdaad een zeer duidelijke en enigszins andere vocatie of roeping hadden dan dat zij nu claimen. Ik denk dat er een zeer duidelijke evolutie is in de rol van verdediger van de belangen van onze leden. Ik denk dat daar een heel grote evolutie is en een herplaatsing van de rol van de ziekenfondsen in de toekomst en dat moet denk ik mee in dit debat opgenomen worden.

Herman Nys: Ik zou even willen aansluiten bij de opmerking van Boudewijn Bouckaert.

Als we kijken naar de beperkte rol van de overheid nu in de Vlaamse gezondheidszorg dan denk ik dat daar toch ook wel een paar meer pessimistische geluiden over mogen gezegd worden. Er is onlangs een decreet goedgekeurd door de Vlaamse Raad in verband met eerstelijnsgezondheidszorg dat eigenlijk een toonbeeld is van een enorme verstaatsing van het gezondheidsbeleid. Met het opleggen van verplichte samenwerking tussen actoren, met het indelen van het land in regio's. Dat maakt mij in het hele debat een beetje huiverig. De vraag is niet alleen of die Vlaamse overheid een grotere rol moet spelen, maar vooral hoe we die rol van de Vlaamse overheid dan wel zien en in dat verband denk ik dat het versterken van het privaat initiatief en het steunen van privaat initiatief een heel belangrijke doelstelling zou moeten zijn van de Vlaamse gezondheidszorg. Niet alleen privé-initiatieven wat ziekenhuizen betreft. Maar ik denk dat, en dat is vanmorgen onvoldoende gezegd, de deskundigheid moet worden teruggegeven aan de professionals in de gezondheidszorg. Die professionals zijn op dit ogenblik als het ware getemd door de bureaucratie. Ik geef toe dat het consumentisme en het patiëntisme daar natuurlijk ook een rol in hebben gespeeld, maar dat consumentisme heeft ongetwijfeld ook een aantal voordelen. Dat mensen verplicht worden van zich opnieuw met zaken te gaan bezighouden waar ze moeten mee bezig zijn. Maar ze moeten ook de kans krijgen van de overheid om opnieuw bezig te zijn met datgene waar ze eigenlijk mee willen bezig zijn. Dat is trouwens niet alleen een probleem in de gezondheidszorg. Dat ik ook een probleem in het onderwijs bijvoorbeeld. Dat professionals onvoldoende kunnen doen datgene waarvoor ze op een bepaald moment in hun leven hebben gekozen. Ik denk dat dit bij het bepalen van de rol van de overheid ook mee in de balans moet worden gelegd, namelijk hoe er voor zorgen, niet alleen wat het privé-initiatief van instellingen betreft, maar ook dat die professionals opnieuw kunnen aan hun trekken komen.

Jacques Gruwez: Ik denk dat u van mij niet anders zult verwachten dan dat ik de positie van de arts verdedig in het ganse bestel en ik ben blij dat collega Nys daarnet gesproken heeft over het gebrek aan aandelen. Het gebrek aan aandeel van de individuele zorgverstreker in het ganse gebeuren. We zien tegenwoordig in de ziekenhuizen ook dat het initiatief eigenlijk onttrokken wordt aan de arts en dat het initiatief gegeven wordt aan het management in het algemeen. Dat trouwens ook de positie van de arts totaal gedilueerd wordt in een bureaucratische of een verruiming van de bureaucratie in het ziekenhuis, maar ook op federaal en op communautair niveau is dat eigenlijk ook zo. Uzelf, collega Geens, hebt daarnet gezegd dat wij gedurende jaren de plaats vrijgelaten hebben aan de anderen, aan de overheid, aan de politici en zo. Het is natuurlijk ook omdat we niet voldoende uitgenodigd werden. En in dat opzicht is het onlangs verschenen decreet over de eerstelijnszorg voor mij ontstellend. Ik vraag mij af wie daarvan de inspiratoren zijn. Welke rol heeft de beroepsgroep daarin gespeeld? Helemaal geen? En als u het aan mij vraagt of ik een defederalisering van de gezondheidszorg wens of niet dan zal ik u antwoorden dat ik heel veel schrik heb van de defederalisering, want nu heb ik nog ergens inspraak op het federaal niveau, maar op het Vlaamse niveau is onze inspraak absoluut nul. Er is geen vertegenwoordiging van de artsengroepen op Vlaams niveau. Het zijn enkel individuen die aangeduid geweest zijn door de overheid zelf. Dus ik denk dat daar een zeer groot probleem blijft.

Marc Crommelynck: Ik ben voorzitter van de vereniging van extramurale radiologen.

Een concreet voorbeeld van de misschien dictatoriale manier van de Vlaamse overheid in ons land is bijvoorbeeld het inzetten van de “mammobiël”. Die wordt op willekeurige plaatsen zomaar ingezet. De kosten worden gedragen door de gemeenschap. Dus door alle belastingsbetalers. De efficiëntie is zeer dubieus, bijvoorbeeld in Liedekerke komt een mammobiël, geïnduceerd door de Vlaamse overheid, waar wij als uitvoerders, als radiologen en ook uiteindelijk huisartsen, gynaecologen, heel weinig bijdrage toe hebben. Rond Liedekerke zijn er in een straal van 10 km minstens 9 erkende radiologische diensten. Ik vraag mij af waarom er in Liedekerke een mammobiël moet komen, opgedrongen door de Vlaamse overheid, die op dubieuze wijze wordt gefinancierd, terwijl dat er in bepaalde uithoeken in West-Vlaanderen, bijvoorbeeld Lo-Reninge en omgeving, absoluut geen penetratie is. Dit is maar een voorbeeldje, zo zijn er meer.

Chris Geens: Van uit uw vragen vertrekkend stel ik nu voor dat Prof. Dillemans wat commentaar geeft. Is het inderdaad zo, is hij bewust uw groep, de derde groep, de gemeenschap, het privaat initiatief, is hij die bewust vergeten of hebben wij dat niet goed gehoord in zijn mededeling. Kan hij dan daar verder commentaar bij geven, ook bij het verdere voorstel over de rol van ziekenfondsen en ik dacht misschien de andere vragen die o.a. van bij Herman Nys en van bij Prof. Gruwez komen, aan Prof. Peers door te spelen.

Roger Dillemans: U zult in mijn tekst zien dat ik die inspraak van de vrije verenigingen, van de privé-groepen niet vergeten ben. De tijd drong op het einde toen ik daaraan toekwam. Ik ben vele jaren lang voorzitter geweest van de grootste organisatie van vrije instellingen in ons land in de gezondheidssector. Op dat gebied denk ik dat ik altijd mijn pleidooien gericht heb in die richting. Wat er wel een goede kwestie is, de rol van de overheid enerzijds en dan het middenveld, de verschillende actoren, er is veel overleg geweest je moet dat niet onderschatten. Vanaf 1963 is er continu overleg met de artsensector als de belangrijkste groep van verstrekkers. Het privé-initiatief heeft in ons land altijd, ik denk aan de ziekenhuissector, heel veel toekomst gekregen, vrijheid van handelen, lange tijd een beetje gediscrimineerd, doordat door de openbare sector de factuur ergens toch nog kon worden betaald, maar dit is op dit ogenblik een beetje naar elkaar aan het toegroeien. Ik denk aan de fusies tussen verschillende ziekenhuizen van verschillend allooi. Ik kom straks nog bij de verstrekkers, bij de professionele mensen. De overheid en de markt, zeer goede vraag. Ik denk dat wij in de rol van de overheid een aantal taken moeten zien die zij rechtstreeks ter harte moeten nemen en die zij niet kan dirigeren. Dit heeft te maken met meerdere factoren en ik denk vooral aan de preventieve gezondheidszorg in de brede zin van het woord, dus de verantwoordelijkheid voor de context, voor het milieu waarin de mensen leven, de primaire preventie zou ik het noemen, de infectiebescherming. Het is zoals haar verantwoordelijkheid voor de veiligheid. Dit is een rechtstreekse verantwoordelijkheid die zij niet kan outsourcen. Het is een fout geweest van de Verenigde Staten dat zij de beveiliging van de vliegtuigen en vlieghavens aan een privé-organisme hebben uitbesteed. Op een zeker moment werd hier ook gedacht aan uitbesteding van het gevangeniswezen. Daar ben ik dus niet voor. Van de vele taken die de overheid misschien mag delegeren, is dit er één die ze niet kan delegeren. Naar de markt toe, de markt speelt een rol in de gezondheidszorg. Zeker in ons systeem. Waar er een vrije vestiging is, waar de artsen een statuut van zelfstandigen hebben in grote mate en dan ook waar de ziekenhuizen geen welbepaalde regio hebben opgelegd. Die zorgregio's, Jacques Gruwez heeft gelijk en Herman Nys ook, wie dat heeft uitgedacht, dat was een klein beetje etatiserend?

Zorgregio's: er is een studie uitbesteed. Ik weet aan wie, een professor aan de universiteit die ik ken, om na te gaan in die regio waar de mensen naar de dokter gaan, waar ze naar de apotheek gaan, waar ze naar het ziekenhuis gaan en in functie daarvan zou men daar dan een structuur op zetten. Ik geloof dat dit geen goede aanpak is. De markt is er wel, maar ik maak een verschil tussen marktgebeuren enerzijds en de social profit of de non-profit en de commerciële sector anderzijds. Wij zijn gebleven bij social profit: dat is de voorzitter van de federale social profit, ik ben de voorzitter van de Vlaamse social profit en wij komen overeen. Voorlopig toch nog altijd. Wij pleiten reeds jaren voor het belang van de social profit sector in de gezondheidszorg, en we zijn nu een manifest, een tekst, aan het uitgeven.

Er is op dit ogenblik bij het VOKA, denk aan de tweede spreekster, een tendens, want ze hebben nu ook een nieuwe sector opgenomen, de rust- en bejaardentehuizen, maar van het commerciële soort. Wij respecteren dat. Wij zeggen ja dat moet waarschijnlijk kunnen. Ge moogt zoveel pijlers maken als je wil, als de basisverzorging en de toegankelijkheid maar gegarandeerd blijft. En een basispakket voor gezondheidszorgen, en bij ons is dat ruim, waarom zou dat niet ruim zijn, vermits we de mogelijkheden hebben, dan willen wij dat dit gegarandeerd blijft. En dan zitten we dan in de social profit sector. Privé-ziekenhuizen, overheidsinstellingen, het weze zo, social profit. En dan maak ik dus het verschil met de markt. Dat er concurrentie is tussen die instellingen dat kan gezond zijn. De universiteiten worden ook grotendeels gefinancierd door de overheid. Dat er wat concurrentie is dat kan alleen maar gezond zijn. De idee om één universiteit Vlaanderen te maken is uit den boze, zeg ik. De idee om een groot ziekenhuis gemeenschappelijk

voor Noord-West-Vlaanderen te maken is uit den boze. Ik vind dat dit geen goede richting is. Ge moet dus wat gezonde concurrentie inbouwen, maar het moet gezond blijven. Men moet mekaar niet pakken bijvoorbeeld - heb ik daarstraks gezegd - op statuten die vervelend zijn voor de ene sector en niet voor de andere gelden. Als men strenge eisen stelt aan personeel dat in de OCMW komt werken en niet in de privaatsector, vervalst ge de concurrentie op een manier die niet wenselijk is. Waar mag die spelen? Op kwaliteit, op goed aanbod, op service, daar mag die wel op spelen. Als er andere invalshoeken komen die de zaak verbroden of verstoren dan zijt ge fout bezig. Dus dat zeg ik in het algemeen.

Dan de rol van de overheid: die is een sturende overheid, maar die erkent dat er op het terrein zoveel expertise en know-how is die zij zelf niet kan garanderen. Zij moet met behulp van ingehuurde know-how zorgen, zoals ze nu kenniscentra maken. De vraag is of die allemaal nog wel nodig waren. Wij hadden toch wel een RIZIV. Wij hebben toch wel de kennis in de mutualiteiten, de kennis in het verbond van verplegingsinstellingen, de kennis bij de artsenfederaties, maar goed, dat men die maar samenbrengt, mij niet gelaten. Dat men daar dan streeft naar objectiviteit. Ik heb hier kritiek gemaakt want sommige officiële organismen zoals de technische geneeskundige raad, waar ik liever wat, maar niet teveel representatieve organisaties zie bijzitten. Geen corporatisme. Zoals we in de tijd ons verzet hebben tegen het feit dat de dokterssyndicaten de orde zouden inpalmen. Daar hebben we ons tegen verzet. We zijn er maar gedeeltelijk in gelukt. Je moet het onderscheid maken. De overheid moet zich goed informeren. Daarnaast speelt het overleg een grote rol, want finaal zal zij zich moeten laten voorlichten door serieus overleg op het terrein. Ik heb over de ziekenhuizen gesproken, als zijnde een belangrijke organisatie. Dit moet een organisatie zijn. Je zult in mijn tekst zien dat ik daar op alludeer. Ik mag dit misschien even citeren, waar ik daarstraks de kans niet gekregen heb. Ik citeer: *“Het ziekenhuis is een geheel. Omwille van de belangrijke plaats van professionals, de artsen met eigen expertise, deontologie en verantwoordelijkheid, moeten zij dus op adequate wijze betrokken zijn bij het geheel”*.

Jacques, we hebben dat veel bepraat. Intégration partenaire. Partners. Geen douane instelling, dat is fout, wel een globale verantwoordelijkheid. Maar ik heb er dus voor gepleit dat er medische expertise was op het niveau van de algemene vergadering. Misschien niet gekozen door de medische raad. Daar zijn er voor- of tegenstellingen. Het ene syndicaat is ervoor, het andere twijfelt, maar medische expertise, niet alleen de bankier en de notaris en de architect van de streek en pas op met die architect, want als je iets uitbesteedt dan moet dat niet naar die architect gaan. En het is niet uwen bankier die in de raad van beheer moet zitten. Die nuance maak ik. Maar zorg dat er op niveau van raad van beheer ook medische expertise is.

Vertegenwoordiging van de medische raad, daar is discussie over, daar is voor en tegen. Ik heb ervoor gepleit de dagelijkse leiding berust bij een directiecomité, onder leiding van een algemeen directeur, dat verantwoordelijkheid voor het geheel moet kunnen opnemen. Ik stel voor dat daarvan deel uitmaken naast de hoofdgeneesheer, twee à vier centrale medische diensthoofden. De medische praktijk moet beter georganiseerd worden onder leiding van de hoofdgeneesheren en de artsen diensthoofden. Die moeten worden gerevaloriseerd in hun bekwaamheid en hun impact. In middelen en honorering. Ge moet zorgen dat je een hoofdgeneesheer een extra honorarium betaald, zodanig dat je daar niet ene neemt die toch vrije tijd heeft. Het is bekend dat nogal wat mensen uit de klinische biologie en radiologie afgevaardigd zijn in al die organismen omdat zij hun tijd wat beter kunnen invullen. Ik hoop dat ik niemand beledig.

Ik kom nu tot dat overleg. Dat overleg is van uitermate groot belang en de overheid houdt daar toch al veel rekening mee sinds 1963. Ik was in 1963 op het kabinet van de eerste minister verantwoordelijk voor gezondheidszorgorganisatie en ik heb al die negotiaties en nachtelijke conferenties met de artsen meegemaakt. De artsen hebben hun stiel opgeleerd. Dr. Wijnen is dikwijls bij mij thuis geweest. Dr. De Brabanter was een persoonlijke vriend. Ik wil maar zeggen. Ik heb dat meegemaakt. Ze hebben hun stiel nu ook geleerd. Zij zijn nu zeer intense, belangrijke partners. Ik heb daarstraks woordelijk gezegd: hun inspraak, neem nu in het ziekenhuis, moet niet gestoeld zijn op het bedrag dat ze afstaan van hun honoraria, het moet gestoeld zijn op hun expertise. Want ge kent de vrees tussen de twee. Er is systematische onderfinanciering à rato van zeker 19 miljard oude Belgische franken van de ziekenhuizen.

De artsen staan er ook naar te kijken. Ze hebben hun vaste bedragen die ze afstaan. Maar ze zijn bezorgd omdat er nog een tekort blijft. Ze hebben dus schrik dat men nog op een ongeremde manier van hun honoraria zal afnemen om de klus daar te klaren in de ziekenhuizen. Men doet dat ook. En dan zeggen de dokters, ah we geven geld daaraan dus mogen we ook onze inspraak. Dit is geen goed systeem. Zorg voor een behoorlijke financiering die correct is. Zorg dat de infrastructuur gefinancierd is met medeweten van de artsen. Dat je geen machines koopt die de arts niet kent. Maar volg hem niet blindelings want hij heeft misschien ook zijn vrienden. Zorg dat er daar toezicht is en dat is een perfect mooie professional organisatie. U kent Minsberg, het boek van Minsberg *“Professional Organisation”*. Dat is een ziekenhuis. Daar is de toekomst in gelegen met inspraak van de beide kanten. De ziekenfondsen, daar ga ik nu niet op ingaan. Zij waren efficiënt al van in de vorige eeuw. Men heeft ze laten bestaan. In Engeland, zoals ik zei, heeft men de voluntary society's afgeschaft. In Nederland hebben ze een bescheidener rol. De overheid heeft aan out-sourcing gedaan. Ze doen

veel meer dan uitbetalen. Zoals u gezegd hebt, ge kunt discussiëren, moeten zij zoveel procent krijgen op de uitgaven? Er is ook nu enige responsabilisering sinds de wet Moureau ingebouwd, misschien nog niet genoeg, maar ik ben niet zeker dat als de overheid het zelf allemaal zou moeten doen dat het beter zou gaan. Het is een complex werk. Het is veel moeilijker dan pensioenen uit te keren of kinderbijslag en ik denk dat ze dat in verhouding qua efficiëntie niet slecht doen. Dit is iets wat de overheid kon out-sourcen. Ik laat het daarbij. De inspraak van de artsengroepen, ja, Prof. Gruwez, in Vlaanderen hebben ze niet veel te zeggen, maar de Vlaamse overheid heeft ook niet veel te zeggen. Dit is een debat dat eindelijk hier op het niveau van Vlaanderen zou moeten worden geregeld. We kennen elkaar heel heel lang. Dus pleit ik er wel voor, goede vriend, om toch dat vooruitzicht te hebben, want als men gaat negociëren op federaal vlak, zullen er ook van uw eigen doktersorganisaties verschillende standpunten zijn. U kunt dat ziekenhuis in Brussel dat een beetje toch van een elitaire aard is niet vergelijken met OCMW Antwerpen. En u kunt die twee die naast elkaar liggen en het andere niet altijd met een Vlaams ziekenhuis vergelijken. Dus ik denk dat het interessante negociaties zouden kunnen zijn met een eigen verantwoordelijke Vlaamse overheid, maar daar mankeert het nog aan.

Wat u daar zegt van de extramurale radiologen, daar begaat de overheid zeker een fout van daar nog een aan toe te voegen. Ik heb alleen maar een vraag dokter, waarom moeten daar in uw buurt 9 radiologische diensten zijn? Is dat wel een goede methode? Zou het niet beter zijn dat u in plaats van al die investeringen te spreiden dat u dit samen doet, en als het kan, in het ziekenhuis? Ik heb niets tegen artsen die een privé-praktijk hebben. Ik heb ook zo een zoon in een ziekenhuis en die ook ergens een keer zo apart 's avonds nog een keer mensen ontvangt. Ik heb hem gezegd, ik vind dat wel niet zo goed. Ok, zegt hij, maar dat is de nieuwe tendens, dat is aanvaard. Hij is trouwens de voorzitter van de medische raad in zijn ziekenhuis, dus ik kan hem niet veel zeggen. Maar de dag dat hij zich begint te installeren met zware apparatuur, dan vind ik dat fout. Ik heb niets tegen privatisering, op voorwaarde één dat ze zich niet gaan herinvesteren, dit gebeurt veel in dit soort apparaturen, en daar vraagt men andere prijzen en daar wordt men gemakkelijker bediend. Twee dat er loyauteit is ten opzichte van het ziekenhuis waar ze vandaan komen. Dat ze geen concurrentie doen aan hun ziekenhuis maar dat het ook met loyauteit gebeurt.

Hetzelfde voor de poliklinieken, zorg dat ge die niet helemaal isoleert van uw ziekenhuis.

Daar mogen dokters veel in te zeggen hebben. De centrale inning van honoraria zou ik liever centraal hebben zodat het ziekenhuis weet met wie ze te maken heeft. Maar goed hier is toch een serieuze inspraak en die mag zeker nooit verloren gaan. En ik herhaal het: gesteund op de expertise, niet op het feit dat ze medefinancieren.

Chris Geens: Mag ik aan de eerste vraagsteller eens vragen: heb je een antwoord gekregen op de vraag die je gesteld hebt?

Boudewijn Bouckaert: Zeer rijkelijk. Maar misschien een bedenking over het out-sourcen in de gevangenis en de veiligheidssector. Het experiment met private gevangenis in de VS is bevredigend. Het enige verschil is dat gevangenen beter verzorgd worden in private instellingen dan in publieke instellingen en dat kan men misschien betreuren, omdat het misdadigers zijn en ze eigenlijk een slechte behandeling verdienen in de staatsgevangenis.

Maar over het algemeen is dat een goede zaak. De veiligheid is een ander probleem. Ja ik heb daar een studie over gekregen en van links en rechts wordt dat eigenlijk wel aangeprezen. Je mag niet dogmatisch in die dingen zijn en zeggen dat is een overheidstaak en ik wil daar niet over discussiëren. Dat is door God aan de overheid gegeven en dat mag niet afgenomen worden. Maar goed.

In de veiligheidssector is er een probleem van onderfinanciering. De overheid maakt contracten en heeft te weinig geld aan de firma's die dat doen en leveren dan toch ook wel navenante kwaliteit. Maar wat een belangrijk punt is denk ik in het out-sourcen is of de overheid dat wel doeltreffend kan controleren. Als de overheid in een contractuele relatie zit met de firma aan wie het out-gesourced is, stelt zich altijd de vraag kun je de contractuele prestatie op haar kwaliteit controleren. Het is een kwestie van in het Engels noemt dat monitoring costs. Ik denk dat je in de geneeskunde je daar met een groot probleem zit en dat dat wel een grens is aan de out-sourcing in vele gevallen. De overheid kan het niet doeltreffend controleren en men moet het in vele gevallen zelf doen en de expertise zelf in huis halen.

Chris Geens: Dan zullen we nu aan Prof. Peers vragen om zijn deel van de uitleg te geven.

Jan Peers: Ik ga gewoon een paar dingen aanstippen. Een eerste punt is dat ik denk dat men er inderdaad moet opletten dat de overheid de meest essentiële taak die ze heeft ook echt vervuld. Waar men nu die overheid gaat zien dat is totaal onbelangrijk. Welke overheid ook die verantwoordelijk is, zou moeten waken dat dit een gezondheidszorg is die op basis van solidariteit toegankelijk is voor iedereen. Dat is het uitgangspunt. Dat kan alleen de overheid. En niet-verplichte solidariteit bestaat eigenlijk niet. Dus dat is denk

ik het echte essentiële en daar gaan zaken terecht komen zoals dat afbakenen van een basispakket. Wat is noodzakelijke zorg, wat is niet noodzakelijk? Dus eigenlijk heel sterk alles wat met die financiering dan ook te maken heeft. Ik geloof dat het een goede zaak is - een deel geschiedenis bewijst dat eigenlijk en ik zou ervoor pleiten om dat verder te zetten - dat in ons land alle voorzieningen die je nodig hebt voor gezondheidszorg in heel sterke mate aan initiatief van derden wordt overgelaten. De Nederlanders kunnen relatief goed plannen, maar als je ziet waar zij staan met het aanbod van professionele groepen, met aanbod van ziekenhuizen, enz..., dat is eigenlijk een ramp. Nu moesten wij plannen en toepassen wat we uitgevonden hadden, dan zaten we waarschijnlijk in een even grote ramp. En een beetje met de notabelen denk ik dat we dankzij het feit dat wij ongevaarlijk plannen, want niemand luistert ernaar en iedereen trekt een beetje zijn plan, eigenlijk in een goede situatie zitten. We hebben een goed aanbod, goed gespreid, goede kwaliteit. We zijn natuurlijk wel wat problemen gaan bijsturen. Ik denk dat we moeten opletten als we niet kijken naar de invloed die de bevolking op de oriëntering van de gezondheidszorg heeft. Of we dat nu markt noemen, of vraag, of om het even wat, maar de bevolking beïnvloedt heel sterk. Het is evident dat je een serieuze besparing zou doen als je de eerste 5 consultaties niet zou terugbetalen, want daar zitten er nogal wat in. Maar daar gaat niemand iets aan doen, want dan klopt de bevolking op tafel.

Nu ik wil nog een punt toch wel eens onder de aandacht brengen. In feite is heel de gezondheidszorg vandaag opgedeeld, heel gefragmenteerd, we hebben een boek zo dik van nomenclatuur, alles is apart behandeld. De kostprijs en de werkelijke prijs komt niet eens overeen. Wij doen alsof. Je kunt dus eigenlijk niet onderhandelen. Je weet niet wat je aan het doen bent. We moeten gaan naar het bijeenbrengen van die gefragmenteerde zorg in meer een zorgpakket. Noem dat dan zorgpakket of zorgprogramma daar is genoeg over gesproken, maar waar het mankeert is we hebben heel veel instanties van overleg, maar er is geen enkele instantie, daar is op gewezen, waar als je nu die transitie gaat maken van de ene overheid naar de andere, daar is eigenlijk het overleg niet geregeld. En vandaar krijg je natuurlijk reacties van laat alles maar gelijk het is want daar heb ik iets te zeggen. Het immobilisme. Iedereen zegt al twintig jaar dat we alles moeten veranderen, maar niemand wil er iets aan doen. Onze Franstalige broeders zijn zeer aarzelend want ze denken dat ze dan minder geld gaan krijgen. Professionele groepen zeggen ja maar in het huidige systeem hebben we iets te vertellen. Dus eigenlijk komt het erop neer als we succes willen boeken in dat soort transitie dan moet je een globaal scenario maken. Dan moet je een scenario maken dat ten eerste over het geheel gaat. Dat daar geen stukjes meer in ontbreken en dat elke partner kan zien wat gaat er gebeuren. Dan kunt ge een akkoord maken. Dat orgaan bestaat niet. En als ik gepleit heb om voor de hervorming een structuur te maken dan is het dat. Als je niet iedereen die gaat meespelen rond de tafel brengt en samen die hervorming, dat scenario en de inhoud van die hervorming en het scenario, de stappen, hoe je dat gaat doen, als je dat niet kunt met die groep en echt met een akkoord van die ganse groep doen, dan zal het niet gaan. Het is veel gemakkelijker om iets te saboteren om een verandering tegen te houden. Want een verandering is al moeilijk. Dus het volstaat om niets te doen, om iets tegen te houden. Dat is denk ik het belangrijkste punt. Akkoord komen wat men wil bereiken, maar dan echt akkoord komen met alle partners en de overheid is daarin dan ook maar een partner. Zowel de bevolking, de professionele groepen en andere moeten daarin zitten.

Nog een ding. Wij gaan ofwel meemaken dat het medisch werk, het klinisch werk, overgenomen wordt door derden of terug in handen genomen wordt van de professionals. Er is geen keuze. Ge kunt eigenlijk uw medisch werk niet meer doen op een geïsoleerde manier. Ge zijt een stuk van een proces waarin vele anderen meewerken. Wie gaat dat proces organiseren. Ofwel doen we dat vanuit de professies. Maar als we het niet doen dan zullen anderen het doen en dat is bezig. En om het dan maar eens te houden bij de gevangnissen, ik bedoel eigenlijk de VS, wat is eigenlijk de kern van hun "managed care system". Zij zeggen vanuit de verzekering aan de dokters, zo doet ge die operatie, ge moogt daarbij dat onderzoek uitvoeren, het mag zoveel dagen duren, maar wij zijn ook al heel flink op weg om die richting in te gaan. Dat is mijn aanvulling.

Chris Geens: We hebben nog 5 minuten tijd. Nog een paar korte vragen en korte antwoorden.

Frans Devos: Voorzitter van het Vlaams Neutraal Ziekenfonds. Lid van de werkgroep transfers in het actiecomité Vlaamse Sociale Zekerheid. Het colloquium van vandaag "Gezonde Gezondheidszorg in een Gezonde Economie. De economische aspecten van de Vlaamse Gezondheidszorg" wordt dit best geanalyseerd door de federale overheid, of door de Vlaamse overheid? Indien het het best door de Vlaamse overheid gebeurt, waarom wordt er dan geen werk van gemaakt op politiek vlak?

Chris Geens: Dank u voor uw tussenkomst. Wie van de sprekers voelt zich geroepen?

Roger Dillemans: Ik denk dat we met velen kunnen antwoorden. Reeds lange tijd, in de tijd dat meneer Busquin nog minister was van Sociale Zaken en de heer Dehaene eerste minister, waren zij in principe akkoord allebei. Er werd ook gezegd om de splitsing in de Sociale Zekerheid en de gezondheidszorgen eruit te

halen als een apart risico, niet meer te financieren door de arbeid. Daar is het bij gebleven. De verdere normale logische stap, hebben we hier vandaag met z'n allen al gezegd, is om dat toe te vertrouwen aan de communiteit. Ook omdat een heel aantal domeinen gemengd zijn: de palliatieve zorgen, de zorgverzekering, denk aan het welzijnsbeleid. Je kunt die zaken niet los scheiden van elkaar. Er zijn er zelfs die pleiten om een stuk van justitie te laten transiteren omdat het gevangeniswezen en de sociale begeleiding daar ook bij hoort. Maar politiek is dat telkens opzij gezet. Het is een delicate periode om dat nu te zeggen maar in het Vlaams parlement hier was er unanimitéit over 5 thema's, waaronder dit. Een keer degenen die dat daar aanvaard hebben in een federale context terechtkomen en negociëren gaat het verloren en als er een Vlaams minister, nu ga ik ver, een keer de cijfers en zijn mening wil zeggen dan krijgt hij die kans niet omdat het afgeblokt wordt op een ander niveau. In Wallonië heeft men grote schrik. Ik zal u een anekdote vertellen. Nee ik zal eenvoudig zeggen. Een van de informateurs heeft mij eens geraadpleegd toen de regering moest gevormd worden een tijd geleden en ik pleitte voor de splitsing gezondheidszorg. Onbespreekbaar zei hij, het was een Franstalige. Maar zie een keer voor het onderwijs in 1988 die splitsing hoe heilzaam het geweest is. Voor jullie zegt hij, niet voor ons. Dit soort solidariteit moet er blijven maar op hoog niveau zoals we dat daar straks gehoord hebben. Niet op het niveau waar de concrete responsabiliteiten spelen. Het is onaanvaardbaar dat men voor een zelfde prestatie van klinische biologie gemiddeld in een ziekenhuis 10 minuten verder maar over de grens totaal andere cijfers per patiënt heeft. Wie zal dat zeggen. Het is geweten, het mag niet gezegd worden. Het is een politieke materie. Omdat men denkt als men daarmee begint, het gaat om duizend miljard, geen 650 van de ziekteverzekering, als men daarmee begint is het hek van de dam. Het is nietwaar, het is niet van de dam, in vele andere landen zijn de regio's wel verantwoordelijk daarvoor. Het zou beter zijn voor iedereen, op termijn ook voor Wallonië.

Chris Geens: Dank u wel. Een kort antwoord van u.

Frans Devos: Waarom durft men dan uiteindelijk België niet in vraag stellen?

Roger Dillemans: Sorry, dat is volgens mij niet aan de orde. Waarschijnlijk een stap te ver. Voor de internationale politiek onaanvaardbaar. Laten we doen wat we kunnen doen.

Als men die stelling aanneemt, België in vraag stellen, dat stoort mijn thematiek. Dan geraak ik er nog minder, want dat lukt niet, op dit moment nog minder. Laat ons met de dingen die we zouden kunnen lukken waar een stevige argumentering voor is, laten we dat doen. Ik pleit ook voor het wetenschappelijk onderzoek. Ik was gisteren in IMEC, 20 jaar IMEC, en minister Busquin was daar. Vriend van mij en regeringscommissaris. Hij doet het zeer goed vind ik. Maar het wetenschappelijk onderzoek, onze grote Vlaamse centres of excellence, die ken ik ook goed, als die willen gaan werken in het buitenland moeten ze passeren langs de centrale federale diensten. Collega Bouckaert, dit is een hinderpaal. Laat ze rechtstreeks confereren met elkaar. Het wetenschappelijk onderzoek is een van de centrale punten naar de toekomst toe zoals gezondheidszorg. Laten we ons daarop concentreren en de algemene problematiek dat is niet aan mij besteed voor het moment.

Frieda Van Themsche: Federaal Volksvertegenwoordiger sinds vorig jaar. Ik ben vooral gekomen om te luisteren en ik ben ook blij dat we uitgenodigd werden maar ik wil u toch wel een aantal illusies ontnemen. Ik heb in die 7 maanden dat wij in de commissie Volksgezondheid zitten, heb ik al geleerd dat er zeer, zeer weinig gerealiseerd is. Minister Demotte is begonnen met gezondheidsdialogen op verschillende gebieden van de geneeskunde. Wij hebben gevraagd om eindelijk te weten naar aanleiding van die dialogen welk beleid minister Demotte nu zal voeren, maar tot hier toe heeft hij geweigerd te antwoorden. Dat wordt weer uitgesteld en wij vrezen zelfs dat het dit jaar voor het reces zelfs niet meer aan bod zal komen enkel en alleen omdat er dus verkiezingen komen en omdat zeer veel politiciers op deze Vlaamse lijsten staan. Er zijn ook teveel bestuursniveaus, dat merken wij telkens opnieuw. Het gebeurt dus wanneer wij een voorstel doen dat minister Demotte dan ook glimlachend in onze richting kijkt, maar nooit het antwoord geeft dat ik eigenlijk verwacht, namelijk: Het is nodig dat wij de gezondheidszorg volledig op gewestelijk niveau brengen. Hij zou dus liefst van al hebben dat alles naar hem volledig terug toegaat. Hij zegt dat het op die manier zal lukken. Dat denken wij niet. Wij zijn ervan overtuigd, wij zien het trouwens gewoon. Er is een besluit geweest dat het aantal artsen moest beperkt worden. Dus wat het aantal studenten dan betreft. In Vlaanderen wordt dat uitgevoerd in Wallonië weigert men dat alhoewel er een duidelijk besluit was daar rond. Dus zolang dat gebeurt ...

U sprak ook over de inspraak van de bevolking. Ik heb daarstraks gehoord dat politici een lange termijnvisie moeten hebben, wel dat hebben ze ook. Ze hebben een lange termijnvisie, maar zij hebben enkel een lange termijnvisie hoelang zij hun zittijd kunnen houden. Dat is het enige. Dat is dan ook waar de bevolking heel veel inspraak in heeft als men ergens met een zeker beleid wil komen. Als men ergens de moed wil hebben

om bepaalde zaken te veranderen dan gaat het niet omdat men schrik heeft dan men de volgende keer door de bevolking zal afgestraft worden.

Ik denk dat ik hier veel gehoord heb en ik zou graag de volgende keer zeker ook terug aanwezig zijn om u de volgende keer te kunnen helpen.

Chris Geens: Dank u wel mevrouw.

Prof. Dillemans belooft een heel kort antwoord en dan komt de laatste vraag.

Roger Dillemans: ... (wisselen van kant geluidsband)...

Er zou al veel meer werk kunnen worden verricht op het terrein. Het laatste woord van Jan Peers kan hierbij aansluiten. Er moet een globaal scenario gemaakt worden. Wij eisen wel de overdracht van de gezondheidszorg, maar wat doen wij ondertussen om het voor te bereiden? Het is zoals Jacques Gruwez zegt: er is hier bijna niets voorhanden. Als wij dat niet voorbereiden dat er nu al genegocieerd wordt en dat ook zonder gezag, ook zonder finaal resultaat, toch al onderling met elkaar samenkomen en overleggen. Wie is daarbij een centrale actor, politici uiteraard. De partij. Ik noem een groep die incontournable is en dat is de groep van de artsen. De artsen als dusdanig. Als de artsen in verenigingen of met sterkte en beter georganiseerd en ook hun eigen medisch proces in verantwoordelijkheid nemen. Maar ze moeten serieus zijn. Ze moeten dan ook weten hoe ze hun eigen afspraken maken en een beetje meer in transparantie. Alstublieft artsen waarom moet dat allemaal bedekt blijven. Dan zullen zij daar een centrale rol in vervullen. Zonder artsen aan de negocieertafel gaan we niks kunnen doen. En zij met de mutualiteiten, als verstrekkers zijn ze daarbij aanwezig, zij zullen het mee moeten sturen in overtuiging.

Jacques Gruwez: Ik wou alleen aan mevrouw Van Themsche zeggen dat, niet alleen ik maar de ganse artsengemeenschap, ik toch graag zou hebben dat de politici bij hun leest blijven en dat ze niet om de haverklap reguleringen, reglementeringen, koninklijke besluiten, uitvaardigen. Als u bedenkt dat er mensen zijn die een koninklijk besluit of een ministerieel besluit uitvaardigen over de behandeling van pijn of over het recht dat de patiënt heeft om geen pijn te hebben. Ik vraag mij af waar de schizofrenie dan stopt. Mijn boodschap aan de politici zou zijn: schoenmaker, blijft bij uw leest.

Chris Geens: Dank u professor Gruwez en ik zou dan aan Prof. Peers vragen om het slotwoordje uit te spreken voor we naar beneden gaan waar we al vijf minuten geleden moesten zijn.

Jan Peers: Ik zal heel kort zijn want elke minuut kost nu een broodje.

We moeten een transitie voorbereiden. Ik herhaal wat al gezegd is en dat moet gebeuren via een heel brede consensus tussen alle actoren, bij diegene die ik genoemd heb moet natuurlijk expliciet de patiënt en de bevolking een rol spelen. De patiënt en de bevolking moet niet vertegenwoordigd zijn door derden, die moet dat zelf zijn.

Misschien nog een punt, dat niet heel sterk is, eens onderstrepen.

De overheid zou ook best wat meer omstandigheden kunnen creëren zodat de dingen vlot kunnen lopen, eerder dan overal zelf tussen te willen komen en tot de laatste details te willen regelen. Ik geef een voorbeeld. Er is, denk ik door mevrouw Teughels en ook door mevrouw Wivina Demeester, op gewezen dat we eigenlijk veel te weinig gebruik maken van de mogelijkheden van de nieuwe elektronische communicatietechnologie, enz, terwijl precies gezondheidszorg nu echt iets is waar je dat zou kunnen gebruiken. Waar communicatie enorm belangrijk is. De omstandigheden daarvoor zijn er niet.

Wie vandaag zijn dienst zo zou organiseren dat via overleg men heel zorgvuldig gaat plannen en kiezen welke activiteiten nodig zijn. Het is ook wel een genie die dat niet doet. Die bestraft zichzelf. Hij steekt daar tijd in en zal minder verdienen. Dat zijn niet de ideale omstandigheden om die processturing als vervanging van dat gefragmenteerde te bereiken.

Vroeger ooit na de oorlog in de jaren '50, heeft men een stelsel bedacht, want er was een tekort, dacht men in elk geval, aan ziekenhuizen. En dat bestaat nog altijd, als men een ziekenhuis bouwt, dan heeft dat aanleiding tot 60 % in de subsidiëring om die bouw te realiseren. Ik denk misschien dat de tijd gekomen is dat men op dezelfde manier, of misschien in de plaats van, zou investeren via subsidiëring in infrastructuur voor communicatietechnologie, zodanig dat al die mensen en die instellingen die op al die plaatsen zitten op de beste manier kunnen samenwerken. Dan krijgt ge echt netwerken en programma's zoals ze ook door mevrouw Demeester waren aangekondigd.

Chris Geens: Dank u vriendelijk allemaal voor uw tussenkomst. Dank u ook aan de mensen die heel uitgebreid antwoord gegeven hebben. We zien elkaar beneden.



Weergave van de geluidsband van de discussie in de commissiezaal “Metsys” over de inleidende voordracht van Mevr. Sonja Teughels:

De Vlaamse gezondheidszorg als groeimarkt

Moderator : Dr. Louis Ide (secretaris VGV)

Verslaggever: Dr. Robrecht Vermeulen (voorzitter Van Helmontgilde)

Louis Ide: Ik heb een eerste vraag voor mevrouw Teughels.

Ik was geboeid door uw toespraak en ik herkende een aantal punten die mij ook zeer interesseren. Ik vertaal onderzoek en onderwijs als een vraag naar kenniseconomie, naar meer investeringen zoals in Scandinavië. Ik herkende ook de aanwezigheid van de vrij aanvullende verzekering, de hospitalisatieverzekering, die een steeds grotere omvang aannemen in onze gezondheidszorg.

En ik miste een beetje, en ik was daar wel in geïnteresseerd, een vorm van ethiek. Want draai of keer het zoals je wil, wanneer de markt gaat spelen in een sector zoals de gezondheidszorg, is er een vorm van ethiek noodzakelijk. Anderen zullen zeggen dat de overheid regels moet opleggen, dat is nog een stap verder, maar mijn vraag is eigenlijk concreet: zijn jullie daar mee bezig, hebben jullie zelf voorstellen, zoals ook de farmaceutische industrie tracht ethische regels aan zichzelf op te leggen?

Sonja Teughels: Om heel concreet op uw vraag te antwoorden of we bezig zijn met regels inzake ethiek, neen, we zijn naar niet mee bezig. Waar we een beetje mee bezig waren op dit moment is een stukje de gedachte: bekijk dat niet enkel als uitgaven en budget en hoe gaan we dat budget verdelen.

Waar we eigenlijk in eerste instantie rond aan het werken waren was die paradigmawisseling, kijk eens op een andere manier daarnaar. Het is helemaal correct dat de farmaceutische sector dat nu doet via pharma.be. Ik denk dat dat heel correct is, dat zij een stukje zelfregulering doorvoeren door zelf ethische principes uit te werken, en door zelf te zeggen: dit kan onze rol zijn en aan die en die voorwaarden.

Ze doen dat natuurlijk ook een stukje omdat ze bijna niet anders kunnen, omdat ze jarenlang en tot op vandaag trouwens heel veel kritiek krijgen. Ze zijn bijna bij voorbaat verdacht. Daarom pogen ze hun positie te bepalen met regelgeving en voorwaarden. Ik denk dat het een goede zaak is dat de farmasector dat eens allemaal op papier zet, maar natuurlijk als je spreekt van de gezondheidssector als groeimarkt, dan moet je dat bijna voor alles doen. Dan gaat het ook over de rol van de verzekeringssector. Dat is net hetzelfde. Je hebt vandaag een groei van aanvullende verzekeringen. Als je enkel nog maar kijkt naar de groei van wat als aanvullende verzekeringen wordt gerealiseerd buiten de mutualiteiten, dus bij DKV en bij andere spelers, dat is enorm, als je de groeicijfers bekijkt de afgelopen tien jaar. Ook daar zie je, dat ook zij nu proberen een document uit te werken, van kijk: dit zijn volgens ons enkele basisregels, die wij als industrie, als sector, als onderneming ook moeten respecteren.

Dus je ziet het wel ontstaan vanuit het bedrijfsleven zelf, ik denk dat dat heel correct is.

Of wij dat nu moeten gaan doen voor de ganse sector?

Wij zijn nu sowieso de oefening aan het maken, dus we gaan dat ook wel op een bepaald moment moeten meenemen, al denk ik dat het aan de bedrijven zelf is om daar in eerste instantie zelf een insteek voor te geven.

Naast het ethisch aspect is er ook nog een tweede aspect, dat is hoe je met winst omgaat. Dat is ook een vrij moeilijk thema. Hoe ga je met winst om binnen de gezondheidszorg? En is dat dan winst die in zekere zin wordt verdiend op de rug van de zieken, of is dat geld dat in zekere zin wordt onttrokken aan een overheid? Ook daarop gaan wij vroeg of laat een antwoord moeten geven.

Hugo Kesteloot, professor em. cardiologie KU Leuven: Een van de fundamentele vragen is: hoe belangrijk is de gezondheidszorg voor de volksgezondheid? Want men leeft langer in Albanië dan in Denemarken. De VS die veruit de hoogste uitgaven hebben voor de gezondheidszorg (14,2 % van het BNP, in aanwezigheid van 40 miljoen onverzekerden), staan in een lijst die ik al verschillende malen heb gepubliceerd, op gebied van mortaliteit bij de man op de 26^{ste} plaats en bij de vrouw op de 31^{ste} van 50 landen waar een hele groep Oost-Europese landen in zitten.

Dus die enorme uitgaven voor de gezondheidszorg hebben geen enkele invloed op de mortaliteit want in Hong Kong leeft men veel langer dan in de VS. Zodanig dat de fundamentele vraag kan gesteld worden: hoe belangrijk is de gezondheidszorg, of is het de voeding die bepaalt hoelang de bevolking leeft? Waarom leven de Albaniërs langer dan de Denen? Omdat de Denen veel boter eten en de Albaniërs olijfolie. Er is geen

andere verklaring voor. Waarom leeft men zolang in Spanje? Spanje heeft een veel hogere levensverwachting dan de VS. In Spanje gebruikt men minder boter en meer olijfolie. Zodat men staat voor enorme miljarden uitgaven voor de gezondheidszorg en dat het helemaal niet duidelijk is hoe belangrijk dat is voor de volksgezondheid. Een tweede element dat ik zou willen aanhalen in dezelfde zin. Er is maar een experiment geweest in de wereld, en dat zal nooit meer kunnen worden herhaald, dat is de Chinese culturele revolutie. Daar heeft men gedurende 10 jaar geen enkele dokter opgeleid, geen enkele verpleegster. En op het einde van de culturele revolutie was de gemiddelde levensverwachting in Peking 69 jaar. Nog eens om aan te tonen dat het helemaal niet bewezen is dat de gezondheidszorg zo belangrijk is voor het welzijn en de levensverwachting van de bevolking.

Men leeft langer in Albanië dan in Denemarken. En Denemarken is het rijkste land van de Europese Unie op het groothertogdom Luxemburg na. En wanneer de Unie nog bestond uit 15 landen hadden zij de hoogste mortaliteit van de Europese Unie. Mijn betoog is dat de voeding veel belangrijker is dan gezondheidszorg.

Sonja Teughels: Ik denk dat dit voor een stuk correct is, maar als we spreken over de voeding dan spreken we over preventie. Het is maar hoe je de gezondheidszorg bekijkt. Als je het heel eng bekijkt met enkel en alleen het geheel van technische prestaties die worden verstrekt dan heb je 100 % gelijk als je zegt: er zijn veel belangrijker determinanten dan enkel en alleen het functioneren van een medisch apparaat. Ik denk aan preventie en detectie. Ik denk ook aan levenswijze, dat is ook preventie. Dat is daarstraks ook al aangehaald, we hebben geen integratie van preventie met gezondheidszorg. De Vlaamse overheid werkt een aantal preventiemaatregelen uit. Men wil bijvoorbeeld het aantal zelfmoorden doen dalen met zoveel procent. Het enige wat er gebeurt in het beste geval dat is een meting daarvan, maar er is geen enkele koppeling tussen de doelstelling om het effectief te verlagen en het feitelijk realiseren. Kortom, je hebt gelijk, maar dan spreek je volgens mij meer over preventie.

Marc Soens, revalidatiearts, H.Hartziekenhuis Tienen: Ik stel mij de vraag of ge zo gemakkelijk preventie en curatieve geneeskunde kunt scheiden. Ik denk dat je dat eigenlijk heel moeilijk kunt scheiden. Ik denk juist dat de preventie ook wordt gerealiseerd tijdens het curatief proces. Vandaar had ik de vraag: 't ja is de preventie dan volledig iets van de overheid? Ik vind het eigenlijk maar eigenaardig dat dat ook niet een stuk van de curatieve geneeskunde is. Qua financiering, he. Of welk niveau is daar eigenlijk verantwoordelijk voor?

Sonja Teughels: Ik denk eerst en vooral dat we niet echt een preventief beleid hebben vanuit de overheid. Een degelijk uitgewerkt, meetbaar, opvolgbaar, enz. beleid denk ik niet dat we hebben vandaag. Maar ik kan verkeerd zijn. Misschien schatten jullie dat anders in. Wat ik zie, wat op mijn tafel komt, bewijst mij niet meteen dat wij een degelijk preventief beleid hebben. Preventie is zomaar niet iets dat je loskoppelt en dat je zomaar op de een of andere toren gaat uitvinden en dat je nadien maar gaat opleggen aan uw sector. Ik denk dat het helemaal correct is dat al uw beroepsgroepen, van huisarts tot en met specialist, een stuk preventie moeten meenemen in de praktijk. Een overheid kan dat niet allemaal tot op het meest plaatselijke niveau gaan regelen. Wat een overheid wel kan doen is heel duidelijke objectieven naar voor schuiven, en zeggen: daar en daar willen wij aandacht aan besteden. Voor een deeltje lukt dat bijvoorbeeld met onder andere het screenen van vrouwen door mammografie enz. Ik heb een beetje een raar gevoel dat het niet zo heel veel is. Dat het ons een beetje ontbreekt aan visie: waar hebben we het meeste nood aan, wat zijn eigenlijk de zwaarste uitdagingen voor de gezondheidszorg van een bevolking? Wat zijn eigenlijk de belangrijkste aandoeningen en waar moeten we het meest op letten? Je kan de mensen niet verplichten gezonder te gaan eten. Maar je kan er wel voor zorgen dat al je beroepsgroepen, dat heel je apparaat van artsen en hospitalen enz daar meer op gefocused geraken, dat die dat meer gaan implementeren. Maar dan moet je als overheid ook zelf weten waarheen je wil gaan. Dat lijkt mij een beetje te ontbreken op dit moment.

Jan Remans, reumatoloog te Genk: Ik was tot vorige legislatuur in de Senaat. Ik denk wel dat er een preventief beleid is maar dat het niet gecoördineerd is. Niet tussen de gemeenschappen en niet hier. Als Vlaanderen inent tegen hepatitis, draagt Vlaanderen de kosten. In Wallonië gebeurt dit niet, doch de federale regering betaalt wel als ze hepatitis krijgen.

Er is wel een beleid, maar dat is totaal niet gecoördineerd. Er zijn geen objectieven zoals u zegt en zelfs als ze gesteld worden, is er geen beloning voor degene die de objectieven invult. Laten we zeggen dat 1 % minder werkonbekwaamheid door ziekte 20 miljard oude Belgische frank betekent. Als we dus een stelsel zouden opzetten waarbij de ondernemingen of de groep van ondernemingen, die 1 % minder werkverlet hebben door ziekte, beloond worden door teruggave van dat bedrag aan de betrokken groep van medewerkers, dan is er

niet alleen een objectief, maar dan is er ook nog een beloning en dan gaan we wel ergens geraken. Dat als antwoord op Uw vraag.

Ten tweede, ik heb een eigen vraag. Ik sta voor, ik verdedig de innovatieve geneeskunde. Want we zitten hier toch om daarover te praten. De andere dingen zijn niet minder waar, wat u zegt professor (*refereert naar Prof. Kesteloot nvdr*), maar we zitten hier toch voor de innovatieve geneeskunde. Niet in alle landen van Europa is er een goed technologie assessment systeem. Wij hebben dat in België niet en als we dus innovatieve geneeskunde willen verdedigen moeten we maken dat er dat is. Dan kan beoordeeld worden of een nieuw middel ook helpt. Ik denk inderdaad dat een elektronisch dossier een grote bijdrage kan leveren, maar als we praten over innovatie nu, wordt innovatie onder andere binnen de farma-industrie bestraft als ze de 60 % moeten terugbetalen omdat ze meer verbruiken of doen verbruiken.

Dit is dus tegengesteld aan wat we willen met centres of excellence.

De vorige regering wilde niet verlonen omdat het een extra kostenplaatje had, maar het wordt aan de andere kant afgestraft. Als we ijveren voor centres of excellence moeten we toch kijken naar de erkenning of de criteria die daarvoor dienen en ten tweede naar het prijskaartje dat daaraan vasthangt. En wat doet u dan met wat nu gezegd wordt over de algemene toegankelijkheid?

Sonja Teughels: Ik zie meerdere puntjes, eerst en vooral wat u zegt: we hebben eigenlijk geen technologie assessment. Ik vind het opmerkelijk dat, als ik op zoek ga naar wat informatie over innovatie binnen de gezondheidszorg, over hoe je moet omgaan met de kostendrijvende factor, de omringende landen ergens wel een onderzoeksinstelling hebben waar gezondheidseconomen werken, die worden betaald om daarover na te denken en studies uit te voeren waaruit beslissingen voortkomen. Beslissingen in de zin van “initieel gaat ons dat zoveel kosten, maar op lange termijn gaat ons dat zoveel besparen”. Zo kan men op een bepaald moment een afweging maken van “dit betekent een kostenverhoging, maar het betekent ook een verlaging daar of in andere sectoren, bijvoorbeeld door een kortere ligduur of door een minder snel hospitaliseren”. Dit heeft allemaal repercussies, maar ergens probeert men een financieel plaatje in kaart te brengen. Als ik dan kijk bij ons zie ik zo geen instituut.

Jan Remans: Dat is juist het probleem.

Sonja Teughels: Ik denk dat dit inderdaad een van de grote problemen is. We hebben wel een aantal gezondheidseconomen, ik denk dat ze ook wel gekend zijn, maar ze zitten heel verspreid en ze zijn allemaal zeer gefragmenteerd aan het werk. Ieder vanuit zijn eigen invalshoek. Je hebt o.a. Prof. Lieven Annemans, Prof. Gertjan De Graeve, ... Je komt altijd bij dezelfde hoek uit. We hebben er eigenlijk niet zo heel veel en degenen die we dan hebben zitten op 5 verschillende plaatsen. Je hebt geen enkele binding. Laat staan dat je kan zeggen wat zijn de kosten en wat zijn de baten. Het lijkt mij heel eenvoudig, als iets een enorme kostendrijvende factor betekent, iets de uitgaven enorm gaat verhogen, maar brengt misschien zelfs op de lange termijn weinig besparingen mee, misschien een beetje meer kwaliteit, dan moet je de moed hebben om te zeggen: dit gaan we niet terugbetalen, want dat kunnen we niet betalen met de budgetten die we hebben. Dat zijn dan de moeilijke of de heel pijnlijke keuzes die moeten gemaakt worden. Wat laat je ontstaan en wat is er voor iedereen en waar gaan we nee zeggen. Gewoon resoluut: dit gaan wij als gemeenschap niet financieren. Hoewel het wel bestaat, en dan waarschijnlijk toch gaat ontwikkelen, weliswaar internationaal, en dan weliswaar zal voorbehouden zijn voor de weinigen die heel veel geld hebben en het kunnen financieren. Maar je kunt als overheid niet meer doen dan kijken naar die kosten en kijken naar eventuele besparingen en op basis daarvan beslissingen nemen. Maar die oefening kunnen wij op dit ogenblik eigenlijk moeilijk maken.

Jan Remans: Mijn stelling is dezelfde. Maar ik wilde daar nog de volgende vraag aan vasthechten: die centres of excellence wat is daarvan het prijskaartje en, als we de criteria vastgelegd hebben, hoe gaan we dan de selectie maken? Want ik kan me wel de centre of excellence reumatologie noemen, maar dan moet ik het nog zijn ook.

Sonja Teughels: In de hele beslissing van de evolutie naar een kenniseconomie en naar innovatie zie je dat overall ontstaan. Iedereen noemt zichzelf wel de belangrijkste in de kenniseconomie en iedereen pleit voor zijn eigen domein. Dus dat is ook daar een probleem. De farma-industrie beweert dat zij de motor zijn van de kenniseconomie, maar bijna alle sectoren beweren dat op dit moment. En als je het over de innovatie in het algemeen hebt, dus niet alleen over gezondheidszorg, dan zie je dat een aantal sectoren aan het wegtrekken zijn of gaan verdwijnen. Ik denk bijvoorbeeld aan de automobiellindustrie, misschien op termijn ook aan de textielindustrie. Wat gaan we hier houden? Wat gaan we zien verdwijnen? Op een gegeven moment is daar

een keuze te maken. De federale overheid moet voor innovatie jaarlijks 3 % besteden aan onderzoek en ontwikkeling. We zijn te klein. We kunnen dat niet gaan verspreiden over alle mogelijke sectoren. Dus ook daar moet je dan weer een afweging maken. Dan sta je weer voor de keuze: wat laat je groeien en wat laat je niet groeien. Als ik zeg bio, denk ik aan het VIB. Dat is een beetje met de natte vinger, ik geef dat toe. Want we spreken met die mensen. We denken amai dat is wel knap wat daar gebeurt rond Gent, maar zijn die nu zo'n koploper in Europa, dat weet ik niet. Het ontbreekt ons aan instrumenten. Moeten we nu daarvoor kiezen? Of moeten we eerlijk toegeven dat andere landen ons ver voor zijn en dat wij daar een stuk in achterlopen? Of moeten we ons op iets anders gaan richten? Want de middelen zijn schaars, dus je moet sowieso keuzes maken. Maar dat vraagt een afweging en bijna ook een stuk financieel in kaart brengen wat de relevantie is van elk van die sectoren. Maar dat is niet zo'n eenvoudige oefening. Je hebt daar informatie en veel politieke moed voor nodig.

Louis Ide: Ik wil toch wat provocatief zijn als antwoord op de vraag van collega Remans. Er is een pril begin: het kenniscentrum. Is dat een besparingscentrum of is dat een streven naar evidence based medicine? Ik gooi het hier maar in de groep.

En een tweede luikje naar mevrouw Teughels toe. Preventie, ik hoor het je graag zeggen, maar is dat wel commercieel, heeft de industrie daar wel interesse voor?

Sonja Teughels: De hele ontwikkeling van medisch monitoren van patiënten - en dan lees ik ook maar de literatuur die daarover verschijnt - lijkt mij zeker voor de bedrijven die daarmee bezig zijn commercieel belangrijk te zijn. Die zijn daar internationaal mee bezig. En volgens mij gaat het daar dan ook een stuk over preventie. Dat is natuurlijk een heel andere orde van preventie dan dat je op je voeding moet letten en dat je een snellere detectie moet hebben van een aantal zaken door een zeer goed werkende eerstelijnszorg. Dat is een andere soort preventie. Maar zeker vanuit de wereld van bedrijven en ondernemingen, zeker vanuit de invalshoek van de informatisering - want daar spreken we dan voornamelijk over - is dat sowieso een groeiemarkt en ik denk dat zij zich internationaal nu al aan het profileren zijn. Alleen was mijn punt: laat het niet alleen over aan de paar bedrijven die daar rond werken maar grijp dat als geheel, als Vlaanderen meer aan. Zorg ervoor dat je dat veel beter kan implementeren voor onze eigen gezondheidszorg. En dat je in een ruim samenwerkingsverband met alle betrokken actoren, niet enkel de bedrijven die het nu al doen, maar iedereen meeneemt in dat verhaal. Dat is een beetje mijn bedoeling.

Jo Daems, bestuurder voorzieningen geestelijke gezondheidszorg, secretaris van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg: Ik zou even willen aanmerken dat de Vlaamse Vereniging bijvoorbeeld op het terrein van preventie de logo's van de Vlaamse geneeskunde toch installeert. In de logo's - het is blijkbaar een jong initiatief - vind je alle actoren op het gebied van gezondheidszorg, huisartsen, bedrijfsgeneeskundigen tezamen. Mijn beperkte ervaring is dat die preventie, hoewel die niet zo relevant is in Vlaanderen waarschijnlijk, toch wel werkzaam is. Ik heb toch de indruk dat het bundelen van het middenveld, van al die mensen die met gezondheidszorg bezig zijn, voor preventie (primaire, secundaire, tertiaire), toch wel goed scoort, wat betreft de zes gezondheidsdoelstellingen die u net aangehaald heeft. Depressiesuïcide is een manifest probleem, waar we niet naast kunnen kijken. Jammer dat men daarvoor blijkbaar toch geen middelen, net niet, heeft kunnen mobiliseren. Er is een beperkt onderzoek geweest door de Centra Geestelijke Gezondheidszorg met de huisartsen, verdienstelijk in suïcidepoging.

Ik denk dat op die weg moet verder gegaan worden. En dat daar toch kansen zijn en toch bewezen is dat, hoe langer men dit beleid aanhoudt, preventie toch wel wat uithaalt. Dat lijkt mij toch een verworven inzicht.

Eric Ponette, professor em. radiologie KU Leuven: Twee aanvullingen. Eerst in verband met preventie. Ik pleit voor grote aandacht voor preventie en op dit ogenblik stel ik vast dat de aandacht voor curatie en preventie, uitgedrukt in budgetten, fenomenaal scheefgetrokken is. Ik heb de cijfers gehaald uit het boek van collega Remans "De hemel op aarde", waarin heel wat interessant cijfermateriaal zit. Wanneer je de verhouding maakt van wat in Vlaanderen door de federale overheid uitgegeven wordt voor curatie t.o.v. wat in Vlaanderen door de Vlaamse overheid uitgegeven wordt voor preventie, dan kom je tot de verhouding, hou je vast, 103/1. Welnu dat is niet terecht.

In aansluiting met de bemerking van de collega revalidatiearts dat preventie en curatie toch duidelijk verband hebben met elkaar en meer zelfs dat ze in elkaar overlopen. Akkoord, dat is zeker zo voor de secundaire en de tertiaire preventie. Dit is minder zo voor de primaire preventie. Ik verklaar mij nader. Door primaire preventie wordt bedoeld het voorkomen van ziekten. Dus bijvoorbeeld vaccinaties, voeding, leefgewoonten, etc. Secundaire preventie is het ontdekken van aandoeningen in een vroegtijdig stadium, zodat fatale afloop kan

vermeden worden; ik denk bijvoorbeeld aan de borstkankerscreening. De tertiaire preventie is dan het voorkomen van verwickelingen bij bepaalde vastgestelde aandoeningen.

Marleen De Greef, arts, kwaliteitscoördinator in het UZ Gent: Maar dat is nog maar sinds twee jaar. In mijn vorig beroepsleven was ik preventiearts. Ik wil toch eventjes de situatie en de inspanningen van Vlaanderen, ter onderlijning van wat de vorige sprekers gezegd hebben, bevestigen. Wij zitten inderdaad voor wat de primaire preventie betreft met grote inspanningen en moedige beslissingen vanuit de Vlaamse overheid, maar de financiering is natuurlijk scheefgetrokken. Daarbij komt dat voor primaire preventie - ik denk nu aan de CLB's (de centra voor leerlingen begeleiding), de geestelijke gezondheidszorg, Kind en Gezin, de bedrijfsgezondheidszorg - de belangstelling zeer gering is in het algemeen. In de bevolking is dat ook geen item dat goed verkoopt. En de meting van outcome is iets dat op lange termijn moet gebeuren en niet gemakkelijk is. Dus in die zin vind ik dat een beetje moet rechtgetrokken worden wat hier gemeend werd rond de tafel, over te weinig inspanningen door de Vlaamse overheid. Iets anders is: ik ben ook geconfronteerd geweest met belangrijke knelpunten en inefficiëntie wat betreft die bevoegdheidsverdeling. En dan denk ik bijvoorbeeld aan het Kenniscentrum voor kwaliteit. Er wordt er een opgericht op federaal niveau, maar er wordt er ook een opgericht op Vlaams niveau. Wij als universitair ziekenhuis moeten net zoals de andere ziekenhuizen de wet op de patiëntenrechten toepassen, maar we zijn tegelijkertijd een Vlaamse overheidsinstelling, dat wil zeggen dat wij op een bepaald ogenblik formeel aan die beide overheden gevraagd hebben: "Moeten wij nu een interne klachtencoördinator voorzien?" Want wij moeten beantwoorden aan het Vlaamse klachtendecreet van 2001 en tegelijk moeten we ook voldoen aan de patiëntenrechtenwet van 2002. Gelukkig heeft men ons informeel gezegd dat één persoon volstaat. Voor mij zijn dat dus mooie voorbeelden, illustraties, van tot welke absurde situaties zo'n bevoegdheidsverdelingen kunnen leiden.

Hugo Kesteloot: Om nog even terug te komen op de voeding. Het is duidelijk dat de voeding niets kost. Het kost absoluut niets en het is een uiterst belangrijke determinante van de volksgezondheid. Zo bijvoorbeeld het verschil tussen Wallonië en Vlaanderen (de hogere cardiovasculaire mortaliteit in Wallonië, n.v.d.r.), want ik heb de gelegenheid gehad om dat voor het eerst aan te tonen dertig jaar geleden. Dat onderscheid, is dat te wijten aan het feit dat onze gezondheidszorg beter is in Vlaanderen dan in Wallonië, of aan het feit dat de Walen meer boter eten dan de Vlamingen? Wij hebben kunnen aantonen dat, wanneer men alles bekeek, het eigenlijk de voedingsverschillen waren tussen Vlaanderen en Wallonië die aan de basis daarvan liggen. Maar ook - en ik denk dat u daar dan de beste persoon bent om dat te beantwoorden - men spreekt over solidariteit en de solidariteit moet vooral gaan van de jongeren naar de ouderen. Maar waar liggen de vermogens? Het is toch duidelijk dat de zestigjarigen een veel groter vermogen hebben dan de dertigjarigen. Dus, zou de solidariteit niet moeten omgekeerd worden?

Het zijn allemaal woorden, maar in de feiten als je kijkt naar de cruises in de wereld: al die oudere mensen die nog die enorme cruises maken. Er zit enorm veel vermogen op oudere leeftijd en toch zou de solidariteit van de jongeren naar de ouderen moeten gaan.

Sonja Teughels: Ik ben blij dat u dat zegt. Ja, ik denk dat als je de discussie aangaat over financiering en je moet je financieringsbasis verbreden door het niet enkel bij lasten op arbeid te houden, doch door ook de algemene fiscale inkomsten aan te spreken, dan heb je dat eigenlijk mee. Maar dat betekent dat actieven en niet actieven ook allemaal mee gaan moeten betalen en ieder op basis van zijn eigen fiscale inkomsten.

X: Niet voor het vermogen, voor arbeid wel, maar niet voor het vermogen.

Sonja Teughels: Dat is de bedoeling juist dat je dat opentrekt en dat je het gaat verbreden. Ik denk dat de banken dat ook weten. Ik denk dat de financiële wereld die cijfers ooit heeft gegeven over de groei van het vermogen van voornamelijk oudere mensen. Eigenlijk moet je dat aangrijpen. Het kan niet zijn dat je ondertussen de discussie niet durft aangaan of nu gepensioneerden wel dan niet moeten mee betalen enz. Maar voor een stuk ondervang je dat als de financiering verbreed wordt en iedereen mee moet betalen op alle fiscale inkomsten. En ga dan maar eens de discussie aan. Ga je dat dan beperken tot inkomsten uit arbeid en inkomsten uit pensioenen, uitkeringen, enz. of grijp je de beleggingen, huizen, enz. ook aan? Hoever laat je dat gaan? Dat is het debat dat je juist moet voeren. En dan heb je een veel correctere solidarisering, want dan draaft iedereen mee naar vermogen, naar algemene inkomsten.

Francis Colardijn, professor en afgevaardigd bestuurder arts UZ Gent: Ik had eigenlijk een vraag over de titel van uw onderwerp. Dat is eigenlijk zoals in de industrie: als je geen groei hebt dan komen er problemen, meestal gaan bedrijven toe. Als je kijkt naar de Belgische gezondheidszorg, de ziekenhuizen momenteel, dan

is het zo dat 60 % deficitair zijn. Ofwel wil dit zeggen dat de overheid te weinig financiert, ofwel zijn de bedrijven er niet tegen opgewassen om zich te organiseren.

Maar als je vergelijkt met Nederland: een jaar of tien geleden zijn zij al beginnen desinvesteren, en toch hebben zij geen echte problemen gehad qua balans van de ziekenhuizen, natuurlijk wel in hun wachtlijsten. Recent hebben ze wel financiële problemen gekregen omdat de heer Balkenende het heel brutaal naar beneden gehaald heeft. Eerst de beloften gemaakt en dan naar beneden gehaald. Maar voor onze Belgische situatie nu: hebben we ondergefinancierd of zijn het het gewoon onze bedrijven, ziekenhuisbedrijven, die niet opgewassen zijn tegen de economische realiteit van heden?

Sonja Teughels: Als je spreekt over bedrijven dan heb je twee soorten bedrijven in deze wereld. De ziekenhuizen zou ik nu niet meteen bedrijven van dezelfde orde noemen als de “for profit”, de commerciële bedrijven die sowieso internationaal werken.

Onze eigen voorzitter, Ludo Verhoeven van Agfa Gevaert, is bezig met medische beeldvorming: dat is een internationaal bedrijf met zetel in Mortsel; die zijn zeer duidelijk internationaal bezig, puur “for profit”. De ziekenhuizen zijn natuurlijk andere soorten bedrijven. Als je kijkt naar het personeel en naar wat zij allemaal presteren, zijn dat zeer zeker bedrijven. Alleen worden zij nooit in publieke debatten aangekondigd als bedrijven. Dat is een beetje voor ziekenhuizen zo, maar dat is mijns inziens zo voor alles wat te maken heeft met gezondheidszorg en met welzijn. De aanbiedersinstelling daarvoor is niet geconcipieerd als bedrijf. Ik kan dat moeilijk inschatten. Ik heb nooit een analyse gemaakt van de financiering van een ziekenhuis. Maar ik lees overal wel dat er sprake is van onderfinanciering, zowel voor ziekenhuizen, ouderentehuizen, rust- en verzorgingstehuizen. De gehandicaptensector laat ik er nu even uit omdat dat toch een sector apart is. Maar heel veel instellingen zitten met financiële problemen. Van de welzijnssector heb ik ooit de cijfers gelezen van het aantal instellingen dat weliswaar met regelrechte tekorten kampt, maar juist op nul uitkomt, en lichte winst maakt. Maar dit is ongelooflijk als je dat ziet. Je verwacht elk moment dat de helft van de sector bij wijze van spreken eruit stapt omdat ze met zulke grote tekorten kampt. Je hebt natuurlijk een hele evolutie ondertussen ook binnen de wereld van de ziekenhuizen naar bestuur en naar wat de plaats van de artsen daarin is: de medische raad. Daar is er een hele evolutie naar een stukje meer professionalisering van het ziekenhuis als bedrijf. Ik denk dat, als je de evolutie bekijkt van het beheer van ziekenhuizen, je toch een enorme professionalisering hebt; dus in die zin verwacht ik wel dat, naast het feit dat er wel tekorten zullen zijn in de financiering, er toch wel een stuk inhaalbeweging zal volgen.

X: Uit uw antwoord kan ik afleiden dat u denkt dat de ziekenhuizen eigenlijk niet opgewassen zijn tegen de huidige realiteit en zich nu moeten aanpassen. Daar komt het eigenlijk op neer.

Sonja Teughels: Dat ze daar niet tegen opgewassen zijn durf ik eigenlijk niet zeggen. Ofwel is het de overheid die teveel vraagt, die alles te moeilijk maakt, zodanig dat het te complex wordt om het allemaal nog vlot te laten organiseren. Dat weet ik niet. Ik hoor alleen dat de sector al jaar en dag zegt dat zij ondergefinancierd zijn. Dat ze zaken moeten realiseren waarvoor zij niet altijd voldoende middelen ontvangen. Zij moeten zaken registreren, ze moeten informatie doorgeven. Daarvoor moeten mensen en personeel ingezet worden en wat gebeurt er met die informatie? Die moeten zij doorsturen naar de overheid. Ik haal even aan dat we destijds de oefening hebben gemaakt naar gezondheidszorg en de massa informatie die moest verzameld worden en waar uiteindelijk geen financiering tegenover staat. Ik weet het iets beter voor welzijnszorg. Daar heb je bijna voortdurend bijkomende criteria, naar kwaliteit, naar transparantie enz., maar het komt er altijd bij zonder dat er extra-financiering tegenoverstaat. Dus als de instellingen zeggen “wij worden ondergefinancierd, wij hebben tekorten”, dan denk ik dat daar een groot deel waarheid in zit.

Marleen De Greef: Ik wou gewoon eventjes inspelen op de realiteit, want het gaat over innovatie. Daarnet is gezegd dat Vlaanderen 3 % moet investeren in innovatie en dan is het toch wel merkwaardig dat ziekenhuizen, en in het bijzonder universitaire ziekenhuizen, structureel met een heel belangrijk deficit kampen. En dan vraag ik mij af of daar niet iets mogelijk is. Die 3 % moet geïnvesteerd worden en de realiteit is dat universitaire ziekenhuizen bij uitstek toch kenniscentra en expertisecentra moeten zijn.

Sonja Teughels: Ik wil hier nog eventjes aan toevoegen als je daar spreekt over 3 % innovatie: de universitaire ziekenhuizen staan gewoon naast alle andere. We zitten ook met IMEC, we zitten ook met het VIB, noem maar op ... de innovatie slaat op al die sectoren, niet enkel op de gezondheidszorg. En dat is een beetje de moeilijkheid, waar gaan we voor kiezen, in welke sector gaan we die 3 % stoppen en eenmaal je een sector gekozen hebt, aan welke spelers ga je ze geven? Gaan we voor de gezondheidszorg naar de oprichting

van een tweede soort IMEC, indertijd alles voor micro-elektronica? Ga je de piste kiezen van nanotechnologie, noem maar op?

Je voelt het al meteen aan. Het is enorm moeilijk om daar een keuze in te maken, maar die 3 % gaat over alle sectoren heen.

Jan Remans: Ik zou daaraan willen toevoegen dat de overheid geld steekt in structuren en in criteria die nog niet bewezen hebben dat ze daarom grote kwaliteit meebrengen en dat de patiënt liever geld steekt in tv aan bed, lekker eten 's middags en een verpleegster om de nagels van de tenen te knippen. Daar moeten ook objectieven gesteld worden en op basis van de objectieven dan een meting gedaan worden of de objectieven gehaald worden.

Sonja Teughels: Dat is een beetje de hele discussie natuurlijk als je spreekt over een meerpijler systeem. Als je de discussie aangaat en zegt wat er in een basispakket moet zitten, los van hoe we dat allemaal gaan definiëren, dan zeg je “hier heb je een zo breed mogelijke solidarisering, dit ga je door de gemeenschap laten betalen”. Maar dan zeg je er eigenlijk meteen bij “maar wat daar buiten gebeurt daar ga je als gebruiker, als patiënt, ook meer voor moeten betalen”. Dat is natuurlijk een moeilijke discussie, want dat is helemaal geen populaire boodschap voor je verkiezingscliënteel, en daarom denk ik dat weinig politici erop durven ingaan. We hebben de nutsoefening gemaakt. Als we gaan kijken wat particulieren vandaag betalen voor de gezondheidszorg, wat zij effectief als uitgaven daaraan besteden, dat is vrij minimaal. Het is bijna de laagste post in alle uitgaven. We besteden veel meer aan cultuur en andere zaken, aan een stukje materiële zaken en comfort. Dat is een beetje de brede maatschappelijke discussie die je gaat moeten voeren. Als gezondheidszorg elke keer weer het hoogste goed is, wat iedereen naar voren schuift, wat bij elke enquête wordt ingebracht, dan ga je daar tegenover ook moeten zeggen “je moet daar ook een zekere prijs voor betalen”. We betalen nu ongeveer 400-500 euro per persoon per jaar volgens ramingen van UFSIA en er werd direct gezegd “eigenlijk is dat een overschatting want het houdt zelfs geen rekening met wat wordt terugbetaald door de mutualiteiten”. Maar natuurlijk heb je altijd categorieën, die heel veel moeten betalen en daarvoor zitten we met systemen zoals de maximumfactuur. Volkomen terecht dat je daar een vangnet gaat onder bouwen, want anders ga je op een aantal categorieën met bepaalde complexe aandoeningen enz., te zware lasten leggen. Maar globaal gezien is het helemaal terecht dat je stelt dat particulieren meer gaan moeten betalen voor gezondheidszorg. Dat is hoe dan ook de keerzijde van het verhaal als je dat het belangrijkste goed vindt.

Jan Willems, voorzitter Overlegplatform GGZ Oost-Vlaanderen, beheerder van een tweetal psychiatrische ziekenhuizen: Ik sluit een beetje aan. Er is bewezen door de sector dat men met een onderfinanciering zit van meer dan 10 miljard. Dat is toch al redelijk wat. Meneer Demotte kan misschien eventjes narekenen. Het zal misschien 16 miljard zijn of 17 miljard, dat is nu bijzaak. De bedragen zijn er wel. Ik vind dat de sector ook boter op het hoofd heeft, als ik het zelf mag bekijken. Onze transparantie is ook niet zo sterk. Wij moeten wel onze cijfers voorleggen aan ondernemingsraden en medische raden. Ik ken toch heel wat medische raden die niet zo duidelijk zien in de financiële stromen van het ziekenhuis. Het kan aan de artsen liggen, het kan aan de voorstelling van de economen liggen, ik laat dat even in het midden. In deze zin is de hervorming van de wetgeving op de vzw's zo'n goede zaak. Als je vanaf volgend jaar eventjes natoetst zie je de balans, zie je de exploitatie, dan volgt bijvoorbeeld het maatschappelijk debat. Want dat zijn inderdaad zware kosten, terecht denk ik. Maar dan krijg je ook een zekere transparantie over wat zo'n bedrijf kost. Een eigenaardig bedrijf uiteraard. Dat mijns inziens winst moet maken, daar mag geen discussie over zijn. Maar die je wel moet aanwenden voor een maatschappelijk doel. En dit moet men toch wel sterk stimuleren. Ik denk dat daar ook nog wel lacunes zijn. Het bedrijfsleven heeft altijd de perfide neiging om dat als een kost te zien. Ook uw dierbare BIV gaat daar niet vrij uit. Dat is natuurlijk geen kost. Je zult in de financiering en de afrekening zien dat daar een maatschappelijke meerwaarde is. Ik hoop dat men die ratio's ook in de financiële eindverslagen zal duidelijk maken. Dat zijn eigenlijk goed bestede uitgaven bij wijze van spreken. Tot daar de toelichting.

Louis Ide: Is er nog iemand die een laatste toelichting wil geven?

Jan Remans: Het mag niet als een laatste beschouwd worden. Toen ik in de Senaat kwam dacht ik “ik zal minister Vandenbroucke eens leren hoe goed de gezondheidszorgen zijn om een betere gezondheid en minder werk voor hem te hebben”. Maar sinds 1996 neemt jaar per jaar de afwezigheid op het werk door ziekte toe, ondanks de grotere uitgaven. Dus is het niet zo dat de gezondheidszorgen dermate besparend zijn voor de

economie en ik begrijp dus zeer goed dat de bedrijven, die in de productie staan, de gezondheidszorg als een kost zien, zeker omdat zij, en niet de vermogende mensen, veel van die kosten dragen.

Sonja Teughels: Je hebt gelijk en geen gelijk. Er zijn twee punten. Dat is toch mijn ervaring. Telkens ik bij een Raad van Bestuur kom voor onze eigen leden en het gaat over welzijn en gezondheidszorg, dan is het juist dat die bedrijven in eerste instantie kijken naar wat dat hun allemaal gaat kosten, want die bedrijven kijken naar loonkostencompetitiviteit. Die zien alleen dat wij ongeveer de helft van ons inkomen zien verdwijnen naar lasten en zij moeten zich op de een of andere manier kunnen meten met buitenlandse bedrijven. En als ze hier geen voordeel kunnen realiseren, dan kunnen ze net zo goed ergens anders naar toe. Ik denk dat dat een beetje de bittere realiteit is waar we voor staan.

Ik probeer dan elke keer een stuk ook het tegenverhaal te vertellen, van: natuurlijk levert u dat ook iets op. Gezondheidszorg is, los van de paar bedrijven die daar niet effectief in werkzaam zijn, wel degelijk van belang, omdat zij bijdraagt tot gezonde werknemers. Hetzelfde met welzijnszorg: als die toegankelijk is, als die een goede kwaliteit heeft, dan draagt die bij tot - ik ga het een beetje economisch uitdrukken - een gezond "human capital" en daar hebben die bedrijven dan weer alle baat bij.

Ten tweede. Gezondheidszorg heeft er ook wel een stukje, naast andere factoren, voor gezorgd dat we met zijn allen langer zijn gaan leven, gezonder zijn gaan leven. Dan komen we weer op een andere piste die ook bedrijven aanbelangt, dan gaat het over de duur die wij blijven werken. Wanneer gaan wij met pensioen, wanneer stappen we effectief uit het hele arbeidsproces? Ook in de bedrijfswereld moeten personen langer aan het werk blijven.

We hebben bijna geen argument meer om te zeggen dat we maar tot 50 jaar werken en dat we alles comprimeren in 20 jaar, om er op 50 uit te zakken. Op die manier is gezondheidszorg voor die bedrijven ook van belang omdat zij bijdraagt tot het langer gezond blijven.

Dan is er nog een derde punt. Als gezondheidszorg en welzijnszorg - een beetje een doomsenario - zodanig ontsporen dat het budget, bij wijze van spreken, verdubbelt binnen dit en zoveel jaar, wat moeten wij dan doen met de lasten op arbeid? We hebben ooit eens de oefening gemaakt, het is misschien even leuk om dit mee te geven. Ter gelegenheid van de 4,5 % groei die vorig jaar werd afgesproken, hebben we toen de prognoses genomen van het federaal planbureau die toen rond 2 % zaten. We legden daar toen die 4,5 % naast en we zeiden "laat ons gewoon het budget nemen geneeskundige verstrekkingen en laat ons nu eens die twee groeiritmes naast elkaar leggen". Wat voorspelde het federaal planbureau, op basis van een vergrijzingscommissie in het bijzonder en op basis van een trendanalyse? Je gaat gewoon de trend van de afgelopen 20 jaar verder trekken. En zet daar eens de 4,5 % naast. We hebben dat eens bekeken. Als je alles constant houdt, je hele financieringsstructuur constant houdt, $\frac{3}{4}$ uit arbeid gedeeld door de werknemers, zelfstandigen en arbeiders... Voeg daarbij de lastenverlaging voor een bedrijf. Dat betekende dat tegen 2010-2011 die lastenverlaging op was. Maar dat scenario is niet correct. Want niemand zegt dat die 4,5 % gaat aanblijven na de volgende regering. Dus het is langs geen kanten correct maar we hadden gewoon gezegd "laat ons nu eens alles constant houden, trek dat nu eens door" en dan kwamen wij tegen 2010-2011 tot ongeveer 800 miljoen euro bijkomende lasten uit bovenop de prognose van de vergrijzingscommissie, die stelde dat alles ging meevallen. Als je zo redeneert, hebben de bedrijven er alle belang bij om te zeggen: "We moeten daarop een antwoord mee helpen zoeken."

Louis Ide: OK. Ik ga hier afsluiten. Bedankt allemaal voor de actieve inbreng. Straks na de broodjesmaaltijd gaan we hierover verslag uitbrengen.

Weergave van de geluidsband van de discussie in de commissiezaal “Antoon Van Dyck” over de inleidende voordracht van Mevr. Wivina DEMEESTER:

De financiering van de gezondheidszorg in het Vlaanderen van de toekomst.

Moderator: Dr. Jos De Smedt (voorzitter WVVH)

Verslaggever: Dr. Bart Garmyn (WVVH)

Eén van de aanwezigen (naam onbekend) stelt de vraag of de solidariteit met Wallonië al dan niet gehandhaafd zou blijven indien een Vlaamse gezondheidszorg zou uitgebouwd worden.

Wivina Demeester: Ik stel dat de gezondheidszorg gefinancierd zou moeten worden uit de algemene middelen. Daarmee zeg ik expliciet dat ik de discussie niet meer plaats in het kader rondom de sociale zekerheid. Dat is een eerste element. Dit is misschien omdat ik al te lang heb meegemaakt wat wel en wat niet kan en als je alleen denkt vanuit de sociale zekerheid, dan zit je met alles wat daar achter hoort, van: ...je moet de sociale zekerheid splitsen en als je de sociale zekerheid splitst dan splits je België en dan zit je in deze discussie. Wat mij hier bekommert dat is dat ik echt geloof dat je een veel betere gezondheidszorg kan opzetten als je dat vanuit één niveau doet zoals ik het op een bepaald ogenblik heel duidelijk heb gezegd tijdens mijn presentatie: een eigen Vlaamse gezondheidszorg met eigen inzet, enz Het feit dat het gezondheidsbeleid betaald wordt uit de algemene middelen impliceert dat deze middelen niet langer gegenereerd worden uit de sociale zekerheid. Ik zeg dan dat ik de middelen van de sociale zekerheid voor zoveel andere dingen kan gebruiken. De lasten voor werknemers en werkgevers zouden verlaagd kunnen worden, en er zou meer aandacht kunnen gaan naar het betalen van de pensioenen.

Een tweede element is dat het budget waarover je vandaag beschikt natuurlijk niet kleiner mag worden, want anders kan ik ook niet meer spreken over een minimum groeinorm van 2,25 %. Ik wil niet altijd opnieuw geconfronteerd worden met opmerkingen in de trend van “ja maar... “ of “je vergeet dat ...”. Ik kan hier vandaag niet in detail spreken over de budgetten voor gezondheidszorg en de bedragen in de solidariteit tussen de twee landsdelen.

We hebben reeds lange tijd een solidariteit georganiseerd bij het verdelen van de middelen tussen Vlaanderen en Wallonië. Het is een heel ingewikkeld systeem, dat gekoppeld is aan de fiscaliteit. Als ik dus stel dat ik de financiering van de gezondheidszorg uit de sociale zekerheid licht en het onderbreng bij de fiscaliteit, zit mijn solidariteit op een hoger niveau. Er blijft een vorm van solidariteit die ik ontwikkel binnen in dit land tussen Vlaanderen en Wallonië. Die solidariteit kan voor mij in de toekomst variëren maar is een puur financiële solidariteit. Als ik u het hele systeem zou willen uitleggen heb ik minstens twee uur nodig en heel veel slides . Er bestaat nu echter reeds een belangrijke solidariteit op het vlak van de verdeling van de middelen naargelang de fiscale assiette, zoals men dat in fiscale termen noemt, tussen Vlaanderen en Wallonië sterk verschilt, daar zit die solidariteit. Die solidariteit stel ik niet in vraag, daar wil ik niet aankomen. Het is een beetje mijn bekommernis dat men het argument van de solidariteit steeds weer misbruikt om ons te verhinderen om een goede Vlaamse gezondheidszorg uit te bouwen en die vanuit de eigen middelen te financieren . Ik ervaar de stelling “ je bent niet meer solidair “ steeds als een soort bedreiging. Ik ben misschien veel te solidair. Ik heb steeds beklemtoond dat ik een solidariteit wil ontwikkelen ten opzichte van al diegene die solidariteit nodig hebben. Er zijn niet alleen in Europa, maar over de hele wereld veel meer mensen die dat nodig hebben.

Dus het gaat niet over of je solidair bent of niet. Ik blijf solidair, maar ik wil niet dat de gezondheidszorg niet mag gesplitst worden, dan gebruik ik duidelijk het woord splitsen, omwille van het feit dat ik dan zogenaamd a-solidair zou zijn. Voor diegenen onder jullie die geloven in een Vlaamse gezondheidszorg, ik geloof heel sterk als we van deze discussie af kunnen, dat we dan tenminste een stap gaan kunnen zetten. Dan bedoel ik niet zoals we het in het verleden gedaan hebben, van nu nog een klein beetje gezondheidszorg overhevelen en nu nog een klein beetje, en daar nog eens. Dat brengt ons geen stap vooruit, dan blijf je aanmodderen. Het is een fundamentele keuze die men moet maken en een keuze die goed zal moeten voorbereid worden. Als je de keuze maakt zoals ik ze schets, dan heb je nood aan een totaal andere financieringssysteem, en dat wil dus zeggen dat ook een aantal andere discussies gevoerd moeten worden, zoals vandaag reeds blijkt uit de opmerkingen.

Patrik Vankrunkelsven: Senator, Laakdal. Ik heb een vraag over Brussel, maar ik wil het toch heel even over die solidariteit en die financiering hebben. U maakt zich daar een beetje gemakkelijk vanaf, Wivina, vind ik. Als je die gezondheidszorg uit de sociale zekerheid haalt dan heb je sowieso een probleem naar solidariteit toe. Je zegt, ik wil die solidariteit ergens blijven organiseren, maar dan moet je bijna bewust zeggen: ik ga meer solidariteit steken in de fiscaliteit. Want als je de financiering van de gezondheidszorg uit de sociale zekerheid haalt dan heb je daar een heel groot aspect van solidariteit dat je weg doet. En de transfer is niet zozeer de overconsumptie in Wallonië, die natuurlijk ook bestaat, maar vooral de transfer die eruit bestaat dat er vanuit Wallonië veel minder wordt bijgedragen in de pot van de sociale zekerheid. Het grootste stuk van de solidariteit bestaat uit het feit dat wij per capita veel meer in het systeem sociale zekerheid steken dan wat er van terug wordt verdeeld. Dus ik denk dat het een goede optie is om hier te spreken over splitsing, maar u weet ook we dan met de Franstaligen aan tafel gaan zitten om te spreken over het uithollen van de sociale zekerheid. We zullen een enorm groot debat hebben sowieso.

Maar ik had een heel concrete vraag over Brussel. In uw presentatie stelt u dat mensen moeten kunnen kiezen. Ik ben het volledig met u eens, maar de vraag is hoe ga je dat organiseren? Volgens mij zouden we ons moeten beperken tot het splitsen van het verzekeringssysteem, waarbij mensen moeten kiezen tussen het Vlaamse of het Waalse systeem. Maar we moeten wel een heel grote soepelheid hebben om het zorgaanbod, toch niet per se volgens gemeenschap te gaan organiseren, want ik denk dat dit zeer moeilijk zal zijn. Volgens mij moet een zorgaanbieder, hetzij een ziekenhuis, hetzij een individuele zorgverstrekker, zowel aan Franstaligen als aan Nederlandstaligen verder zorgen kunnen blijven verstrekken. Als we dat ook zouden splitsen wordt het denk ik nog moeilijker.

Wivina Demeester: Het is misschien beter van eerst de mensen allemaal aan bod te laten komen alvorens op de vragen in te gaan.

Luk Van Roye: VOV, Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen.

Ik woon te Brussel. Een beetje aansluitend bij de vorige spreker vraag ik verduidelijking voor twee punten:

1. Heb ik het verkeerd voor, of toch goed dat u voorstelt om het verzekeringssysteem helemaal te laten vallen? Ik stel de vraag omdat u op het einde van de basispakketten die door de staat gegarandeerd worden toch nog een aantal taken voorbehoudt voor de mutualiteiten. Vandaar mijn vraag: wenst u het verzekeringssysteem helemaal weg en wordt de financiering volledig vervangen door het fiscaal systeem of blijft er een deel verzekerd?
2. Op een bepaald moment heeft u ook gesproken van overheden en van budgetten. Over welke budgetten gaat het dan?

Marc Moens: Voorzitter van de Belgische Artsensyndicaten (BVAS) en Secretaris Generaal van het Verbond voor Belgische Specialisten (VBS). Op dit moment woonachtig in Mechelen.

Ik heb gehoord dat je over een 2,25 % spreekt, dat is exact de helft van wat de federale overheid vandaag heeft beslist als groeinorm. Hoe gaat u dat aanpakken? U zegt een basispakket en een tweede soort basispakket en de rest is bijkomend. Wie gaat daarmee in het overleg treden. Want dat valt mij heel erg op, namelijk dat op federaal niveau het middenveld - en ik behoor dus tot het middenveld wat dat betreft - bij alle onderhandelingen betrokken wordt. Op Vlaams niveau bestaan wij gewoonweg niet en daar kiest op dit moment de Vlaamse regering mensen die in hun kraam passen en die doen dan mee en die maken dan decreten, zoals op 06/03/2004. Het decreet van 06/03/2004 waar men allerlei dingen beslist met allerlei deskundigen waarvan wij de mening allemaal kennen, maar waar wij, de Belg, de Vlaming in casu, en de overige 45.699 artsen niet bij betrokken zijn geweest. Ik heb het hier over de expliciete uitsluiting van de specialist uit de eerste lijn. Is dat de manier waarop u wil besparen? Is dat de nieuwe vorm van financiering: alles organiseren via de eerste lijn? Ik kan alleen maar zeggen, in Nederland is dat heel strak, daar wordt er nog altijd meer uitgegeven in % van het BNP. In Engeland is dat ook strak. Daar wordt veel minder uitgegeven, maar daar zijn de wachtlijsten nog langer dan in Nederland. Dus ik zou daar graag wat toelichting bij hebben. Dank u.

Herman Duprez: Adviserend geneesheer Christelijke Mutualiteit. Ik woon te Tielt.

Mijn vraag was, als u zegt we willen een nieuw financieringssysteem, denkt u dan aan een model met sterke staatscontrole zoals uitgewerkt door lord Beveridge in Engeland, en hoe ziet u de rol van de sociale partners in de organisatie?

Wivina Demeester: Ik wou eerst vooraf zeggen dat ik vandaag de opdracht heb gekregen om mijn visie te geven op een Vlaams gezondheidsbeleid. Ik heb geen volledig uitgewerkt systeem meegebracht. Als u van mij

vandaag een uitgewerkt systeem zou verwachten, dan zou ik inderdaad moeten gehandeld hebben zoals ik dat in het verleden gedaan heb. We hebben ooit eens 5 jaar geleden een uitgewerkt systeem gemaakt. Ik weet niet of dat voorstel zeer ver verspreid is geweest, maar het was met verschillende modellen en het was zeer concreet ingevuld. Het nadeel van dit document was dat het nog mogelijke modellen voorzag. Als men vandaag hieraan opnieuw zou moeten beginnen, dan zou ik zeggen: doe dit met alle betrokken partners. Ik reageer daarmee op de tussenkomst van dhr. Moens. Uiteraard doe je dergelijke ingrijpende wijzigingen in overleg. Als je zegt dat Vlaanderen iets gedaan heeft zonder overleg, het is ook omdat Vlaanderen bijzonder weinig gedaan heeft, wat de gezondheidszorg betreft, en bijzonder weinig kansen heeft gekregen.

Het Vlaamse niveau wordt door vele partners op dit moment als onbelangrijk beschouwd binnen het geheel van het gezondheidsbeleid, omdat ze niet over de middelen beschikken om een beleid te voeren. Dus ik herhaal hier nog eens een keer: als je begint met een herstructurering van het gezondheidsbeleid, begin je met een bepaalde visie, dit is geen uitgewerkt systeem. Vervolgens moet je met een hele groep van mensen heel concreet een bepaald model ontwikkelen. Ik zou maar één model ontwikkelen, dat uiteraard in overleg moet kunnen bijgestuurd worden en in België kan dat ook niet anders, maar ik denk wel dat je dat moet gaan doen. Vandaar dat ik radicaal gekozen heb - en dat is een keuze die ik gemaakt heb - om te zeggen: ik kies om het te organiseren op het Vlaams niveau en ik zou het dus financieren vanuit de algemene middelen. Als je dan spreekt over op welke wijze het hele financieringssysteem moet worden hervormd, dan betekent dit dat alle middelen die nu in de gezondheidszorg zitten volgens een bepaald systeem moeten kunnen overgedragen worden naar de Vlaamse, respectievelijk Waalse overheid. Uiteraard spreken we over minstens evenveel middelen als vandaag,

De besparing die je doet omdat je de financiering uit de sociale zekerheid haalt, betekent een stuk lastenverlaging op arbeid. Deze besparingen en ook de terugverdieneffecten daardoor moeten uiteraard ook meegaan naar Vlaanderen, respectievelijk Wallonië. Je moet dus zorgen dat je minstens aan datzelfde pakket middelen komt, om dan daarna minimum 2,25 % te kunnen groeien, misschien op een bepaald moment 5 %. Dat is dus afhankelijk van wat uw noden zijn en van wat uw mogelijkheden zijn, wat uw vraag en wat uw aanbod zal zijn, op welke manier je dat gaat organiseren. Ik denk niet dat we dat vandaag reeds kunnen zeggen. Trouwens wat nu onderhandeld wordt is een groeipad. Als je weet dat je 4,5 % kan groeien dan weet je dat je die middelen ergens moet halen.

En nu zeg ik het ook zuiver politiek. Ik zou wat men vandaag noemt de "Lambermontmiddelen" niet gaan gebruiken voor lastenverlagingen op het Vlaamse niveau.

Want dat wordt vandaag gezegd. Er zijn er een aantal die duidelijk formuleren dat de Lambermontmiddelen, die een vrij grote stijging in het budget van Vlaanderen geven, hiervoor zouden moeten aangewend worden. Ik zou inderdaad, als dat zou kunnen, een groot deel van deze middelen investeren in "zorg" in de ruime betekenis van het woord. En als men mij morgen een opdracht geeft om dat allemaal eens te berekenen, zal ik dat wel eens doen, maar ik heb dat vandaag nog niet gedaan omdat ik dit niet kan voorstellen in de 20 minuten die men mij vandaag had gegeven.

Wat betreft de rol van de sociale partners, ik zie deze rol niet meer als de traditionele rol van de sociale partners op zich, maar als een rol vergelijkbaar met deze van alle partners die een belang hebben in de gezondheidszorg. Ik denk dat deze nieuwe rolverdeling belangrijk is, want vandaag de dag heb je zoveel verschillende partners die mee rond de tafel zitten, juist omdat de financiering van de gezondheidszorg een deel is van sociale zekerheid. Mijn keuze is misschien een radicale keuze, maar ik vrees dat het de enige keuze is die je gaat kunnen maken om een stap voorwaarts te zetten. Anders denk ik dat we blijven in het systeem waar we vandaag zitten met dus een vrij grote inefficiëntie.

Heb ik daarmee alle vragen beantwoord?

...Brussel, sorry, ja. Brussel is altijd een moeilijk punt en ook de vraag of er dan geen verzekeringsstelsel meer zou zijn. Ik heb daar zelf ook niet direct een antwoord op of er daar dan nog een element van verzekeringsstelsel in zit. Zeker omdat je dan ook met je basispakketten en het aanvullend gedeelte zit. Dus zeker in het aanvullend gedeelte vul je in, daar zit je in verzekeringsstelsels. In het basispakket zou ik geneigd zijn om niet meer met verzekeringsstelsels te werken.

Men heeft altijd gezegd dat Brussel ook het struikelblok zou zijn voor de zorgverzekering en uiteindelijk heeft men toch iets gevonden om daaruit te geraken. Ook dit zal het geval zijn. Het is gemakkelijker met een verzekeringsstelsel, en de zorgverzekering is een beetje zo, dan in een systeem dat louter en alleen gefinancierd wordt uit de algemene middelen, omdat je dan op die manier wel impliciet kiest voor een gemeenschap. Ik begrijp dan ook uw bekommernis die daar ook een beetje achter zit. Daar ben ik nog niet zover dat ik weet wat daar de concrete invulling van is. Toen de zorgverzekering begonnen is, was dat juist hetzelfde. Een andere bekommernis is dat het een uithollen betekent van de Belgische sociale zekerheid en dat men dat aan de Waalse zijde niet wil. Dan is het ook een beetje aan ons om te motiveren waarom het wel kan,

maar dan moet je daar tegenover plaatsen dat je die solidariteit tussen Vlaanderen en Wallonië niet in vraag wil gaan stellen. Dat je misschien wel een aanpassing gaat doen in de solidariteit die er zit in de fiscaliteit. Voor mij is dat niet uitgesloten. Ik zal nooit of nooit pleiten voor minder solidariteit met andere mensen. Hoe groot die solidariteit moet zijn, is ook een element van discussie.

Maar ik wil mij niet langer laten bedreigen met het feit dat de gezondheidszorg niet uit de sociale zekerheid kan worden gelicht. Dat is eigenlijk de boodschap die ik wel brengen. Het is voor mij geen uithollen van de sociale zekerheid en het is ook geen uithollen van de solidariteit, maar laat mij alstublieft de gelegenheid om de eigen gezondheidszorg te organiseren. Tussen haakjes wil ik hier even zeggen dat er een aantal krachten misschien niet willen horen van enige herstructurering, juist omdat het systeem vandaag zo complex is dat er weinig controle op de uitgaven mogelijk is. Ik heb trouwens geen enkel van de inleiders horen zeggen dat het systeem vandaag voldoende transparant was en dat het niet transparant zou moeten worden. Voor mij persoonlijk mag het systeem dus wel wat transparanter.

Erik Loosen: Voorzitter Brusselse huisartsenkring. Ik woon in Brussel.

Het is duidelijk dat de gezondheidszorg een zeer heet onderwerp is en ik kan u alleen maar bijtreden als u zegt dat een visie erin zeker het belangrijkste is. Ondertussen stel ik vast dat in alle internationale richtlijnen die gegeven worden om een gezonde economie te integreren in een gezonde gezondheidszorg, dat daarbij de promotie van de eerstelijnsgezondheidszorg het belangrijkste is. Dat wil zeggen de huisartsen, de kinesisten, het thuisverplegend personeel. Langs de andere kant moet ik vaststellen dat de huisartsen in België een van de slechtst betaalde artsen zijn in Europa, samen met Griekenland. Dat men ons zeer veel belooft, maar dat er zeer weinig gedaan wordt. Als Brusselse huisarts moet ik vaststellen dat de kringvergoedingen veel te laat worden uitbetaald. Dat de aanwezigheidshonoraria één keer zijn uitbetaald in jaar 2002 van september tot december. We zijn in mei 2004. De kringvergoedingen zijn nog niet uitbetaald. Wat Brussel betreft is er een verdeelsleutel, waarbij we zeer stiefmoederlijk worden behandeld, we krijgen maar 20 % terwijl dit onvoldoende is om bij voorbeeld de wachtdienst gaande te houden.

In alle ons omringende landen is het ook onmogelijk dat de patiënt zelf uit eigen beweging naar een gespecialiseerd geneesheer stapt. Ik had ook graag uw visie daaromtrent. U heeft daarjuist gesproken over echelonnering. Hoe ziet u dat?

Erik Buntinx: Voorzitter van Extramurale Geneesheren Specialisten onderde koepel van het VBS.

Woonachtig te Alken. Ik sluit mij een beetje aan bij de interpellatie van de collega hier. Ik ga hier in op het extramuraal gegeven. Wij stellen vast dat bijvoorbeeld inderdaad in het recent decreet extramurale specialisten uitgesloten worden van de eerste lijn, zelfs bij decreet. Dit roept bij deze artsengroep, die toch zeer substantieel is en essentieel binnen de ganse organisatie, enorme bezorgdheid omtrent de ideeën die dan opkomen bij de Vlaamse gezondheidszorg. Ik ben absoluut geen tegenstander daarvan, maar wat we tot nu toe hebben gezien, omtrent ideeën, concepten, ontwerpen ... tot zelfs decreten, ja dat ruikt naar een semi-collectivisering waarbinnen weinig of geen aandacht is voor de dynamiek op het concrete veld. Ik wil niet meteen het pleidooi vermijden, maar het is toch treffend hoe men blijkbaar in cenakels filosofeert hoe het model dan zou moeten zijn, zonder concrete dialoog met de mensen op het veld, zonder rekening te houden met de realiteit van de mensen die om hulp en om zorg vragen. Je kunt moeilijk zeggen als vandaag de dag 7000 extramurale specialisten dag in dag uit actief zijn, dat die mensen geen belangrijk element in het werkveld zijn. Dus dat is een belangrijke bezorgdheid. Federalisering ja, maar indien het gepaard gaat met dat soort politici die gaan filosoferen en graag daarom gebruik maken om hun ideologieën tot enige concretisatie te brengen, dan zeggen we nee.

Jo Valgaeren: Mol, geneesheer internist. Ik heb twee vragen.

1. Hoe gaat u het groot pakket voor de bijstand voor ziekte en invaliditeit, hoe gaat u dat bij de opsplitsing verdelen? Want daar zal een verdeelsleutel voor nodig zijn. Hoe kijkt u daar tegenaan?
2. Is het nu al zo dat wij in Vlaanderen kunnen beschikken over al de informatie over de volksgezondheid, zowel wat curatieve, preventieve, als o.m. ook de ziekenhuiszorg betreft. Het u daar al juiste gegevens over?

Wivina Demeester: U hebt een schitterend pleidooi gehouden waar ik volledig inkom. U zegt eigenlijk: ik heb geen geloof in de Vlaamse gezondheidszorg vandaag. Dat zegt u eigenlijk. En ik denk dat u gelijk hebt. Maar hoe komt dat? Omdat er eigenlijk geen is! Ik deel uw mening daarin. Er is een decreet dat ontstaat op dat heel kleine domein binnen de gezondheidszorg, waar Vlaanderen zich mag mee bezighouden. Ik heb mij 5 jaar lang niet meer met de gezondheidszorg in Vlaanderen beziggehouden. Ik heb daar dus afstand van genomen. Als je dat te lang bekleed hebt vanuit een regering, moet je dat dus gaan doen. Mijn ervaring in het

verleden was ook al zo. Als je op een heel klein domein functioneert is het moeilijk om dat op een goede manier te begeleiden. Ik kan het niet beter zeggen als dat u het zelf zegt. U zegt ik kies voor een Vlaamse gezondheidszorg, als het op een andere manier georganiseerd wordt. Nu dat is voor mij één van de meest cruciale dingen. Laten we proberen op een heel korte tijd gezamenlijk een visie te ontwikkelen en pas daarna invulling te geven. Ik verwijs naar het document dat we ooit gemaakt hebben met enkele partners uit de Vlaamse regering. Ik denk dat het document misschien op 50 exemplaren verspreid is omdat op dat ogenblik de voormalige regering beëindigd was en dat er geen nieuwe regering kwam met dezelfde partners. Ik weet zeker dat er een aantal van de toenmalige ministers het document wel meegekregen hebben, maar er niet mee verder gegaan zijn. Op dat ogenblik was het de bedoeling om dat document te verspreiden op laat ons zeggen 1000 exemplaren. De bedoeling was vervolgens het debat daarover te beginnen, ook met een discussie over de lange termijn. Eigenlijk is dat een eerste stap. De eerste vraag is: lukken we erin om een breed akkoord te vinden om de gezondheidszorg te gaan organiseren op het niveau van Vlaanderen. Ik denk niet dat het makkelijk zal zijn. Hoeveel partners zijn er vandaag die dat dan mede moeten bepalen? En die dan wel willen proberen om die transparantie te organiseren. Dat houdt wel een aantal consequenties in. Als je dat niet kan doen dan denk ik dat we blijven “Kurieren am Symptom”. En dan gaat u vragen krijgen zoals u die daarnet stelde, van: dat is nog niet uitbetaald en dat is nog niet uitbetaald. En dan moet ik u het antwoord schuldig blijven want ik weet het zelf niet eens. Vandaar dat ik bij mijn inleiding heb gezegd: het is een radicale keuze die je maakt en het moet een visie zijn.

U vraagt of we vandaag beschikken over voldoende informatie?. O..., niet gemakkelijk. Helemaal niet gemakkelijk. Ik herinner me nog 5 jaar geleden waren we bijna zover dat we iets meer aan informatie hadden om een beleid te sturen. Je kan toch geen goede gezondheidszorg uitbouwen als je niet de basisdata hebt. En die zijn er onvoldoende. Ik zal het heel voorzichtig uitdrukken. Het is een effectieve keuze die men vanuit de ganse sector moet maken, en dan ook met alle nuancerings van dien, maar anders ga je blijven “Kurieren am Symptom” en gaat iedereen zich verschuilen achter de vraag - want dat treft mij het meest -: hoeveel groeien we en hoe gaan we de groei die we hebben onder elkaar verdelen? Het is ook door anderen heel duidelijk gezegd deze morgen, ik denk door Prof. Dillemans, of Prof. Jan Peers. Eerlijk gezegd, als dat het beleid wordt, dan vind ik dat heel jammer. Meer wil ik daar niet over zeggen.

Philippe Kuypers: Zelfstandige consultant. Ik wil drie opmerkingen maken.

1. De minister heeft terecht gewezen op het feit van hoe slecht de defederalisering is geweest, een klein beetje voor de regio's en het meeste federaal. Ik weet niet hoe we nu in 1 of 2 jaar de zaak zomaar kunnen omzetten. Maar wat ik denk dat dringend zou moeten veranderen is het feit dat de regio's wel degelijk gezondheidsdoelstellingen hebben. En ik denk aan ongevallen thuis, roken verminderen, zelfmoorden verminderen, ... Maar wat ik jammer vind voor de mensen die zeer goede preventieve campagnes voeren, is dat zij de resultaten niet zien. Al de resultaten en de vruchten die ze daarmee bereiken, ik denk bijvoorbeeld aan de campagnes tegen aids, alles wat zij daarmee bekomen, de vruchten, zal een vermindering geven van het federaal budget, vanwaar is het initiatief voor die mensen?
2. Ik denk dat we in België, zoals in vele landen, de fout begaan van de kosten van de gezondheidszorg in termen van silo's te bekijken. We kijken naar de silo van ziekenhuizen, we kijken naar de silo van de geneesheren, we kijken naar de silo van de geneeskundige producten, maar we maken niet de links. Het is duidelijk dat een besparing van de silo's een verhoging ergens anders opbrengt. Men moet dit zeer intelligent doen. Ben Johnson heeft er interessant werk over geschreven om te zeggen als u alles volledig bekijkt, ook wat de links zijn tussen de verschillende silo's, pas dan zal u maar deftig aan Volksgezondheid kunnen doen.
3. Dan toch nog iets over geneesmiddelen. Daar heb ik nog niet veel over gehoord vandaag. Er is nu een commissie de CTG (nvdr?). Dat is een commissie van 32 leden die zich buigt over het al of niet terugbetalen van de geneesmiddelen, en hoe, met welke grendels. Ik denk dat er een kapitale fout is begaan door een vroegere commissie af te schaffen die zeer goed werk heeft gedaan, namelijk de transparantie commissie. De transparantie commissie was eigenlijk een commissie die nadacht over de rol van dat bepaald geneesmiddel. Nu ik zeg niet dat ze dat opnieuw moet doen. Er is nog de Europese registratie, er is nog altijd het Ministerie van Volksgezondheid. Maar we missen die denktank die nadenkt wat zijn de pathologieën voor de volgende tien jaar. Het gaat er niet om in de consensus vergadering van het RIZIV om nu eens een overzicht te maken van hoe we nu hypertensie behandelen. Het komt erop neer na te denken welke zijn de top tien pathologieën voor de volgende tien jaar en zijn we daar klaar voor op gebied van opleiding, op gebied van structuur, op gebied van budget, enz. En het is jammer dat iets dergelijk niet bestaat en ik denk niet dat het nu opgerichte kenniscentrum dergelijke data zal gaan vergaren. Dit centrum zal al de data gaan samenbrengen van de mutualiteiten, van het RIZIV, enz, ... maar zal geen rol spelen in planning en nadenken over de toekomst. Ik denk dus dat er wel nood is aan

een dynamische denktank. Ik denk dat we een kans hebben laten verloren gaan om dergelijke denktank met wisselende groepen mensen op te richten. Dank u.

Robert de Beule: Ere-voorzitter VGV. Mevrouw, u hebt daarnet gezegd dat u moeilijk aan cijfers geraakt. Ik ben al 20, misschien 30 jaar bezig om daar aan te geraken. Het enige resultaat zijn de cijfers van de secretaris-generaal die nu op pensioen is. U kent ook zijn naam. (*Het Rapport Jadot nvdr*). Die cijfers zijn ten eerste niet juist, want met een bepaalde vergrotingsbril in de ene zin en een verkleiningsbril in de andere zin opgemaakt. Ik haal daar dan de partijpolitiek bij in de regio van ons vaderland de laatste vijf jaar. Het is nu drie of vier jaar geleden dat een dergelijke publicatie nog eens verschenen is. De transfers tussen Vlaanderen en Wallonië worden werkelijk weggemoffeld. Wij mogen die cijfers niet kennen, want dat is een aanklacht. Dan heb ik nog een andere vraag en dat is een heel stoute misschien: moeten wij al die ziekenfondsen behouden in ons systeem? Worden die ziekenfondsen niet beter afgeschafte? Ik heb gehoord en gelezen dat de mensen die daar werken 4, 75 % opslag gekregen hebben, Dat is heel goed voor die mensen. Ik gun het hen. Dat zijn cijfers waar wij in de geneeskunde maar van kunnen dromen..

Herman Duprez: Ik ga niet ingaan op de vraag van mijn collega hier. Ik heb hier vandaag een beetje een hoera-stemming gehoord. Dat wij zo'n goede kwaliteit leveren in de gezondheidszorg en dat wilden wij altijd vertellen. Aan de andere kant horen wij dat er 30 % mensen zijn die problemen hebben met het betalen van de facturen van de gezondheidszorg en dat 10 % zelfs geneeskundige zorg uitstellen of achterwege laten omwille van het probleem van de financiering. Ik zie ook dagelijks in de praktijk voorbeelden van zaken die helemaal geen kwaliteit zijn in de gezondheidszorg. Zeker als je een andere financiering wil voorstellen, moet er aandacht gaan naar ten eerste het feit dat kwaliteit inderdaad primeert en dat daar goeie instrumenten voor aangereikt worden, en ten tweede dat er geen duale gezondheidszorg ontstaat. Want dit is een beetje een gevaar en dat wordt voor een stuk opgevangen door bijvoorbeeld private hospitalisatieverzekeringen en dergelijke, maar heel wat mensen vallen daar uit de boot, omdat zij dat ook niet kunnen betalen, of omdat het bij iemand die werkt aangeboden wordt door bijvoorbeeld de werkgever. Maar bij iemand met een uitkering van een arbeidsongeschiktheid, of iemand met een werkloosheidsuitkering, die hebben geen hospitalisatieverzekering. Ik denk dat we daar zeer goed aandacht aan zullen moeten besteden als we een nieuwe financiering willen doorvoeren.

Patrik Vankrunkelsven: Ik wil reageren op een bemerking van mijn collega, die toch vragen heeft bij een verdere defederalisering van de gezondheidszorg. Dit is toch wel een evolutie die ik de laatste 5 jaar enorm heb vastgesteld. Mijn ervaring vroeger was dat ik op heel wat plaatsen heel veel enthousiasme ontmoette in het artsenkorps zelf om te komen tot een gedefederaliseerd systeem. Ik heb dit enthousiasme de laatste jaren sterk zien afnemen. Daar zijn verschillende redenen voor. Een van de redenen is misschien wel dat Frank Vandenbroucke het in de ogen van sommige mensen niet zo slecht heeft gedaan. Maar wat mij meer zorgen baart is toch een zekere vorm van conservatisme, zo zou ik het willen noemen, waar artsenorganisaties verweven zitten in het systeem. Ze kennen hun plaats in het federale systeem. Ze hebben daar hun lobbykanalen. Ze beïnvloeden, ze trekken mee aan de touwtjes. En men heeft toch wel schrik voor wat er gaat gebeuren als dat allemaal zou gaan veranderen en in Vlaamse handen gaat komen. Men heeft angst dat die posities wel een keer onder druk zouden kunnen komen. Ik heb hetzelfde meegemaakt met ontwikkelings-samenwerking. Natuurlijk kan je daar vanuit de politieke cultuur anders tegenaan kijken, maar daar ook had je bepaalde NGO's en een aantal organisaties die ingebed zitten in het systeem en die toch wel angst hadden dat een Vlaamse ontwikkelingssamenwerking het wel eens een keer op een heel andere manier zou gaan bekijken. Dus ik zou toch wel een oproep doen naar alle werkers op het terrein die toch wel ergens een klein beetje een ziel hebben voor Vlaanderen, van toch te trachten van het debat te voeren met de mensen en het conservatisme een beetje opzij te zetten en durven een beetje risico nemen naar een Vlaamse gezondheidszorg.

Marc Moens: Ik voel een stille wenk natuurlijk. Ik ben voorzitter van twee verenigingen waar het woord "Belgisch" in staat, en ik ben effectief wat minder Vlaams gaan voelen, alhoewel ik nog tot de '68-generatie behoor die nauw betrokken was met de Vlaamse strijd. Ik moet u zeggen dat het enthousiasme voor defederalisering effectief sterk is afgenomen en daar zijn redenen voor. Het structuralisme, de betutteling in Vlaanderen, is oneindig veel groter dan op Belgisch niveau. Je moet je eens inbeelden wat dit betekent voor een belangengroep, of een lobbygroep. Lobbygroep klinkt wat negatief, maar dat is niet negatief, dat is nodig. Er zijn tientallen organen waar wij moeten in zetelen, als je dit nog eens gaat ontdubbelen, dan is dit niet houdbaar. En och God, Vlaanderen heeft amper 6 miljoen inwoners. Dit is 1/3de van de stad Mexico en dat is een beetje meer dan de helft van de stad New York waar er één burgemeester de plak zwaait. We hebben

geluk dit jaar, we hebben maar 7 ministers meer die zich met volksgezondheid bezighouden. Ik bedoel maar al dat structuralisme dat kost handenvol geld. En al het geld dat daaraan wordt uitgegeven dat kun je dus niet meer vertalen in zorg. Ik hoor kritiek op de mutualiteiten, dat kost ook geld, meer dan de huisartsgeneeskunde overigens. De administratie is federaal, daarnaast is er de Vlaamse en de Duitstalige gemeenschap. De Walen hebben nog wat meer gevonden. Ze kunnen met hun twee parlementen, gewest en gemeenschap, nog wat meer uitgeven en meer ministers maken. Waar leidt ons dat naar toe voor, och God, ocharme zes miljoen Vlamingen. Ik stel me dus echt de vraag naar het nut van die defederalisering. Dat is geen anti-Vlaams gevoel, integendeel, maar we moeten wel een beetje rationeel blijven met het gebruik van de middelen.

Wivina Demeester: Ik denk dat we elkaar moeten goed verstaan. Je moet streven naar 1 minister in Vlaanderen. Geen 7 waar u vandaag moet mee onderhandelen.

Marc Moens: Dat is federaal hé. Dat is alles samen.

Wivina Demeester: Ja, maar ja. Ik herhaal wat ik gezegd heb, maar dat is niet zo makkelijk om dat te weerhouden, dat is die radicale keuze op lange termijn. Je moet geduld hebben daarvoor. Zelfs al zeg je, het is maar binnen 5 jaar. En ik vind dat is eigenlijk al een vrij korte termijn. Maar het is een keuze die je maakt juist om van die ingewikkelde structuren vanaf te kunnen geraken, à la limite heb je nog maximum 3 ministers voor Volksgezondheid (één in Vlaanderen, een in Wallonië en misschien één in Brussel), en niet meer de 7 waar u van spreekt. U hebt het woord ontubbeling gebruikt, maar dat is het natuurlijk niet. Het is een vereenvoudiging van het systeem, anders heeft het ook geen zin, anders ga je niet naar meer efficiëntie en effectiviteit. Dat u kritiek hebt op de wijze waarop Vlaanderen het vandaag doet heeft louter en alleen te maken omdat Vlaanderen op dat vlak eigenlijk niets te zeggen heeft. Ik heb het zeven jaar lang gedaan. Ik weet wat Vlaanderen maar te zeggen had. Er was toch nog ergens een gezondheidsbeleid. De opvolgers hebben gezegd: we gaan er ons niet mee bezighouden en we laten het maar wat aanmodderen en dan krijg je hier en daar toch nog een poging, een stuip trekking van een decreet. Ik kan er mij niet over uitspreken, want ik heb er mij niet mee bezig gehouden. Ik zal dat in de toekomst misschien op een andere manier en op een ander vlak doen, maar tot hiertoe heb ik dat niet gedaan.

Als je een serieuze herstructurering wil duurt dit minstens 5 jaar. We moeten echter weten waar we naartoe willen. Ik zou het heel jammer vinden dat men niet kiest voor Vlaanderen. omdat men zegt het is een ontubbeling. Neen, het is een vereenvoudiging, het is een vermindering in aantal. Het is de middelen op een heel efficiënte manier gaan aanwenden. En ik zou de discussie willen aangaan met alle partners. U hebt dat bij mij goed begrepen: de mutualiteiten, de verzekeraars die spelen voor mij een rol in een heel breed basispakket, waar geen concurrentie in zit en een beetje - en ik twijfel omtrent het woord - concurrentie of competitie, want dat is niet hetzelfde. We moeten altijd zien wat we daarin kunnen gebruiken. Iedereen moet zijn rol wel kunnen spelen. Je kan geen hervormingen doen door een tabula rasa te maken. Het zou compleet ondenkbaar zijn mocht je geen rekening houden met de zovele mensen die overal werken en een rol te spelen hebben. Maar ik vind wel als we voldoende cijfers hebben, als we er inzicht in hebben, dat we dan gezamenlijk - en ik zeg wel gezamenlijk - een lange termijn visie moeten kunnen ontwikkelen waarbij we kunnen zeggen: daar willen we naartoe gaan. Dat kunnen we dan stap voor stap verder invullen. Niet door alles gewoonweg te ontubbelen, maar door telkens te vereenvoudigen. Het is een keuze die je moet maken. En dat is misschien de bekommernis die Patrick uit. Als je natuurlijk uitgaat van een zeker conservatisme of behoudsgezindheid, omdat men vrees heeft dat het nog complexer zou worden, ga je uit van een verkeerde gedachte. De doelstelling moet zijn dat het eenvoudiger, doorzichtiger en transparanter wordt.

Een element zou ik zeker niet willen vergeten. De Heer Duprez heeft gesproken over het risico op dualisering. Ik heb dit in mijn notitie in het rood gezet: dat is iets wat ik echt niet wil, maar ik weet dat er risico's aan verbonden zijn, maar dat heeft niets te maken met het feit of gezondheidszorg op het Vlaams niveau of op federale niveau georganiseerd wordt. Ik vrees zelfs dat, in de toch wel heel complexe structuur die we vandaag kennen, de dualisering veel sneller zal gebeuren. Ze zal onderhuids binnensluipen, we zullen het niet eens merken. Ter voorbereiding van mijn toespraak vandaag heb ik geprobeerd om bij mevrouw Teughels cijfers te krijgen over het eigenlijke aandeel dat de patiënt nu al zelf betaalt voor zijn gezondheidszorg. Ik heb echter geen cijfers gekregen. De mutualiteiten zijn de enigen die misschien deze cijfers kunnen geven en die kunnen aangeven wat de evolutie is van dit privé aandeel. Ik zeg u dat ik echter niet weet of het exact bekend is wat op dit ogenblik het privé-aandeel is, op gelijk welke manier, enerzijds van de patiënt en anderzijds van de organisaties daarbuiten. Vandaag vergroot dit aandeel vast en zeker. Dat is de sluimerende dualisering, dat is mijn grote bekommernis, want die sluimerende dualisering moeten we zeker en vast op welk niveau dan ook tegengaan.

Ik wil trouwens even antwoorden over de cijfers van meneer Moens. Zes miljoen Vlamingen lijkt U een belachelijk klein aantal. Ook Denemarken heeft geen zes miljoen inwoners. Het aantal speelt eigenlijk geen rol. Ik heb in het verleden ook getwijfeld en ik durf dat ook graag bekenen, moeten we ons nu eigenlijk nog gaan opsplitsen voor een aantal materies? Het aantal burgers speelt eigenlijk geen rol, kijk naar Noorwegen, kijk naar Zweden, kijk naar Denemarken: dit zijn zeer goed georganiseerde landen, allemaal met cijfers van bevolking die lager zijn dan de onze. Verder ga ik daar niet op in. Heb ik al de vragen beantwoord?

Jos De Smedt: Voorzitter WVVH. U hebt nog niet geantwoord op de vraag van de mutualiteiten.

Wivina Demeester: Ik heb daar eigenlijk impliciet op geantwoord met mijn gehele uiteenzetting. De mutualiteiten spelen mijn inziens een duidelijke rol. De vraag stellen of de mutualiteiten moeten afgeschaft worden, is het naar voren schuiven van een eigen mening die ik niet deel. Zo begin je niet aan een discussie over de herorganisatie van de gezondheidszorg. Dit betekent niet dat sommige van de organisaties een iets andere, een veranderende rol zouden kunnen gaan spelen. Zoals u het daar genoemd hebt de transparantie commissie moest niet afgeschaft worden, maar misschien had men ze moeten omvormen. Stel dat je toch die droom hebt en dat je zou kunnen zeggen: je hebt de gezondheidszorg op het Vlaamse niveau en je zou ze op termijn zo helemaal kunnen organiseren, dat betekent dan een totale verandering voor de mutualiteiten die dan op het niveau van Vlaanderen, en op het gebied van Wallonië gaan functioneren. Dus ik zou eerder altijd spreken van een veranderende rol. Trouwens we moeten de rol die we spelen op welk niveau dan ook altijd aanpassen aan de veranderende maatschappij. We zitten niet meer in '68.

Jos De Smedt: Ik ga dit debat moeten afsluiten. Iemand had mij gezegd om 12u10 te stoppen. En ik dank jullie allen hartelijk voor dit debat.



Verslag van de discussiegroep ‘De rol van de overheid’ Dr. Dirk Dewolf - Vlaamse Administratie Gezondheidszorg

De tussenkomsten in deze werkgroep, waarin de rol van de overheid in de organisatie van de gezondheidszorg onder de loep werd genomen, werden gedomineerd door academici, artsen-specialisten, ziekenfondsen en politici.

Opmerkelijk was tevens dat in deze werkgroep de meeste vraagstellingen, interventies en discussies zich al situeerden in een mentale *post-defederaliseringsfase*.

De aandacht werd voornamelijk toegespitst op drie thema's:

- De positionering van de Vlaamse overheid in een driehoeksrelatie met de marktsector en de sector van social profit voorzieningen;
- De nood aan nieuwe overlegstructuren in een nieuw bevoegdheidslandschap;
- De huiver voor een Vlaamse etatistische benadering van de gezondheidszorg.

Het mag geen verbazing wekken dat ook een aantal oude maar nog immer actuele wrevelpunten aan bod kwamen, zoals:

- De vraag waarom afspraken verschillend worden nageleefd in Vlaanderen en Wallonië (bijvoorbeeld met betrekking tot de contingentering van het aantal artsen in opleiding);
- De vraag waarom Vlaamse standpunten door Vlaamse politici steevast worden ingeslikt wanneer ze naar het federale niveau trekken;
- De vraag waarom de splitsing van de sociale zekerheid onbespreekbaar blijft, terwijl er onmiskenbaar grote verschillen bestaan tussen Vlaanderen en Wallonië in consumptie van de klinische biologie bijvoorbeeld;
- De vraag waarom België niet meteen zou gesplitst worden.

Ten aanzien van het autonomievraagstuk verdedigden de sprekers een pragmatische koers, een stap-voor-stap-strategie op basis van stevige dossiers met objectiveerbare cijfers (aangaande gezondheidsbeleid, wetenschapsbeleid). Zo kunnen preventie, curatie en zorg niet van elkaar losgeweekt worden of losgeweekt blijven wanneer men op politiek niveau beweert een gezondheidsbeleid aan te hangen dat de noden van de persoon centraal stelt.

Nuttig om weten was ook het feit dat sommige Vlaamse excellenties hun cijfers en meningen over transfers van Noord naar Zuid niet mogen ventileren en dat federaal PS-minister Demotte in een commissievergadering gesteld heeft dat hij door een re-federalisering de zaken op gezondheidsvlak opnieuw wil laten “functioneren”.

De kern van de discussie draaide, zoals reeds gezegd, rond de volgende onderwerpen:

1. De positionering van de Vlaamse overheid in een driehoeksrelatie met de marktsector en de sector van social profit voorzieningen.

Er werd gepleit om af te zien van een positionering van de overheid op een bipolaire as met aan de ene pool een volledige aansturing door de overheid en aan de andere pool een zuivere marktwerking. Een driehoeksrelatie met een derde poot, met name de sector van voorzieningen (organisaties zonder winstoogmerk actief op gezondheidsvlak, ziekenhuizen, ziekenfondsen) werd beschouwd als een referentiekader dat dichter de Vlaamse realiteit benadert. De sector van voorzieningen moet actief bij het beleid betrokken worden, omdat zij – in bepaalde gevallen – een beter alternatief kunnen vormen voor overheidsop treden in de gezondheidszorg.

Deze actoren moeten verantwoordelijkheid in hun domein blijven krijgen, maar moeten ook verantwoording afleggen, terwijl de overheid hierop een controlerende en toezichhoudende rol moet kunnen uitoefenen. Het concurrentiebeginsel moet daarbij gevrijwaard blijven om performantie (kwaliteitsvolle dienstverlening) te kunnen verzekeren. De voorzieningen moeten door de overheid behoorlijk gefinancierd worden omdat anders de interne relaties gehypothekeerd worden waardoor kwaliteitsverlies optreedt.

Insourcing door de overheid van ziekenfondstaken (zoals uitbetalingsprocessen) wordt niet wenselijk geacht. Een aantal zaken blijven zonder discussie kernopdrachten van de overheid: de primaire preventie in de brede zin van het woord (infrastructuur, milieu, informatieverstrekking), die niet uitbesteedbaar is, maar ook de bewaking van de toegankelijkheid van het zorgaanbod en de definiëring van het basiszorgpakket dat voor iedereen beschikbaar moet zijn.

Er werd ook een lans gebroken voor nieuwe overheidsopdrachten, met name het scheppen van een ICT-omgeving waarin het moderne zorgaanbod zich kan ontwikkelen.

2. De nood aan nieuwe overlegstructuren in een nieuw bevoegdheidslandschap.

Vooraf vanuit de hoek van artsen-specialisten en ziekenhuizen kwam de vrees dat er geen transparante en herkenbare overlegstructuren binnen de Vlaamse Gemeenschap voorhanden zijn. Men is al decennialang vertrouwd met RIZIV-structuren maar niet of alleszins veel minder met de besluitvormingsprocessen aan Vlaamse kant.

Sommige tussenkomsten gaven te kennen dat de professie te weinig aan bod komt, niet alleen in de relatie naar de overheid toe, maar ook intramuraal.

Er is dus nood aan de realisatie van goede overlegstructuren want alle genoemde partijen, en de professionals in het bijzonder, zijn onvervangbaar in het uittekenen van een gezondheidsbeleid. De overheid heeft overigens ook behoefte aan kennisgeving in professionele milieus om haar beleid aanvaardbaar te maken.

3. De huiver voor een Vlaamse etatistische benadering van de gezondheidszorg.

Sommige sprekers ontwaarden trends in het Vlaams gezondheidsbeleid (zoals het recent goedgekeurde eerstelijnsgezondheidszorgdecreet en het zorgregiodecreet) die een Vlaamse overheid laten zien die sturend wil optreden, maar gelijktijdig huiver opwekt bij diegenen die door deze regelgeving gevat worden. Anderen reageren eerder filosofisch en relativerend: in tegenstelling tot de beleidssituatie bij onze noorderburen blijven veel plannen in dit land in de kast steken en worden niet tot uitvoering gebracht.

Finaal kunnen enkele stellingen worden ingenomen na het beluisteren van de discussies in onze werkgroep:

- De transitie van de huidige situatie met een haast onontwarbare bevoegdheidsverdeling naar een volwaardig Vlaams gezondheidsbeleid moet voorbereid kunnen worden waarbij nieuwe modellen van overleg moeten uitgedacht en besproken kunnen worden.
- Er moet een globaal scenario voor een Vlaams gezondheidsbeleid uitgewerkt worden, waarbij bevolking, voorzieningen, overheid, verzekeraars en professionelen inspanningen moeten leveren om tot een consensus te komen.
- De druk vanuit de bevolking, vanuit de burger op het gezondheidsbeleid zal toenemen. De positionering van alle betrokken partijen in het gezondheidslandschap zal hiermee rekening moeten houden.

Verslag van de discussiegroep ‘De Vlaamse gezondheidszorg als groeimarkt’ Dr. Robrecht Vermeulen - Van Helmontgilde

Een eerste vraag handelde over de “ethiek”: het bedrijfsleven ziet de gezondheidszorg als groeimarkt en heeft als doel daarbij winst te maken, maar hebben ze daarbij ook oog voor de ethische dimensie?

Onder druk van de publieke opinie zullen de bedrijven zullen vroeg of laat gedwongen zijn zich bezig te houden met de ethische dimensie. De farmaceutische industrie staat daarbij het meest in de wind en zij hebben reeds een “ethische code” uitgewerkt. Verzekeringen, o.a. hospitalisatieverzekeringen, komen ook meer en meer onder druk van de publieke opinie en zullen zich dus moeten bekommeren om de ethiek. VOKA denkt niet dat het hun taak is een ethische code voor de ganse sector op te stellen, maar ze bestuderen wel het probleem.

De vraag wordt gesteld of gezondheidszorg wel zo belangrijk is voor de volksgezondheid. Als men verschillende landen vergelijkt, blijkt er geen correlatie te zijn tussen de uitgaven voor gezondheidszorg en het resultaat. Zo blijkt de levensverwachting langer te zijn in Albanië met een zeer laag budget dan in de Verenigde Staten met veruit de hoogste uitgaven. **Goede voeding** – en dat kost niets extra – zou **van meer belang** zijn voor de gezondheid dan de medische zorgen.

Hierop wordt geantwoord dat het gebrek aan resultaat van gezondheidszorg enkel opgaat als men zich beperkt tot het effect van curatieve ingrepen. Gezondheidszorg moet als een geheel beschouwd worden met daarin zowel de curatieve als de preventieve geneeskunde en dat bevat ook goede voeding.

Verschillende vragen en opmerkingen handelden over **preventieve geneeskunde**.

Kunnen preventie en curatieve geneeskunde van mekaar gescheiden worden?

Dat is enkel mogelijk voor primaire preventie, dat is het voorkomen van ziekten. Secundaire en tertiaire preventie maken meestal deel uit van het curatief proces en kan dus niet gescheiden worden van curatieve geneeskunde.

Heeft het bedrijfsleven belangstelling voor preventieve geneeskunde?

Die belangstelling is tot nu beperkt gebleven tot informatica bedrijven. Betere uitwisseling van gegevens door adequate informatica kan een rol spelen in preventie van ziekten. Voor preventie door gezondere voeding had het bedrijfsleven tot hier toe weinig interesse.

Enkele sprekers stelden dat er in België en Vlaanderen **geen echt preventief beleid** bestaat en dat wordt toegeschreven aan het gebrek aan financiële middelen en het aan de incoherente bevoegdheidsverdeling. Zo blijkt in Vlaanderen het budget voor curatieve geneeskunde ruim honderd maal groter te zijn dan het budget voor preventieve geneeskunde. Preventieve maatregelen die door de Vlaamse overheid beslist worden – dat is een Vlaamse bevoegdheid – worden vaak niet uitgevoerd door de federale instanties of er wordt geen financiering voor voorzien.

Anderen wijzen erop dat Vlaanderen, niettegenstaande de hoger vermelde zeer reële problemen, toch heel wat presteert op het vlak van preventieve geneeskunde, o.a. in Kind en Gezin, de centra voor leerlingenbegeleiding, de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de bedrijfsgeneeskunde. Op Vlaams niveau bestaan er wel duidelijke gezondheidsdoelstellingen en wordt er een gecoördineerd beleid gevoerd.

Er waren verschillende vragen en opmerkingen in verband met **innovatieve geneeskunde**.

Innovatieve geneeskundige technieken mogen betaald worden door de overheid, en dus rekenen op solidariteit van de bevolking, maar enkel indien deze technieken waardevol zijn. In België of in Vlaanderen bestaat er geen instelling die de waarde van deze technieken onderzoekt, die zich bezighoudt met “health technology assessment”. In de ons omliggende landen bestaan er wel dergelijke instituten. Bij ons zijn er een beperkt aantal gezondheidseconomen en die zijn verdeeld over verschillende instellingen. Bij gebrek aan onderzoek naar de waarde van technieken is het beleid weinig coherent. Zo wordt de farmaceutische industrie gestraft omdat ze waardevolle nieuwe geneesmiddelen op de markt brengt, waardoor het voorziene budget overschreden wordt.

Enkele vragen betreffen het belang van onze **‘Centres of Excellence’** voor onze kenniseconomie. Daarbij kwam ook de vraag of de universitaire ziekenhuizen die allen deficitair niet meer geld zouden moeten krijgen van de overheid vermits zij toch een “Centre of Excellence” zijn.

Er wordt op gewezen elk dergelijk “Centre” beweert dat zij de beste zijn en dus recht hebben op veel geld, maar de kwaliteit van die “Centres of Excellence” wordt niet gemeten.

Drie procent van het Vlaamse budget is voorzien voor investeringen in innovatieve technieken, maar dat moet verdeeld worden over alle “Centres of Excellence”.

Alle ziekenhuizen zijn deficitair. Is dat een gevolg van slecht beheer of is de financiering van de ziekenhuizen structureel onvoldoende?

Beide oorzaken spelen een rol. In het beheer van de ziekenhuizen komt er de laatste jaren wel een verbetering. Ziekenhuizen worden nu meer professioneel beheerd zoals een bedrijf en daar moeten artsen een rol in vervullen. De finances van een ziekenhuis zijn vaak weinig transparant en dat zou moeten verbeteren met de nieuwe wet op de v.z.w.’s. De investeringen in ziekenhuizen zijn vaak niet optimaal gericht: de overheid investeert in nieuwe structuren die hun waarde nog niet bewezen hebben; de patiënten vragen eerder investeringen in comfort, zoals TV op de kamer.

Anderzijds is de financiering van de ziekenhuizen structureel onvoldoende. De overheid legt steeds nieuwe eisen op zonder in het daarvoor noodzakelijke budget te voorzien.

In verband met **solidariteit** wordt opgemerkt dat in het huidige stelsel vooral de jongere werkende bevolking zich solidair moet tonen met de oudere bevolking, terwijl de grootste vermogens bij de oudere bevolking zitten. Er wordt dus voorgesteld de solidariteit om te keren en de ouderen te doen betalen voor de jongeren.

Dat probleem is correct. Daaraan zou gedeeltelijk verholpen worden indien de gezondheidszorg niet langer zou gefinancierd worden uit lasten op arbeid, maar uit algemene fiscale middelen. Dan zou iedereen moeten bijdragen volgens zijn totale inkomen en daarbij mag het vermogen niet ontbreken.

Een vraag handelt over de **meerwaarde van goede gezondheidszorg voor de bedrijven**. Daarbij wordt opgemerkt dat, niettegenstaande de grotere kost voor gezondheidszorg, het werkverlet door ziekte toeneemt. De maatschappelijk meerwaarde voor de bedrijven moet liggen in de betere gezondheid van de werknemers, waardoor ze ook langer zullen blijven werken.

Verslag van de discussiegroep
‘De financiering van de gezondheidszorg in het Vlaanderen van de toekomst’
Dr. Bart Garmyn - WVVH

Solidariteit met Wallonië?

Een van de aanwezigen stelt de vraag of de solidariteit met Wallonië al dan niet gehandhaafd zou blijven indien een Vlaamse gezondheidszorg zou uitgebouwd worden. Mevrouw Demeester stelt dat we ons niet langer mogen laten tegenhouden om een goede Vlaamse gezondheidszorg te organiseren onder de druk dat we “niet solidair” willen zijn. Dit is GEEN dossier over het uithollen of het splitsen van de sociale zekerheid. Dit is GEEN dossier over het uithollen van de solidariteit. Indien de discussie op dit vlak wordt gevoerd start automatisch de discussie over de splitsing van België en loop je vast! Mevrouw Demeester verdedigt het dossier omdat ze rotsvast gelooft dat de organisatie vanuit het Vlaamse niveau zorgt voor een betere organisatie die beter is afgesteld op de lokale noden. Het voorstel is om de gezondheidszorg in zijn geheel uit de sociale zekerheid uit te halen en te financieren met algemene middelen. Hierbij blijft het totaal budget natuurlijk gelijk anders kan je ook geen 2,5% groei realiseren. Ook nu is er binnen de Belgische federale staat een belangrijke solidariteit georganiseerd op het vlak van de fiscaliteit. Niets verhindert dat een vorm van financiële solidariteit wordt verder gezet. Ook nu reeds is er sprake van een fiscaal assietje verschil tussen Vlaanderen en Wallonië. Mevrouw Demeester heeft niet de intentie deze solidariteit af te schaffen. Wie gelooft in de Vlaamse gezondheidszorg moet van deze discussie afstappen. We mogen niet blijven aanmodderen met nu een beetje en dan een beetje. Er moet een radicale keuze gemaakt worden voor een totaal ander financieringssysteem. Natuurlijk moet dergelijke keuze goed worden voorbereid in overleg met alle partners.

Patrik Vankrunkelsven vindt dat Mevrouw Demeester er zich makkelijk vanaf maakt. De gezondheidszorg uit de sociale zekerheid halen is zo wie zo een probleem. Wallonië gebruikt enerzijds veel meer gezondheidszorg per capita (overconsumptie) en draagt tegelijk veel minder bij omdat per capita veel minder wordt bijgedragen in de pot van de sociale zekerheid. Als we dit willen veranderen zal er een erg groot debat gevoerd moeten worden met de Franstaligen.

Zorgverstrekking in Brussel?

Een van de aanwezigen stelt zich vragen rond de wijze waarop de gezondheidszorg in Brussel kan worden georganiseerd. Een splitsing van het “verzekeringssysteem” kan zijn inziens perfect georganiseerd worden. Het probleem is het aanbod. Je kan moeilijk verhinderen dat iemand met een Vlaamse verzekering aanklopt bij een Franstalige zorgverstreker. Het is immers moeilijk te aanvaarden dat je in Europees verband met een “Vlaamse” verzekering wel in Spanje verzorgd zou kunnen worden maar niet langer in een Franstalig ziekenhuis te Brussel.

In het antwoord van Mevrouw Demeester refereert zij naar de zorgverzekering. Ook hier werd bij het concept Brussel als een struikelblok ervaren. De praktijk heeft bewezen dat alle problemen met goede wil best op te lossen zijn. Indien een Brusselse Minister voor gezondheidszorg nodig blijkt, is Mevrouw Demeester bereid deze te aanvaarden.

Rol van de sociale partners en het middenveld algemeen?

Luc Van Roye (VOV) vraagt verduidelijking in verband met het verzekeringssysteem. Wat zal de rol zijn van mutualiteiten? Welke budgetten zullen worden overgeheveld?

Marc Moens van VAS/VBS stelt zich vragen over de groeinorm van 2,5% die Demeester naar voren schuift. Dit is de helft van wat nu federaal wordt gegeven. Hoe wil men dit aanpakken? Enkel een basispakket verzekeren voor iedereen en een dualisering van de gezondheidszorg inbouwen? Verder vindt Dr. Moens dat het Vlaamse beleidsniveau weinig of geen inspraak duldt van het middenveld. Er is geen gestructureerd overleg. Een voorbeeld is de publicatie van het decreet van 6 maart waar specialisten worden uitgesloten van de eerste lijn.

Herman Duprez van CM vraagt of de financiering uit algemene middelen betekent dat we een Beveridge systeem gaan introduceren? Hij heeft vragen welke rol de sociale partners nog mogen spelen in dit model. Mevrouw Demeester antwoordt dat zij vandaag de opdracht had gekregen om in 20 minuten een visie naar voren te schuiven, niet om een uitgewerkt systeem op papier te zetten. 5 jaar geleden hebben enkele leden van de Vlaamse regering de oefening gedaan om één en ander concreet in te vullen. Hierbij werden verschillende modellen naar voren geschoven. Vandaag moet men beginnen om alle betrokken partners te betrekken bij een eventuele voorbereiding. Zij geeft toe dat het Vlaamse beleidsniveau op dit ogenblik weinig overleg organiseert. De bal ligt ook in het kamp van het middenveld dat thans de Vlaamse overheid als onbelangrijk beschouwd omdat ze toch niet beschikken over de budgetten om op het terrein iets te realiseren. Als er

eenmaal radicaal gekozen is voor het Vlaamse beleidsniveau zullen de spelregels wijzigen. Op welke wijze we dit zullen organiseren moet samen worden uitgemaakt. Wat betreft de middelen is zij concreet: minstens met evenveel geld als vandaag. Eventuele besparingen die je kan realiseren door een betere organisatie zorgen voor een terugverdieneffect zowel in Vlaanderen als in Wallonië en kunnen opnieuw worden geïnvesteerd om nieuwe zorg aan te bieden. Daarna moet men minstens met 2,5% per jaar groeien. Op sommige momenten zal deze groei groter moeten zijn, op sommige momenten kleiner. Dit hangt af van vraag en aanbod, noden en mogelijkheden. Een onbeperkte exponentiële groei is echter maatschappelijk niet haalbaar. Mevrouw Demeester is zeker bereid de sociale partners een belangrijke rol te geven in het nieuwe systeem. Zij moeten dan wel bereid zijn mee een radicale keuze te maken anders loopt het systeem vast.

Wat we zelf doen doen we beter?

Volgens bepaalde aanwezigen neemt het enthousiasme op het veld voor een Vlaamse gezondheidszorg sterk af. Er is te veel betutteling en te weinig overleg. Het voorbeeld dat opnieuw wordt aangehaald is het eerstelijnsdecreet. Het uitsluiten van extramurale specialisten uit de eerste lijn zorgt voor enorme bezorgdheid bij de specialisten. Dit is een semi-collectivisering die weinig rekening houdt met de dynamiek op het veld. De zorgvraag vandaag bewijst dat specialisten op de eerste lijn nodig zijn. Voor Marc Moens bestaan er enkele obscure cenakels waar zogenaamd “verlichte filosofen” hun eigen ideologie willen doordruwen zonder rekening te houden met de reële zorgvraag. Eric Loos van de Brusselse Huisartsen vindt dan weer dat het allemaal nog niet ver genoeg gaat. Huisartsen zijn in België slecht betaald vergeleken met het Europees gemiddelde. Er wordt veel beloofd maar niets concreet gedaan. De kringvergoedingen worden te laat betaald en er zijn nauwelijks vergoedingen voor aanwezigheden. Men durft evenmin een echelonnering te realiseren. Wivina Demeester stelt dat men gelijk heeft geen geloof te hebben in een Vlaams gezondheidsbeleid vandaag. Er is immers geen beleid: Vlaanderen heeft een zeer klein domein waarmee het zich bezig kan houden, het is moeilijk op dergelijk beperkt domein te functioneren. Het is cruciaal samen een eigen visie te ontwikkelen en deze vervolgens samen in te vullen. Als je geen akkoord hebt op Vlaams niveau zal je dit nooit kunnen realiseren. Transparantie organiseren betekent wel de consequenties aanvaarden anders is het “Kurieren am Symptom”.

Jo Valgaeren stelt zich de vraag of we eigenlijk wel over voldoende informatie beschikken om de noden correct te kunnen inschatten en een goed beleid uit te tekenen. Moet er in de eerste plaats niet worden geïnvesteerd om dergelijke informatie te verzamelen?

Wivina Demeester bevestigt dat er te weinig informatie beschikbaar is. 5 jaar geleden stond men bijna zover om te starten met het verzamelen van basisdata. Dit is inderdaad noodzakelijk.

Philippe Kuypers stelt dat het hele defederaliseringsproces slecht verlopen is. We kunnen in 2 jaar niet veranderen wat tussen 1980 en 2004 is misgelopen. De regio's organiseren preventieve campagnes via gezondheidsdoelstellingen maar de resultaten worden niet gezien. De “incentive” ontbreekt om op het ingeslagen pad verder te gaan. De kosten van de gezondheidszorg worden te veel bekeken in silo's. Men legt te weinig links. Besparing in één silo leidt tot meeruitgaven in een andere silo. Alles globaal bekijken betekent ook de links bekijken. Dan pas kan men spreken over een echt beleid op volksgezondheid. De Heer Kuypers verwijst naar het voorbeeld van de CTG -commissie in de geneesmiddelensector. Vroeger was er een transparante commissie die grondig nadacht over de rol van een geneesmiddel. Het is jammer dat dergelijk initiatief wordt afgeschaft. We missen een denktank die nadenkt over de evoluties op lange termijn. Wat komt er op ons af, welke pathologieën worden belangrijker, zijn we klaar om dit op te vangen, is er het nodige budget en de middelen? Het kenniscentrum dat net is opgericht zal wel data samenbrengen maar is daarom geen denktank die deze data correct interpreteert en het beleid stuurt;

In verband met de data problematiek merkt Robert de Beule op dat hij al 20 jaar op zoek is naar cijfers over de kosten van de gezondheidszorg in Vlaanderen en Wallonië. Het rapport Jadot is na het pensioen van deze ambtenaar veilig opgeborgen. De cijfers van dit rapport waren volgens Rob de Beule trouwens niet juist. We mogen de echte cijfers niet kennen. De heer de Beule gooit bovendien een steen in de kikkerpoel door op te merken dat in een Vlaams systeem wat hem betreft de ziekenfondsen best kunnen worden afgeschaft.

Patrik Vankrunkelsven merkt een terughoudendheid in verband met de defederalisering bij artsen op het veld. Vroeger was het enthousiasme veel groter. Dit heeft te maken met het feit dat ze vinden dat minister Frank Vandenbroucke niet slecht heeft bestuurd en met een conservatieve reflex. Artsenorganisaties kennen de lobbykanalen federaal. Hun posities staan onder druk bij defederalisering. Hij doet een oproep aan alle organisaties om het debat te voeren, het conservatisme opzij te zetten en om initiatief te durven nemen. Marc Moens merkt op dat hij voorzitter is van een Belgische vereniging en dat hij inderdaad veel minder Vlaams is gaan voelen door de betutteling van de Vlaamse overheid. Het is volgens hem niet zinvol tientallen organisaties te ontdebellen. Structuralisme kost veel geld dat niet te vertalen is in extra zorg. Mutualiteiten

kosten veel geld (meer dan de huisartsen), administraties kosten ook geld. Hij heeft geen anti-Vlaams gevoel maar wil rationeel omgaan met de middelen.

Wivina Demeester antwoordt dat je moet streven naar één Vlaamse minister die verantwoordelijk is voor de financiering, organisatie en uitvoering van de gezondheidszorg. Dit is een radicale keuze op lange termijn. De bedoeling is niet te ontdebelen en alles meer ingewikkeld te maken maar juist om alles te vereenvoudigen. Men heeft kritiek op wat Vlaanderen vandaag doet, maar Vlaanderen heeft op dit vlak vandaag NIETS te zeggen. De dag na de herstructurering moet er een vereenvoudiging zijn van het systeem met juist een vermindering aan administratie. Verzekeraars en ziekenfondsen zullen een rol blijven spelen. Je kan geen tabula rasa maken. Wel zullen zij mee moeten instappen in een gezamenlijke visie. Hun rol zal dus wel veranderen. Dit moet stap voor stap worden ingevuld, niet door te ontdebelen maar door te vereenvoudigen. De vrees om nog een complexere organisatie te krijgen is dus onterecht.

Dualisering:

Herman Duprez merkt een hoerastemming wat betreft de kwaliteit van onze gezondheidszorg maar heeft hier toch enkele bemerkingen: 30% van de patiënten heeft problemen om de factuur te betalen. 10% heeft een gebrek aan zorg door gebrekkige financiering. Herman ziet zelf dagelijks voorbeelden van slechte kwaliteit. Er moeten duidelijk meetinstrumenten komen naar kwaliteit. Hij wil geen dualisering van de gezondheidszorg door het aanbieden van een beperkt basispakket en de rest privaat te laten verzekeren. Wat betreft de angst voor dualisering, volgens Mevrouw Demeester is deze angst terecht. Er is een reëel risico maar dit risico is even groot federaal als Vlaams. Zij vreest dat in een complexe structuur zoals vandaag we veel sneller dualiseren zonder dat we het zelf merken. Er is vandaag volgens haar een sluimerende dualisering. Mutualiteiten kunnen dit zien want ze weten wat de mensen zelf moeten betalen. Demeester wil hier tegen ingaan door in Vlaanderen een uitstekend systeem uit te bouwen.. Het feit dat we in Vlaanderen te klein zijn met 6 miljoen inwoners en dat dit federaal met 10 miljoen beter kan maakt geen indruk. De cultuurverschillen maken aan verschillende aanpak noodzakelijk. In Denemarken zijn ze met minder dan in Vlaanderen en hun systeem draait uitstekend.

BESLUITEN EN SLOTTOESPRAAK **Dr. Jan VAN MEIRHAEGHE - Voorzitter VGV**

Ik moet jullie danken, inleiders zowel als toehoorders, voor de bijdrage die jullie op deze manier leveren om weer een stap dichterbij ons doel, de toewijzing van de volledige bevoegdheid over gezondheidszorg aan Vlaanderen, te komen. Het zijn inderdaad studiedagen zoals deze, met de contacten en de ideeën die daaruit voortspuiten, die onze rechtmatige eis intellectueel onderbouwen.

Het Vlaams Geneeskundigenverbond (VGV) biedt sinds jaar en dag een forum aan om deze discussie te voeren met colloquia, het tijdschrift *Periodiek* en onze webstek.

De inleidende voordrachten boden inderdaad stof voor discussie, en ik dank de moderatoren, alsook de verslaggevers die daar zo-even over rapporteerden.

Alle bijdragen van vandaag worden de komende weken verwerkt tot een verslagboek, dat aan alle deelnemers en andere belangrijke actoren in de gezondheidszorg zal worden toegestuurd.

Dit jaar hebben we de Vlaamse gezondheidszorg vanuit een economisch oogpunt bekeken, en ook dan vinden we argumenten voor het toewijzen van de gezondheidszorg aan de gemeenschappen: het is duidelijk dat meer efficiëntie en responsabilisering leiden tot een spaarzaam beleid.

Efficiëntie en duidelijkheid

De Directeur-Generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), betoogde onlangs in het gezaghebbend medisch tijdschrift "The Lancet" dat in een gezondheidszorg, die naam waardig, preventie, acute zorg en chronische zorg naadloos op mekaar moeten aansluiten en dat die drie aspecten moeten geïntegreerd worden in alle geledingen die instaan voor de volksgezondheid.

Preventie is bij ons een bevoegdheid van de gemeenschappen en **curatieve zorgverstrekking** is nu grotendeels een federale materie. Wanneer men in het gezondheidsbeleid de patiënt of de burger centraal wil stellen, dan heeft een dergelijke opdeling van het gezondheidsdomein tussen overheden geen enkele zin, dan werkt dat contra-productief.

Een **gemengd federaal en deelstatelijk ziekenhuizenbeleid** mist cohesie.

Nu zijn de gemeenschappen bevoegd voor de erkenning van de ziekenhuizen en de gewesten voor de infrastructuur betoelaging, doch de federale overheid is bevoegd gebleven voor de werkingssubsidies. Door dergelijke regeling wordt een spaarzaam beleid van de gemeenschappen niet gehonoreerd en is het voor ziekenhuisbeheerders en -directies niet eenvoudig om door de vele bomen van overheidsmaatregelen het bos te vinden. Laat staan om een spoor van visie op het ziekenhuisbeleid te ontwaren.

Ook de **plethora van overheden** is geen voorbeeld van goed bestuur. Niet minder dan 9 ministeries hebben in België te maken met het gezondheidsbeleid. Een reductie tot 1 ministerie per gemeenschap zou het gezondheidsbeleid eenvoudiger en efficiënter maken.

Dan kan er eindelijk ook eens worden gewerkt aan de vermindering van de administratieve rompslomp voor de artsen. Op het meldpunt "Kafka.be" van staatssecretaris Van Quickenborne was dit een van de meest genoteerde klachten. Misschien moet men minder praten over "e-government", en er eens wat meer aan doen! Electronische correspondentie tussen artsen en overheid, tussen artsen en mutualiteiten, kost minder postzegels en papier, en is zo nog ecologischer ook.

Waarom niet voor elke arts een emailadres, bijvoorbeeld "Bart.Somers@dokter.vl"?

Het gemis aan samenhang in het beleid mag niet verwonderlijk klinken als men ziet op welke wijze federale excellenties aan bevoegdheidsoverschrijding doen. Het is voor de burger, voor de arts, voor de verzorgingsinstellingen een complete chaos geworden, wat de democratie niet ten goede komt.

Wanneer de burger niet meer weet wie voor welk beleid verantwoordelijk is, dan groeit de kloof tussen de Dorpsstraat en de Wetstraat.

Responsabilisering

Ook **responsabilisering** van de beide gemeenschappen zal aanzetten tot een spaarzaam en rationeel beleid.

Toekenning van **financiële verantwoordelijkheid voor de besteding** van een bepaald budget, bevordert de bedachtzaamheid bij de uitgaven. De opsplitsing van de middelen voor de ziektekostenverzekering naar beide gemeenschappen toe, zou op zich reeds een kostenbesparend effect hebben. De responsabilisering zou nog toenemen, wanneer de gemeenschappen bovendien **verantwoordelijk** zouden worden **voor de verwerving van de eigen inkomsten** in die sector.

Dit is gemakkelijker te verwezenlijken door de ziektekostenverzekering niet meer te financieren uit arbeid, maar uit de algemene middelen, de belastingen dus. Die operatie heeft twee bijkomende

voordelen: het is een logische stap, want de ziektekostenverzekering heeft niets, evenmin als de kinderbijslagen, te maken met arbeid, en die stap zou de bedrijven meer zuurstof verschaffen.

Eigen Klemtonen

Responsabilisering is ook het antwoord op de geldtransfers uit Vlaanderen naar Wallonië en Brussel. Minister Demotte is het gezeur over de transfers van Noord naar Zuid beu. Hij juichte dan ook de studie van de Christelijke Mutualiteiten (CM) toe, die recent veel aandacht kreeg in de pers. Die CM-studie moest bewijzen dat er van Vlaams-Waalse transfers in de gezondheidszorg hoegenaamd geen sprake was, en dat de verschillen in uitgaven voor de gezondheidszorg tussen het noorden en het zuiden volkomen te rechtvaardigen zijn.

Ik wil bij die bewuste CM-studie toch even blijven stilstaan. Als men die studie immers nader analyseert, vallen er m.i. toch gans andere conclusies te trekken.

Wallonië besteedt per CM-lid minstens 15 % meer aan medische beeldvorming, dringendheidshonoraria, farmaca in de publieke apotheken, inwendige geneeskunde, klinische biologie en verlossingen.

Vlaanderen op zijn beurt besteedt per CM-lid minstens 15 % meer aan thuisverpleging, verpleegdagen in de psychiatrische verzorgingstehuizen en ambulante beschut wonen.

Deze cijfers illustreren dat Vlaanderen en Wallonië hun eigen curatieve voorkeursectoren hebben. Daar is op zich niets mis mee, integendeel, het zijn even zovele argumenten pro splitsing: wie bepaalde voorkeuren heeft moet er logischerwijze voor betalen.

Er is evenwel één gekoppelde sector waarin ze weinig of niet verschillen, namelijk anesthesie en heelkunde. Uit die studie blijkt dat over het jaar 2001 het verschil in de uitgaven tussen Vlaanderen en Wallonië voor die sector nagenoeg nihil is. En is een operatie nu niet precies een behandeling waar het niet alleen de arts is die beslist! Zeker in deze tijd van “informed consent”. De hypothese kan vooropgesteld worden of de inspraak van de patiënt bij een eerder invasief gebeuren hier de egaliserende factor is.

Is het dan zo vermetel te stellen dat deze CM-studie de verschillen in medische cultuur eerder bevestigt, en dat ze anderzijds aantoonde dat er geen transfers zijn waar het de patiënt zelf is, en niet de arts, het ziekenhuis of de mutualiteit die beslist! De vraag stellen, is ze beantwoorden.

Communautaire thema's werden in de afgelopen jaren door de pers en de federale ministers niet meer als “sexy” beschouwd, als ze al niet helemaal tot taboe werden verklaard. . De laatste maanden waait weer een andere wind: iedereen beseft – en sommigen hebben daarvoor opiniepeilingen nodig - dat een aantal communautaire vraagstukken moeten opgelost geraken. Ik wil in dit verband nogmaals enkele flagrante verschilpunten tussen Noord en Zuid in de kijker zetten:

- het verschil in aanpak van de **numerus clausus** kwam de laatste maanden weer aan de oppervlakte.

Vanaf 2004 is er federaal afgesproken het aantal artsen met RIZIV-nummers te beperken tot een contingent van 700 per jaar met de verdeelsleutel 60N/40F. De Vlaamse minister van onderwijs voerde al in 1997 een ingangsexamen in voor de eerste kandidatuur; Wallonië nam andere, maar zoals nu blijkt, onvoldoende maatregelen. Nu vragen de Franstaligen de afschaffing van die contingentering. **De Vlamingen die gezagstrouw de federale beperking van het aantal artsen hebben nageleefd worden nu twee keer gestraft:** het overtal Franstalige artsen stijgt verder, met alle gevolgen qua voorschrijfgedrag enz... vandiën, terwijl in Vlaanderen duizenden studenten de toegang tot de studies geneeskunde werd ontzegd.

- “België blijft medisch uiteengroeien”, schrijft De Standaard op 22/01/04. Er zijn dubbel zoveel uitgaven voor medische beeldvorming (radiologie), voorgeschreven door huisartsen, in het Franstalig landsgedeelte. Alle Waalse provincies liggen boven het gemiddelde, en alle Vlaamse eronder. Kan het frappanter?

- de honorering voor het huisbezoek gaat van €20 naar €30. Alhoewel niemand zal ontkennen dat de beste zorgen in het kabinet van de huisarts gebeuren en de Vlamingen dat al langer door hebben dan hun Franstalige collega's, moet Demotte tegen de gang van zaken in het huisbezoek belonen.

- Het Globaal Medisch Dossier (GMD) kent een veel groter succes in Vlaanderen dan in Wallonië (17% van de Walen koos voor een GMD, 16% van de Brusselaars en 47% van de Vlamingen).

- Vlaanderen kiest ervoor de thuiszorg te organiseren via de huisarts, Wallonië doet dat via wijkgezondheidscentra die door de mutualiteit worden gestuurd. Wallonië kiest duidelijk voor het dure, **hospitalocentrische** model. PS-senator Laloy diende immers recent een wetsvoorstel in waarbij de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de thuiszorg bij de ziekenhuisarts wordt gelegd.

Ondenikbaar in Vlaanderen!

- Daghospitalisaties zijn goedkoper en ... frequenter in Vlaanderen.

- 30% meer antibioticagebruik in Wallonië ...

En ga zo maar door!

Minister Demotte is het gezeur over de transfers van Noord naar Zuid dus beu, ... alsof het alleen maar daarover gaat. Hij snapt duidelijk niet dat het over veel meer gaat dan over de centen alleen. De Vlaamse visie op het gezondheidszorgbeleid is een totaal andere dan deze, die de door de Franstaligen gedomineerde regering hanteert.

Of zoals enkele kopstukken van huisartsenverenigingen het in de Artsenkrant van 20/02/04

formuleerden: “*De Belgische overheid blijft doof voor de verlangens van de Vlaamse huisartsen.*

Franstalige politici hebben een totaal andere visie op eerstelijnsgezondheidszorg. Men wil daar zelfs de eerstelijnsgezondheid vanuit de ziekenhuizen organiseren. Als de huidige minister van Sociale Zaken de legitieme Vlaamse eisen blijft negeren, wordt de noodzaak van een eigen Vlaamse gezondheidszorg alleen maar groter.

Karel Van de Meulebroeke (SVH), Piet Vanden Bussche (VHP) en Karen Louage (Coventie-team)”.

Het wordt met de dag duidelijker dat verdere stappen in de staatsvorming nodig zijn. Goed bestuur vraagt dat gewoon.

Binnen enkele weken is de kiezer weer aan zet.

De Vlaamse regering heeft al haar wisselers opgebruikt, maar gelukkig is de match toch bijna ten einde. In voetbal is het de bedoeling minstens één doelpunt meer te scoren dan de tegenstrever, en zo het spel te winnen. Heeft de Vlaamse regering gescoord? Zijn de doelstellingen bereikt?

Kijken we eens terug naar de afspraken voor de aftrap gegeven werd.

In het **Vlaams regeerakkoord** van juli 1999 stond dat de normerings- en uitvoeringsbevoegdheden inzake gezondheids- en gezinsbeleid in de eerste helft van de legislatuur moesten overgeheveld worden naar de gemeenschappen.

In de **Vlaamse regeringsverklaring** van dezelfde datum stond bovendien dat alle partijen van de regeringscoalitie diezelfde afspraken ook consequent zouden verdedigen op het federale niveau.

De Vlaamse regeringsploeg en de Vlaamse politici van de meerderheidspartijen in de laatste twee federale regeringen hebben in deze zaak jammerlijk gefaald. En dat ondanks de spectaculaire transfer van de kapitein van de ploeg! Ook hij kon – of wilde – daar het tij niet keren.

Misschien moeten we de invallersploeg naar de finale sturen, want die bestaat uit vastberaden Vlaams-Brabantse burgemeesters?

Dat de Vlaamse regeringsploeg en de Vlaamse politici van de meerderheidspartijen er niet in slaagden, of zelfs niet de intentie hadden hun eigen regeerakkoord op dit vlak waar te maken lokt bij de Vlaamse bevolking scepticisme en cynisme uit en is funest voor de democratie. Vergeten we immers niet dat het regeerakkoord al een afgezwakte versie was van de resoluties over de staatsvorming die het Vlaams Parlement eerder goedkeurde.

De paars-groene en paarse coalities hebben” het communautaire” onder de mat geveegd. In alle toonaarden verkondigden ze het goede nieuws dat het “faux problèmes” zijn.

Binnen 1 maand weten we wat de Vlaamse kiezer daar van denkt.

BESLUIT:

Het VGV vraagt dat er na deze verkiezingen een gesprek komt tussen de gemeenschappen. Een ernstig gesprek, en niet een wazige Costa of een hypothetisch Forum, waar men keuvelt over al dan niet volle koffers of valiezen. Dat gesprek moet dienen om de volledige gezondheidszorg, met inbegrip van de ziektekostenverzekering, toe te wijzen aan de gemeenschappen.

Om die overheveling te verwezenlijken is een stevig Vlaams politiek front nodig.

Het principe van de solidariteit met de zwaksten moet in een Vlaamse ziektekosten-verzekering vanzelfsprekend behouden blijven.

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

Net zoals voor de kieskring Brussel-Halle-Vilvoorde, zeg ik voor de gezondheidszorg: **SPLITSEN DIE BOEL!** En hoe rapper hoe liever!

SFEERBEELDEN RECEPTIE



DEELNEMERS

Dr	Baeke Rufy	Vlaams Huisartsenparlement/Domusbeweging
De Heer	Bellens Bert	
Mevrouw	Bogaert Martine	Vlaams Artsensyndikaat
Prof	Bouckaert Boudewijn	
Dr	Bouckaert Jan	
Dr	Bouwen Anne	VGV
Prof Dr	Broos Paul	UZ Gasthuisberg/KUL
Dr	Bulens Guido	Halle Vilvoorde Komitee/Davidsfonds
Dr	Buntinx Erik	
Dr	Callens Katrien	PZ Sancta Maria
Mevrouw	Casteels Minne	UZ Gasthuisberg/KUL
De Heer	Cautemans	
Dr	Cayenberghs Richard	VGV
Dr	Celen Gui	Voorzitter AK VSZ/VGV
De Heer	Christiaens Paul	Caritas Vlaams Brabant en Mechelen
De Heer	Coemans Yves	Gezinsbond
Prof Dr	Colardyn Francis	Afgevaardigd beheerder UZ Gent
Dr	Crommelynck Marc	Van Helmontgilde
Dr	de Beule Rob	VGV
Dr	De Coninck Hilde	VBS
De Heer	De Court Dieter	Projectleider Pro Medicis Brussel
Dr	De Greef Marleen	Arts Kwaliteitscoördinator UZ Gent
Dr	De Ridder Patrick	HAK Pajottenland
Dr	De Smedt Jos	WVVH
Dr	De Sutter Edward	VGV
Mevrouw	De Turck Danny	
De Heer	De Turck Willy	Priester Daensfonds
Dr	De Waele Boudewijn	VGV
De Heer	De Wit Wim	OVV
Dr	Dehing Jef	Doktersgild Van Helmont
Mevrouw	Delacauw Ann	VVA
Mevrouw	Demeester Wivina	
Dr	Devos Frans	Vlaams Neutraal Ziekenfonds
Prof Dr	Devulder Jacques	Anesthesist UZ Gent
Dr	Deweerd Herman	AK VSZ
Dr	Dewolf Dirk	VGV
Prof Dr	Dillemans Roger	KUL
Dr	Dockx Jan	VGV
Dr	Duprez Herman	CM Zuid West-Vlaanderen
Dr	Garmyn Bart	WVVH/VGV
Dr	Geens Chris	VVMV
Dr	Germeaux Jaques	Senator
De Heer	Gielis Guy	Algemeen directeur Internuniversitair centrum voor Huisartsenopleiding
De Heer	Goddevriendt Filip	Centrum voor biomedische ethiek en recht
De Heer	Goubert Geert	
Mevrouw	Grouwels Brigitte	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Prof Dr	Gruwez Jacques	VBS
Dr	Haems Jan	
Prof Dr	Heidbuchel Hein	Cardioloog UZ Gasthuisberg/KUL
De Heer	Henneman Hugo	Vlaamse Gemeenschapscommissie
Dr	Herman Pol	VGV
Dr	Heymans Rudy	Artsenkring Halle en omgeving
Dr	Ide Louis	VGV
Mevrouw	Jacobs Christine	Vlaamse Gemeenschapscommissie
Dr	Jongbloet Piet	VGV
Prof Dr	Kesteloot Hugo	KUL
Dr	Kuypers Philippe	
Mevrouw	Lauwers Monique	VGV
Dr	Lauwers Walter	VGV/Internist
De Heer	Leemans Guy	VOS
Dr	Leroux Luc	VGV/Van Helmont
Dr	Lippens Chris	

De Heer	Loones Jan	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Dr	Loosen Erik	Voorzitter Brusselse Huisartsenkring
Dr	Mestdagh Jozef	VGV
Dr	Moens Marc	Voorzitter BVAS
De Heer	Neels Leo	Pharma.be
Prof Dr	Nys Herman	KU Leuven/M.Middelares St.Niklaas
Dr	Pas Lodewijk	
Dr	Pas Lodewijk	WVVH/VGV
Prof Dr	Peers Jan	KUL
Mevrouw	Peeters	VGV
Dr	Peeters Lodewijk	VGV
Dr	Peremans Jan	VGV
Dr	Petit Daniel	
Prof Dr	Ponette Eric	VGV
Dr	Providas Basile	VGV
De Heer	Quintelier Marcel	Secretariaat VGV
Dr	Remans Jan	VGV
Dr	Roelens Pol	
Mevrouw	Rommel Marie-Joanna	
De Heer	Scherpereel	
Dr	Schutyser Willem	
Dr	Seghers Karel	VGV
Dr	Soens Marc	
Dr	Speybroeck Jos	Het Vlaamse Kruis/VGV
Dr	Stammen Francis	
De Heer	Steunis	
Dr	Stevens Jan	directeur-arts Vlaams Fonds voor sociale integratie van personen met een handicap
De Heer	Teughels Roland	
Mevrouw	Teughels Sonja	VOKA VEV
Dr	Valgaeren Hilde	
Dr	Valgaeren Jozef	VGV
De Heer	Van Beverlsuys Alain	
Dr	Van Butsele Benoni	Maxillo-faciaal Chirurg
De Heer	Van De Sype Dirk	
Dr	Van Den Abbeele Koen	
Dr	Van Den Berghe Ivo	
Dr	Van den Borre	
Dr	Van Den Neste Christa	
Dr	Van Der Spieghele Stefaan	VGV
Dr	Van Emelen Jan	Landsbond Onafhankelijke Ziekenfondsen
Dr	Van Imschoot Romaan	VGV
Dr	Van Laer Kristien	
Dr	Van Meirhaeghe Jan	VGV
Mevrouw	Van Moerkerke Bianca	
Dr	Van Nieuwenhuyse Elie	
Mevrouw	Van Oirschot Marina	Secretariaat VGV
De Heer	Van Roye Luk	Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen
Mevrouw	Van Themsche Frieda	Volksvertegenwoordiger
Dr	Van Wiemeersch Johan	VVOG
Mevrouw	Vandermarliere Mia	
Dr	Vankrunkelsven Patrik	Senator
Mevrouw	Verbeke Hedwig	
Dr	Vereecken Moniek	FOD Sociale Zekerheid
De Heer	Vergote Etienne	
Dr	Verhamme Peter	Assistentenvereniging Interne Geneeskunde
Dr	Vermeulen Robrecht	VGV
Mevrouw	Vertongen Geneviève	VGV
De Heer	Voets Mathieu	Vlaamse Gemeenschapscommissie
Mevrouw	Wenger Madeleine	VGV
Dr	Westelinck Kris	Doktersgild Van Helmont
De Heer	Willems Jan	Voorzitter Overlegplatform GGZ Oost-Vlaanderen

VERONTSCHULDIGDEN

Dr	Ameye Filip	
De Heer	Bex Stijn	Federaal Volksvertegenwoordiger
De Heer	Bossuyt Gilbert	Vlaams Minister van Mobiliteit, Openbare Werken en Energie
De Heer	Bourgeois Geert	Voorzitter N-VA
Mevrouw	Byttebier Adelheid	Vlaams Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen
Mevrouw	Ceyssens Patricia	Vlaams Minister van Economie, Buitenlands Beleid en E-Government
De Heer	Daelman Carlo	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Mevrouw	De Baets Helga	Vlaams Parlement CD&V
Mevrouw	De Block Maggie	Federaal Volksvertegenwoordiger
De Heer	De Crem Pieter	Federaal Volksvertegenwoordiger/fractievoorzitter
Dr	De Neve Pascal	
De Heer	De Roo Johan	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Mevrouw	De Schampelaere Mia	Senator
De Heer	Debruyne Geert	VVOG Voorzitter
De Heer	Dedecker Jean-Marie	Senator
De Heer	D'hulst Norbert	Davidfonds
De Heer	Gatz Sven	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Dr	Gerris Jan	
Dr	Hanson Stefaan	Uitvoerend directeur VVT
De Heer	Huybrechts Pieter	Vlaams Volksvertegenwoordiger
De Heer	Kelchtermans Theo	Federaal Volksvertegenwoordiger
De Heer	Keulen Marino	Vlaams minister van Sport, Media en Wonen
De Heer	Landuyt Renaat	Vlaams Minister van Werkgelegenheid en Toerisme
Dr	Lenaerts Rem	VGv
Mevrouw	Merckx Van Goey Trees	Vlaams Volksvertegenwoordiger
De Heer	Moons Guido	VVB
De Heer	Moortgat	Afgevaardigd bestuurder M. Middelaers St-Niklaas
Dr	Nobels Frank	OLV Aalst
Dr	Rutsaert Robert	
Mevrouw	Simoens Sien	Studiedienst HV
De Heer	Somers Bart	Minister-president
Dr	Speeckaert Marc	VGv
De Heer	Stassen Jos	Vlaams Volksvertegenwoordiger
De Heer	Stegen Peter	
Mevrouw	Storms Annelies	Federaal Volksvertegenwoordiger
De Heer	Suykerbuyk Herman	
De Heer	Tavernier Jef	Vlaams Minister van Leefmilieu
De Heer	Tommelein Bart	Federaal Volksvertegenwoordiger
Mevrouw	Turtelboom Annemie	Federaal Volksvertegenwoordiger
De Heer	Valkeniers Bruno	Hesse-Noord Natie
Mevrouw	Van de Casteele Annemie	Senator
De Heer	Van den Brande Luc	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Mevrouw	Van Der Spurt Cilia	FVV
De Heer	Van Hecke Frank	Voorzitter Vlaams Blok
Prof Dr	Van Hee Robrecht	VGv
De Heer	Van Mechelen Dirk	Vlaams Minister van Financiën en Begroting
Mevrouw	Van Weert Els	Voorzitter SPIRIT
De Heer	Vandenhove Ludwig	Burgemeester
Mevrouw	Vanderpoorten Marleen	Vlaams Minister van Onderwijs en Vorming
Mevrouw	Vautmans	Federaal Volksvertegenwoordiger
De Heer	Voorhamme Robert	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Dr	Walraet Jan	
De Heer	Weyts Johan	Vlaams Volksvertegenwoordiger

Vlaams Geneeskundigenverbond v.z.w. VGV

Het V.G.V. is een ongebonden vereniging, die open staat voor alle artsen in Vlaanderen, zowel huisartsen als specialisten, zonder onderscheid van filosofische, partijpolitieke of syndicale overtuiging.

DOELSTELLINGEN

- nadenken over - en invloed uitoefenen op - het geneeskundig onderwijs en het gezondheidsbeleid,
- ijveren voor de toewijzing van de sociale zekerheid aan Vlaanderen met een aangepast statuut voor de Brusselse Vlamingen
- vrijwaren van de rechtmatige plaats van het Nederlands in het medisch onderwijs
- bijdragen tot de verdere ontvoogding van Vlaanderen
- bijdragen tot de culturele vorming van zijn leden

RAAD VOOR ADVIES

Dr. J. Daels, Vlaams Kruis
Dr. E. De Bleeker, voorzitter VVMV
Prof. Dr. L. Denis, V.U.B.
Prof. Dr. W. Dierick, RUCA
Dr. C. Geens, W.V.V.H.
Dr. Ridder K. Goddeeris, KULAK
Dr. J. Huyghe, Kon. Acad. Geneeskunde
Prof. Dr. P.G. Janssens, Inst. Trop. Geneesk.
Prof. Dr. K. Van Camp, U.I.A.
Prof. Dr. P. Van Cauwenberge, U.G.
Prof. Dr. G. Verdonk, U.G.
Dr. R. Verhaert, V.V.K.
Prof. Dr. R. Verwilghen, K.U.Leuven

RAAD VAN BESTUUR

Voorzitter: Dr. Jan Van Meirhaeghe
Ondervoorzitter: Dr. R. Vermeulen*
Secretaris: Dr. L. Ide
Penningmeester: Dr. J. Dockx
Tijdschrift: Dr. R. de Beule**,
Dr. J. Van Meirhaeghe, Prof. Dr. E. Ponette*
Cultuur: Dr. R. de Beule, Dr. J. Dockx
Leden: Dr. G. Celen, Dr. E. De Sutter,
Dr. P. H. Jongbloet, Dr. R. Lenaerts*,
Dr. J. Peremans

* oud-voorzitter

** ere-voorzitter

Uitgave van het VGV

- Redactieraad: Dr. J. Van Meirhaeghe, Koolkerkesteenweg 76, 8340 Oostkerke
Dr. R. de Beule, Beukenlaan 24a, 2020 Antwerpen
Dr. J. Gyselinck, Dr. R. Lenaerts, Prof. Dr. E. Ponette
- Verantwoordelijke uitgever: Dr. R. de Beule, Hoofdredacteur
- De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs
- Drukkerij Jules De Winter, Kleine Markt 13, 2000 Antwerpen, Tel. 03/232.20.22, Fax. 03/225.15.84

SECRETARIAAT: ERGO DE WAELLAAN 3, BUS 14 – 2100 DEURNE-ANTWERPEN
(geopend tussen 09.00 en 13.00 uur)

☎ 03/322.28.50 - ✉ 03/322.45.14 - 📧 VGV@VVZ.uunethost.be

webstek: <http://www.vgv.be>