

Antwerpen, 29/04/2024

Pleidooi van het Vlaams Artsenverbond voor een gecommunautariseerd gezondheidsbeleid

Het Vlaams Artsenverbond (VAV) is een socioculturele vereniging voor en van Vlaamse artsen zonder syndicale, partijpolitieke of filosofische bindingen. Een van de voornaamste doelstellingen is te streven naar een autonome Vlaamse gezondheidszorg als onderdeel van een autonome Vlaamse sociale zekerheid. Het VAV streeft naar communautarisering van de gezondheidszorg (de overheveling naar de Vlaamse en Franse Gemeenschap) waarbij de inwoners van Brussel kunnen kiezen voor het stelsel van een van beide gemeenschappen. Over de institutionele vorm van de Vlaamse autonomie, confederalisme of onafhankelijkheid, neemt het VAV geen standpunt in. De argumenten die het VAV wenst te onderlijnen om het beleid en de financiering van de gezondheidszorg toe te wijzen aan de Gemeenschappen zijn:

- In het licht van de financiële uitdagingen en de budgettaire beperkingen in de gezondheidszorg zal een efficiëntere organisatie noodzakelijk zijn.
- De verschillen tussen Vlaanderen en Franstalig België in het gezondheidsbeleid: de uitbouw van het ziekenhuislandschap, de verschillen in uitgavenprofielen, de performantieverschillen en de verschillen in de benadering van de brede gezondheidspolitiek met name de preventieve zorg.
- Het VAV onderlijnt de noodzaak tot responsabilisering.

Het VAV wenst dan ook na te denken hoe een verzelfstandigde gezondheidszorg in Vlaanderen een antwoord kan bieden aan deze problemen en hoe dit kan gerealiseerd worden. Vlaanderen zou via een efficiëntere organisatie budgetten vrij kunnen maken om de uitdagingen voor het gezondheidsbeleid aan te kunnen. Bovendien kunnen afspraken uitgewerkt worden om meer efficiëntie, ook in Franstalig België, te bereiken en dit op basis van een transparante solidariteit.

1. Het gezondheidszorgbudget staat onder druk: meer efficiëntie is noodzakelijk.

De verplichte ziekteverzekering verzekert 99% van de inwoners voor de kosten van de gezondheidszorg en is gebaseerd op een algemene solidariteit, in essentie gefinancierd op basis van de sociale bijdragen en aanvullend belastinggeld. Volgens de meest recente OESO¹ gegevens vormden de uitgaven in 2020 voor gezondheidszorg in België 11,1% van het BBP. Deze uitgaven stijgen ongeveer 1,1 % per jaar. Hiermee staat België op de 9^{de} plaats in Europa. Duitsland (12,8 % BBP) en Frankrijk (12,2 % BBP) zijn de landen binnen Europa met de hoogste uitgaven in de gezondheidszorg. In België wordt 1,6 % van het gezondheidszorgbudget aan preventie besteed, 40% minder dan het EU27 gemiddelde van 3,5%. Opvallend is dat 23% van de uitgaven eigen "out-of-pocket" betalingen zijn: vooral niet terugbetaalde geneesmiddelen, medische hulpmiddelen (brillen enzo ...) en de premies aanvullende verzekering², hetgeen de solidariteit onder druk zet.

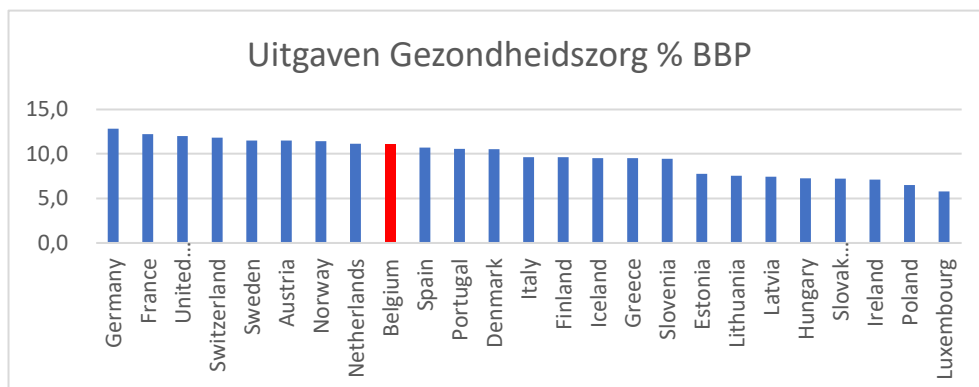


Fig 1. Uitgaven voor Gezondheidszorg als % van Bruto Binnenlands Product. Bron OECD Statistics 2021.

¹ OESO: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling.

² Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Knowledge Centre (KCE). 2020 Bouckaert et al.

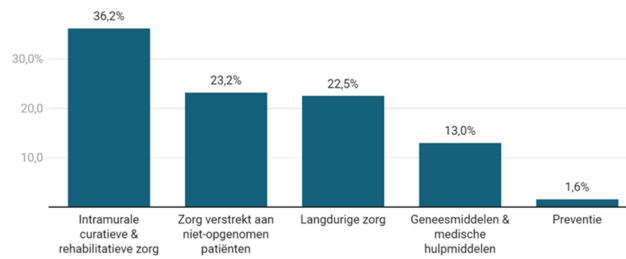


Fig 2. Uitgaven voor gezondheidszorg in België, naar functie (in 2019). Bron: FOD Sociale Zekerheid.

Volgens recente Statbel gegevens is de levensverwachting bij geboorte 81,9 jaar. Hiermee scoort België gemiddeld in de EU. Er zijn wel regionale verschillen. In Wallonië is de levensverwachting bij geboorte 79,9 jaar tegenover 82,8 jaar in Vlaanderen. Brussel scoort ongeveer het landelijke gemiddelde. Hier is dus ruimte voor verbetering.

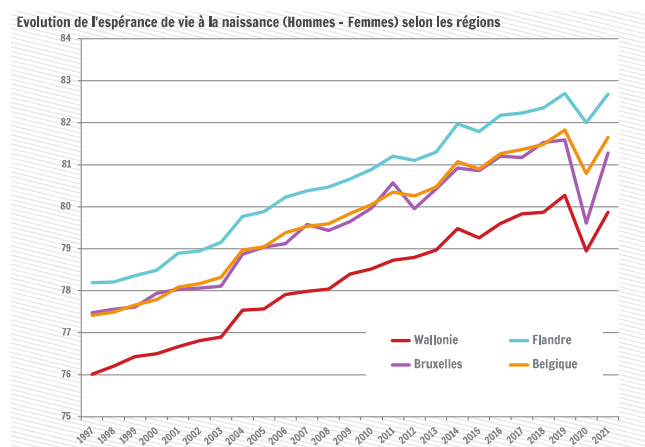


Fig 3. Globaal resultaat van de Belgische Gezondheidszorg: levensverwachting bij geboorte - regionale verschillen. Bron Statbel.

De Belgische gezondheidszorg kan als degelijk beschouwd worden maar ten koste van een flinke prijs waarbij het globale resultaat van Wallonië aandacht vraagt. Het gezondheidszorgbudget zal steeds meer onder druk komen door de evolutie van de medische technologie en nieuwe farmaceutische producten met een toename van out-of-pocket betalingen.^{3,4} Als we een toegankelijke, kwaliteitsvolle en kosteneffectieve gezondheidszorg verder willen uitbouwen binnen een solidair systeem staan grote uitdagingen te wachten. Zoals zal blijken uit volgende paragrafen stellen we performantieverschillen vast tussen Noord en Zuid. Bovendien bestaat er een ingewikkelde structuur in de organisatie en de werking van de gezondheidszorg. Het beleid voor preventie is gefragmenteerd. Het groot aantal ministers dat bevoegd is, is moeilijk verdedigbaar. De niet steeds optimale samenwerking tussen RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en de zeer complexe overlegstructuren binnen zowel RIZIV als FOD verhinderen een flexibele en daadkrachtige aansturing.

In de strategische visienota van het RIZIV "Toekomst van de Belgische Gezondheidszorg" 2020⁵ wordt een gelijkaardige analyse uitgewerkt. De **kostenevolutie** en de vergrijzing zullen een toenemend probleem vormen. Het gezondheidszorgbudget zal steeds meer onder druk komen door de evolutie van de medische technologie en nieuwe farmaceutische producten met een toename van de out-of-pocket betalingen.^{6,7} De verhouding tussen actieven en passieven evolueert ongunstig waardoor de bijdragen aan de Sociale Zekerheid kunnen verminderen

³ Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen. RIZIV Rapport van het Wetenschappelijk Comité meerjarenbegroting Februari 2022.

⁴ Toekomst van de Belgische Gezondheidszorg. Strategische Visienota. RIZIV en Tomorrowlab 2020.

⁵ Toekomst van de Belgische Gezondheidszorg. Strategische Visienota. RIZIV en Tomorrowlab 2020.

⁶ Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen. RIZIV Rapport van het Wetenschappelijk Comité meerjarenbegroting Februari 2022.

⁷ Toekomst van de Belgische Gezondheidszorg. Strategische Visienota. RIZIV en Tomorrowlab 2020.

terwijl de kost van chronische aandoeningen toeneemt. Verder worden **verdeling van bevoegdheden, fragmentatie van zorg en preventie en tekorten aan zorgverleners** uitdrukkelijk vermeld.

Een efficiënt beleid veronderstelt samenhangende bevoegdheidspakketten. Welnu, de Vlaamse en Franse Gemeenschap zijn sinds 1980 in principe bevoegd voor het gezondheidsbeleid, doch de ziektekosten en invaliditeitsverzekering (RIZIV) - de hefboomen voor een goed gezondheidsbeleid - zijn voor het overgrote deel nog steeds een bevoegdheid van de federale overheid. Zelfs na de 6de staatshervorming zijn slechts bevoegdheden, goed voor 13,4 % van het totale RIZIV-budget, naar de gemeenschappen/gewesten overgeheveld.

- *De huidige situatie met 9 excellenties bevoegd voor gezondheidszorg (8 ministers en 1 staatssecretaris) versnipperd het beleid, bemoeilijkt de onderlinge samenwerking en verhoogt de kosten.*
- *De Gemeenschappen zijn bevoegd voor de erkenning van de ziekenhuizen en de financiering van de investeringen, doch de federale overheid is bevoegd voor de werkingskosten.*
- *De gegevensuitwisseling loopt mank: eerstelijnsgegevens zijn Vlaams, ziekenhuisgegevens zijn federaal.*
- *Inspanningen door de Vlaamse Gemeenschap op gebied van preventie leiden tot gezondheidswinst voor de bevolking en dus minder uitgaven in de curatieve sector. Deze efficiëntiewinst komt echter vooral het federale niveau ten goede.*
- *Het is essentieel Welzijnsbeleid en Gezondheidsbeleid onder één beheer te brengen.*
- *De planning van het medisch aanbod is sinds de aanvang een bron van communautaire discussies. De defederalisering van de subquota en de recente evoluties in de berekening van de globale artsen- en tandartsenquota zullen de communautaire wrijvingen vermoedelijk niet oplossen.*

2. Tussen Noord en Zuid bestaan verschillen in het ziekenhuislandschap.

Hoe efficiënt is het ziekenhuisaanbod uitgebouwd en hoe worden deze bedden gebruikt⁸? Na de 6^{de} staatshervorming bleef de organieke wetgeving en de financiering van de exploitatie van de ziekenhuizen de bevoegdheid van de FOD Volksgezondheid. De organisatie van het ziekenhuislandschap is dan ook een van de bevoegdheden van de FOD Volksgezondheid. De erkenningen en de kwaliteitsopvolging worden door de gemeenschappen/gewesten gedaan.

Het aantal ziekenhuisbedden in Vlaanderen en Wallonië is gelijkmatig uitgebouwd. Ook het gebruik van deze bedden is gelijkaardig zoals blijkt uit de vergelijking van het resultaat voor het aantal “verantwoorde bedden”⁹. Het aantal verantwoorde ziekenhuisbedden in Vlaanderen en Wallonië is gelijk, hetgeen een indicatie is dat de “ernst van de pathologie” gelijkaardig is. In het Hoofdstedelijk Gewest bestaat een concentratie aan grote ziekenhuizen (universitaire ziekenhuizen of ziekenhuizen met universitair karakter) waardoor, gezien de aard van de tertiaire pathologie, het aantal verantwoorde bedden hoger is dan in de andere delen van het land. Er is in Brussel vermoedelijk een “import van zwaardere pathologie”. In internationale EU vergelijking beschikt België over een eerder gemiddeld aantal bedden per 1000 inwoners, enkel Brussel scoort hoog.

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Inwoners	11584008	6698867	3662495	1222673		
Erkende ziekenhuisbedden	46856	26051	14001	6804		
n/100000 inwoners	404	389	382	556	0,98	1,46
Verantwoorde ziekenhuisbedden	36937	20556	11201	5181		
n/100000 inwoners	319	307	306	424	1,00	1,39

In Wallonië worden minder patiënten opgenomen in de ziekenhuizen maar ze verblijven gemiddeld langer in het ziekenhuis. In het Hoofdstedelijk Gewest is zowel het aantal opnames als de verblijfsduur hoog. Het aantal

⁸ Bron website van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid: www.health.belgium.be

⁹ Het aantal verantwoorde bedden wordt berekend aan de hand van de ernst van de ziekte en een gestandaardiseerde opnameduur. De som van deze verantwoorde opnameduur voor alle opnames resulteert in het aantal verantwoorde bedden en dus de financiering van deze bedden.

opnames kan vertekend zijn aangezien de ijking gebeurde op basis van het aantal inwoners in het betrokken gewest. Mogelijks betreft een deel van deze opnames patiënten die van buiten het Hoofdstedelijk Gewest naar Brussel gaan voor medische verzorging. Met een gemiddelde ligduur per opname van 5,3 dagen is Vlaanderen duidelijk performanter dan Wallonië en Brussel.

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Aantal ziekenhuisopnames	2591622	1503575	741178	374869		
Opnames/1000 inwoners	224	224	202	307	0,90	1,52
Gemiddelde ligduur	5,7	5,3	5,9	6,3	1,11	1,19

Met “zware apparatuur” bedoelt men toestellen met een hoge investeringskost en extra personeelsomkadering. Ze worden dan ook op basis van programmatieregels toegestaan, erkend en gesubsidieerd. De verdeling van de “zware apparatuur” is opmerkelijk. Behalve voor PET-CT heeft Vlaanderen steeds minder erkenningen verleend in vergelijking met Wallonië. In de regelgeving wordt dikwijls in het kader van toegankelijkheid verwezen naar de afstand tot het ziekenhuis voor de patiënten en worden uitzonderingsregels toegestaan. Dit argument is aannemelijk voor chronische ziekten of voor herhaaldelijke ziekenhuisbezoeken (bv. dialyse, chemo- of radiotherapie) maar niet voor de meestal eenmalige en voornamelijk electieve onderzoeken in de medische beeldvorming. Wallonië heeft voor zowel CT als MRI meer toestellen per 100000 inwoners geïnstalleerd dan Vlaanderen. Voor het Hoofdstedelijk Gewest stellen we vast dat het aanbod van zware apparatuur wel zeer hoog is in vergelijking met Vlaanderen. Het aanbod in Brussel is 97% hoger voor CT en 66% hoger voor MRI. Voor PET-CT is het aanbod in Brussel zelfs een factor 3,65 hoger. Vraag is of het specifieke karakter van de hoofdstad zulke verschillen rechtvaardigt! Een laatste geprogrammeerde zware apparatuur zijn de radiotherapietoestellen. Ook hier hetzelfde beeld: Wallonië heeft relatief meer geplaatste toestellen. Het Hoofdstedelijk Gewest heeft zelfs meer dan dubbel zoveel toestellen per 100000 inwoners goedgekeurd dan Vlaanderen.

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
CT¹⁰	272	125	102	45		
CT/100000 inw	2,35	1,87	2,78	3,68	1,49	1,97
PET-CT¹¹	33	15	8	10		
PET-CT/100000 inw	0,28	0,22	0,22	0,82	0,98	3,65
MRI¹²	126	66	40	20		
MRI/100000 inw	1,09	0,99	1,09	1,64	1,11	1,66
Radiotherapie	32	14	11	6		
Rt/100000 inw	0,28	0,21	0,30	0,49	1,44	2,35

Ook wat het aantal gespecialiseerde **spoedafdelingen en de MUG-interventiewagens** betreft valt het op dat Vlaanderen over minder erkenningen beschikt dan Wallonië. De aanrijtijden voor ambulances zijn een argument om in Wallonië enkele extra afdelingen toe te staan. Het grote aanbod van zowel gespecialiseerde spoedgevallendiensten als van MUG-interventiewagens in Brussel in vergelijking met Vlaanderen is opvallend.

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Gespecialiseerde Spoed	118	58	46	14		
Gespec. Spoed/100000 inw	1,02	0,87	1,26	1,15	1,45	1,32
MUG	84	44	32	8		
MUG/100000 inw	0,87	0,66	0,85	0,82	1,29	1,24

¹⁰ CT: Computer Tomografie.

¹¹ PET-CT: combinatie van Positron Emissie Tomografie en klassieke computer tomografie.

¹² MRI: Magnetic Resonance Imaging.

Met betrekking tot het zorgprogramma cardiologie stellen we vast dat Wallonië beschikt over meer dan dubbel zoveel erkende **hartcentra B2** (interventie-cathlab) dan Vlaanderen en 37% meer erkende B3 diensten (hartchirurgie). Het valt op dat in Brussel op een na alle hartcentra een B3 erkenning hebben. In de erkenningsnormen worden een minimum aantal interventies/ingrepen bepaald als voorwaarde om de erkenning te krijgen en te behouden. Het is dan ook de vraag of het minimum aantal interventies en ingrepen in elk van deze centra wel gehaald worden hetgeen mogelijks een kwaliteitsrisico inhoudt.

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Hartcentrum B2	22	9	12	1		
B2/100000 inw	0,19	0,13	0,33	0,08	2,44	0,61
Hartcentrum B3	28	12	9	7		
B3/100000 inw	0,24	0,18	0,25	0,57	1,37	3,20

Vlaanderen en Wallonië zijn dus evenredig uitgebouwd wat het aantal ziekenhuisbedden betreft. Vlaanderen benut deze bedden wel efficiënter dan Wallonië. Brussel is duidelijk ruim voorzien van ziekenhuisbedden en die worden ook minder efficiënt gebruikt. Wat betreft de uitrusting "zware apparatuur" heeft Wallonië duidelijk een groter aanbod dan Vlaanderen. Het is niet mogelijk te controleren of de verplichte minimum-activiteitsnormen in al deze centra gehaald en geverifieerd worden. In Brussel werden veel toestellen "zware apparatuur" geplaatst. Dezelfde regelgeving heeft dus geleid tot ongelijke implementatie. Als er een onevenwicht ontstaan is wat betreft uitrusting "zware apparatuur" kan enkel geconcludeerd worden dat hier een efficiëntiewinst te realiseren is.

3. De uitgavenprofielen tussen Noord en Zuid verschillen.

In 2012 publiceerde het RIZIV een rapport in verband met de **medische uitgaven** vanuit geografisch perspectief. Dit rapport analyseert de periode 2009¹³. Recentere voldoende gedetailleerde gegevens zijn niet gepubliceerd maar aangezien er weinig evolutie in de tijd te verwachten is, laat dit rapport toch toe regionale verschillen op basis van het "medisch verbruik" te beoordelen.

Gemiddelde uitgaven/inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Huisartsen (Rdpl en bezoeken)	96,39	101,57	94,57	70,65	0,93	0,70
Globaal Medisch Dossier	8,98	11,47	5,42	5,66	0,47	0,49
Specialisten (Rdpl en bezoeken)	55,84	50,77	59,29	75,4	1,17	1,49
Psychiatrische instellingen	79,27	91,04	62,7	62,82	0,69	0,69

Vlaanderen heeft duidelijk een meer huisartsgerichte geneeskunde zoals blijkt uit de hogere uitgaven voor raadplegingen en bezoeken en voor het globaal medisch dossier. De hogere uitgaven per inwoner voor specialistische raadplegingen en bezoeken in Wallonië en Brussel vormen het spiegelbeeld: meer gericht op specialistische geneeskunde dus. De uitgaven in de psychiatrische instellingen zijn in Vlaanderen veel hoger dan in Franstalig België.

Gemiddelde uitgaven/inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Klinische Biologie	116,56	112,73	123,21	117,64	1,09	1,04
Medische beeldvorming	102,85	97,14	114,22	99,59	1,18	1,03
Medicamenten officina	255,98	249,68	267,26	226,24	1,07	0,91

Er is een relatieve overconsumptie voor labo-onderzoeken in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen. Deze overconsumptie is nog groter voor de medische beeldvorming. De uitgaven in Brussel liggen dicht bij het

¹³ Bron: Medisch verbruik vanuit geografisch perspectief: Variaties in de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in België, Gegevens 2009. RIZIV 2012.

ationale gemiddelde. In Wallonië zijn de uitgaven voor medische beeldvorming 20% hoger dan in Vlaanderen. De uitgaven voor geneesmiddelen buiten de ziekenhuizen zijn het laagst in Brussel.

Gemiddelde uitgaven/inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Verpleegdagprijs Ziekenhuizen	367,84	357,25	371,67	420,02	1,04	1,18
Honoraria Verpleegkundigen	94,43	103,66	41,88	93,17	0,40	0,90

De kost voor het verblijf in de ziekenhuizen is het laagst in Vlaanderen. Dit is waarschijnlijk het resultaat van de kortere gemiddelde verblijfsduur. Het is opvallend dat de uitgaven voor de honoraria van de verpleegkundigen in Vlaanderen hoog zijn. Dit kan verklaard worden door de meer uitgebouwde thuiszorg in Vlaanderen oa. in functie van de kortere ziekenhuisopnames.

Analyse van RIZIV gegevens met betrekking tot de uitgaven in de Geneeskundige Verzorging toont globaal een hogere consumptie in Wallonië in een aantal sectoren: honoraria specialisten, klinische biologie, medische beeldvorming en geneesmiddelen (officina's). Vooral de honoraria van de specialisten en de medische beeldvorming vallen op. Behalve voor de honoraria huisartsen toont Vlaanderen in deze sectoren een relatieve onderconsumptie. Hogere uitgaven in Vlaanderen worden anderzijds gevonden voor de sector psychiatrie en (thuis)verpleging. Brussel scoort vooral hoog voor de honoraria specialisten. Het bestaande beeld dat de geneeskunde in Franstalig België meer gericht is op ziekenhuisgeneeskunde en dat Vlaanderen een meer huisartsgerichte geneeskunde heeft met een beter uitgebouwde eerstelijns en thuisverzorging wordt bevestigd.

4. Tussen Noord en Zuid bestaan performantieverschillen.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft de performantie van de Belgische gezondheidszorg geevalueerd in een reeks studies op basis van Health System Performance Assessment (HSPA) indicatoren¹⁴. De meest recente studie op HSPA gebaseerd werd in 2024 voorgesteld¹⁵. We beperken ons tot drie domeinen waarvoor regionale gegevens gerapporteerd werden: doeltreffendheid van zorg, veiligheid van zorg en zorgcontinuïteit.

Een globale beoordeling van de doeltreffendheid van zorg kan gedaan worden aan de hand van vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid en vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem. De vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid schat het aantal overlijdens dat had kunnen vermeden worden door een beter preventief beleid. De vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem schat het aantal overlijdens dat had kunnen vermeden worden door tijdige en effectieve zorg (secundaire preventie en curatieve gezondheidszorg).

¹⁴ Health System Performance Assessment (HSPA) is een door de Wereldgezondheidsorganisatie gebruikte methode om de gezondheidssystemen van landen te vergelijken.

¹⁵ S Gerkens, M Lefèvre, N Bouckaert, M Levy, C Maertens de Noordhout, C Obyn, C Devos, A Scohy, A Vlayen, H Yaras, C Janssens, P Meeus. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 376A. D/2024/10.273/42.

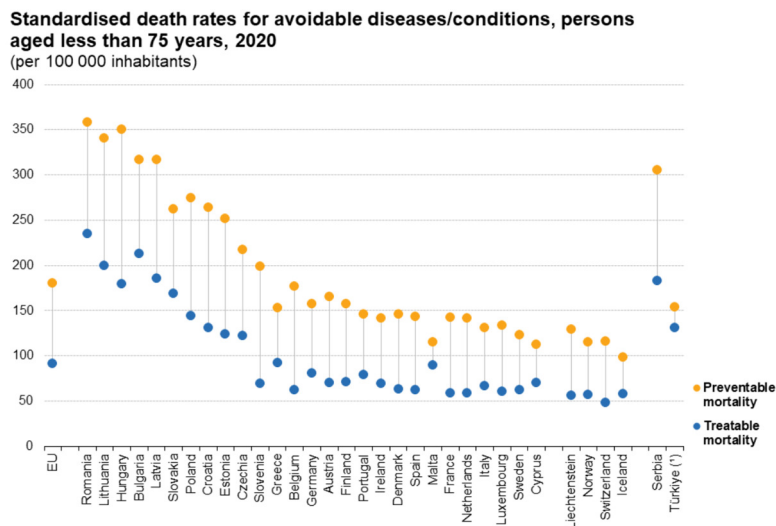


Fig 4. Vermijdbare sterfte internationale vergelijking (overlijdens per 100000 inwoners). Bron: Eurostat.

In vergelijking met de buurlanden scoort België eerder matig wat betreft het resultaat van preventie. Binnen België is het resultaat van primaire preventie voor Vlaanderen duidelijk gunstiger dan voor Wallonië en Brussel: de vermijdbare sterfte is ongeveer 50% hoger in Wallonië dan in Vlaanderen, in Brussel ongeveer 40%. Bij mannen (jonger dan 75) zijn de belangrijkste doodsoorzaken die door aangepast preventiebeleid voorkomen hadden kunnen worden longkanker, hartaandoeningen en zelfmoord. Bij vrouwen (jonger dan 75) zijn de belangrijkste doodsoorzaken longkanker, borstkanker en hartaandoeningen.

n/100000 inw.	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/VL	Ratio Br/VL
Mannen	243,1	200,9	313,3	292,7	1,56	1,45
Vrouwen	113,8	96,0	144,6	127,3	1,50	1,33

Tabel. Vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid-preventie (2020) bron Statbel.

Deze resultaten geven aan dat in Wallonië en Brussel een ruime marge voor verbetering bestaat wat betreft preventieve gezondheidszorg. Tussen 2010 en 2019 is het aantal vermijdbare overlijdens langzaam verminderd. De verschillen tussen de regio's blijven echter bestaan. Voor 2020 werd een sterke stijging gerapporteerd, dit ten gevolge van de corona-pandemie. Deze stijging was groter in Brussel en in Wallonië, dit waarschijnlijk tengevolge van het beperktere succes van de vaccinatiecampaagnes in die regio's.

Figure 16 – Age-standardised preventable mortality rates among men, Belgium and regions, 2010-2020

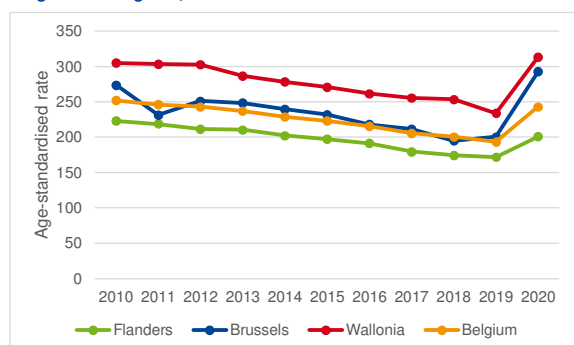


Figure 17 – Age-standardised preventable mortality rates among women, Belgium and regions, 2010-2020

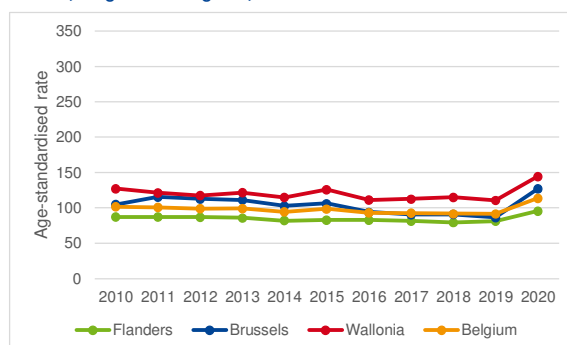


Fig 5. 10-jaars evolutie van de vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid (preventie). Bron Studie KCE 376As.

Het WIV/ISP¹⁶ bracht de regionale verschillen voor specifieke premature sterfte in kaart en stelde belangrijke verschillen vast. Volgende figuur toont de regionale verschillen in alcohol-gerelateerde premature sterfte, een domein waar preventie belangrijk kan zijn. Verschillen in socio-economische context en culturele gewoonten kunnen als mogelijke oorzaken aangehaald voor deze Noord-Zuid verschillen maar de studie verwijst ook naar verschillen in de benadering van de openbare gezondheidspolitiek met name het preventiebeleid.

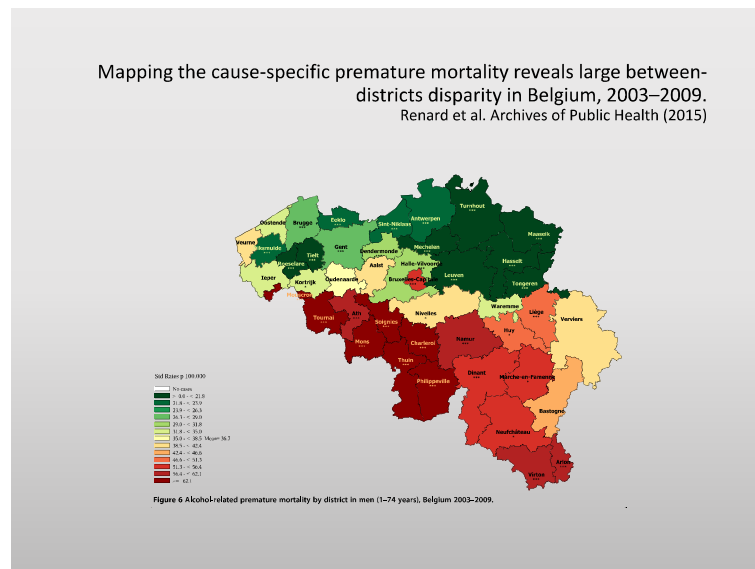


Fig 6. Regionale verdeling van alcohol-gerelateerde premature sterfte bij mannen tot 74 jaar.

Ook de cijfers voor **vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem** (curatieve zorg en secundaire preventie) zijn ongunstig in Wallonië en in Brussel. Globaal kan de ernst van de pathologie niet belangrijk verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië gezien het aantal verantwoorde bedden in de ziekenhuizen vergelijkbaar is. Er is dus een verschil in het resultaat van de medische praktijk. In internationale vergelijking scoort België goed (zie figuur p. 6) maar ook hier scoren Brussel en Wallonië beduidend slechter dan Vlaanderen.

n/100000 inw.	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Mannen	66,5	51,9	89,1	88,3	1,72	1,70
Vrouwen	59,5	55,2	78,1	71,8	1,41	1,30

Vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem, gemiddelde 2020. Bron: Statbel.

Ter illustratie van de Noord-Zuid verschillen wordt als voorbeeld diabetes-gerelateerde vroegtijdige sterfte genomen, een typische pathologie waarbij continuïteit van chronische zorg belangrijk is. De hogervermelde studie van het WIV/ISP toont ook hier belangrijke regionale verschillen met een Noord-Zuid patroon. Een betere begeleiding van chronische patiënten zou deze verschillen positief kunnen beïnvloeden.

¹⁶ WIV/ISP (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) nu Sciensano. Mapping the cause-specific premature mortality reveals large between-districts disparity in Belgium, 2003–2009. F. Renard, J. Tafforeau and P. Deboosere. Archives of Public Health (2015) 73:13.

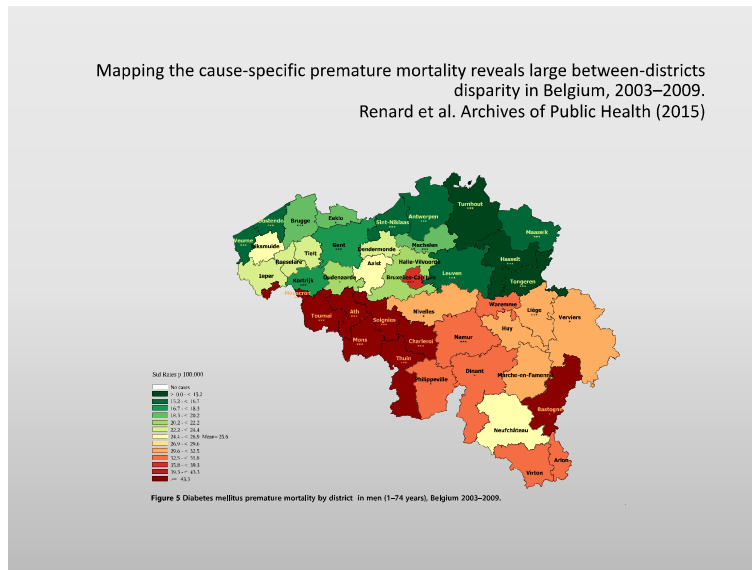


Fig 7. Regionale verdeling van diabetes-gerelateerde premature sterfte bij mannen tot 74 jaar.

Figure 20 – Age-standardised treatable mortality rates among men, Belgium and regions, 2010-2020

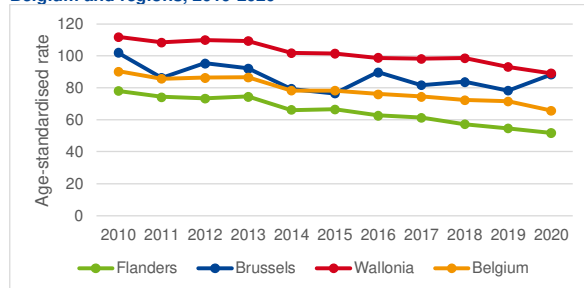


Figure 21 – Age-standardised treatable mortality rates among women, Belgium and regions, 2010-2020

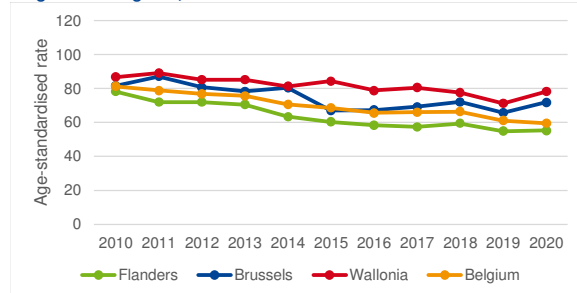


Fig 8. 10-jaars evolutie van de vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem. Bron KCE studie 376As.

Voor de twee types van vroegtijdige sterfte (preventieve en curatieve zorg) wordt een dalende trend vastgesteld (figuren 5 en 8). De daling in Vlaanderen bedraagt voor mannen en vrouwen respectievelijk 40% en 30%. Voor Wallonië is dit 20% en 25% en voor Brussel zelfs maar 16% en 6%. De regionale verschillen blijven dus bestaan. Als Wallonië en Brussel hetzelfde resultaat zouden behalen als Vlaanderen en gebaseerd op de gegevens van 2019 zou de vermijdbare sterfte afnemen met in totaal ongeveer 6130 personen per jaar: 5309 sterftes per jaar in Wallonië en 822 per jaar in Brussel.

Doeltreffendheid van zorg		België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Sterfte binnen 30 dagen na hartinfarct (opname %) (bron MZG 2021)		5,8	5,1	6,7	6,6	1,3	1,3
Sterfte binnen 30 dagen na isch. beroerte (opname %) (bron MZG 2021)		8,6	8,1	9,3	9,4	1,1	1,2
Sterfte binnen 30 dagen na colon- of rectumoperatie (opname %) (2011-2020)	Colon	3,7	2,9	4,8	5,3	1,7	1,8
	Rectum	2,0	1,7	2,6	2,7	1,5	1,6
Sterfte binnen 90 dagen na colon- of rectumoperatie (opname %) (2011-2020)	Colon	6,4	5,3	8,1	9,3	1,5	1,7
	Rectum	4,0	3,5	4,8	4,9	1,4	1,4

Bron: Kankerregister, Minimale Ziekenhuisgegevens (FOD Volksgezondheid).

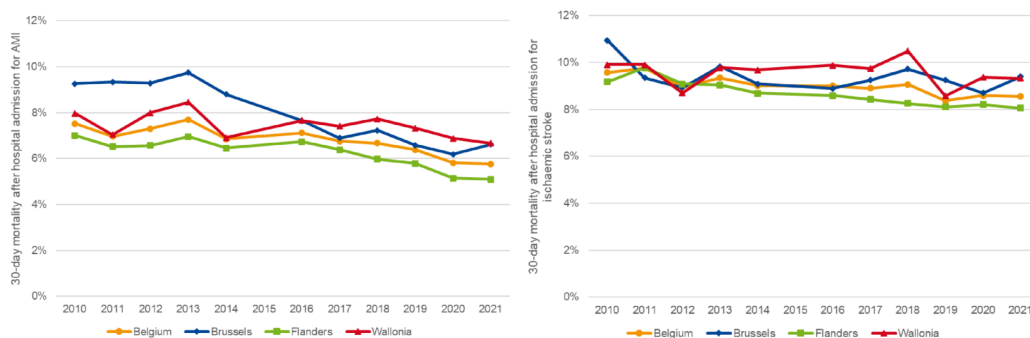


Fig 9. 10-jaars evolutie van de sterfte binnen 30 dagen na hartinfarct en na ischemische beroerte (% ziekenhuisopname opname). Bron KCE studie 376As.

Deze resultaten tonen voor een aantal belangrijke pathologiën een duidelijk verschil in overleving na opname in een ziekenhuis tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië. De 10 jaars-evolutie toont ook hier dat de verschillen tussen de regio's blijven bestaan.

Veiligheid van zorg	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
MRSA besmetting (/1000 ZH verblijven) (bron Sciensano 2021)	0,3	0,1	0,6	0,4	6	4
Longembool of DVT na knie- of heupoperatie (n/100000 ontslagen) (bron MZG 2014)	352	247	498	576	2,02	2,33
Doorligwonden in ziekenhuizen (% hospitalisaties) (bron FRKVA 2012)	5,1	4	7,7	5,9	1,93	1,48

Bron: Sciensano, Minimale Ziekenhuisgegevens (FOD Volksgezondheid), Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit.

De kwaliteit van de verpleegkundige verzorging wordt oa. weergegeven door de frequentie waarmee, wegens onvoldoende handhygiëne, MRSA (de ziekenhuisbacterie) overgedragen wordt van patiënt tot patiënt. MRSA besmettingen komen, ondanks een geleidelijke daling in alle regio's, in Wallonië 6 maal zoveel voor als in Vlaanderen en in Brussel 4 maal zoveel als in Vlaanderen. Voor longembolie en diepveneuze trombose scoort Vlaanderen beter dan het Europese gemiddelde (EU15 gemiddelde: 401 verwickelingen/100000 ontslagen). Wallonië en Brussel doen het beduidend slechter. Een tweede indicator is de frequentie van doorligwonden bij bedlegerige patiënten. Het percentage ernstige doorligwonden bij gehospitaliseerde patiënten is in Wallonië bijna dubbel zoveel als in Vlaanderen. Brussel scoort iets beter dan Wallonië.

Zorgcontinuïteit: Levensende	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Palliatieve zorg (% kankerpatiënten, 2020)	57	62	50	49	0,80	0,79
Chemotherapie in laatste 14 dagen (% terminale patiënten 2020)	11	9	12	11	1,33	1,22

Bron: Kankerregister, Intermutualistisch Agentschap (IMA).

In Vlaanderen wordt ruimer gebruikt gemaakt van palliatieve zorg. De indicator "chemotherapie in de laatste 14 dagen" illustreert anderzijds therapeutische hardnekkigheid. In Wallonië wordt bij een groter deel van de kankerpatiënten doorgedaan met chemotherapie tot kort voor het overlijden, hetgeen medisch gezien waarschijnlijk niet erg zinvol is.

Het besluit kan alleen maar zijn dat voor meerdere indicatoren er ruimte voor verbetering is in Wallonië en Brussel met name in het preventiebeleid en voor een aantal HSPA indicatoren in de domeinen gepastheid van zorg, veiligheid van zorg en zorgcontinuïteit.

5. De spanning tussen institutionele solidariteit en responsabilisering.

Belangrijke verschillen tussen Vlaanderen en Franstalig België werden vastgesteld: de onevenwichtige uitbouw van het ziekenhuislandschap, de verschillende benadering van gezondheidszorg zoals aangetoond via de uitgavenprofielen, de performantiever verschillen met betrekking tot doeltreffendheid van zorg, veiligheid van zorg en zorgcontinuïteit en de verschillen in de benadering van de brede gezondheidspolitiek (preventieve geneeskunde). Het is opvallend dat er daarnaast ook in het gezondheidszorgsysteem performantiever verschillen bestaan tussen Noord en Zuid. Verbetering van efficiëntie en van kwaliteit zijn dan ook belangrijk om de financiële uitdagingen in de gezondheidszorg het hoofd te bieden. Daarnaast dient de verdeling van bevoegdheden, de fragmentatie van zorg en preventie, de trage overleg- en beslissingsprocessen en de tekorten aan zorgverleners vermeld te worden. Ook de kostenevolutie en de vergrijzing vormen een toenemend probleem. Het gezondheidszorgbudget zal steeds meer onder druk komen door de evolutie van de medische technologie en nieuwe farmaceutische producten. Door deze toenemende druk op het gezondheidszorgbudget dreigt de solidaire toegankelijkheid problematisch te worden.

In een solidair gezondheidszorgsysteem worden de kosten gedragen door een gemeenschappelijk budget, onafhankelijk van de gezondheidsstatus en zonder premie-differentiatie. Iedereen draagt bij volgens draagkracht via de bijdragen voor de sociale zekerheid. Dit **interpersoonlijke solidaire systeem** staat echter onder druk door de toename van het aandeel persoonlijke uitgaven, de kosten van de vergrijzing, de stijgende uitgaven door de medico-technologische ontwikkelingen en de tekorten in de staatsbegroting. Een keuze zal moeten gemaakt worden: ofwel stijgt het aandeel van de persoonlijke uitgaven, waardoor het solidariteitsprincipe afbrokkelt, ofwel zal een efficiëntere organisatie noodzakelijk zijn. Het is dan ook belangrijk na te denken hoe we de efficiëntie en de kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem kunnen optimaliseren.

De **institutionele solidariteit** tussen de Gemeenschappen (transfers) is een tweede solidariteitsmechanisme. Niet zozeer grote globale consumptiever verschillen in de gezondheidszorg tussen Vlaanderen en Franstalig België maar ongelijkheden in de bijdragen tot de sociale zekerheid, veroorzaakt door de lage tewerkstellingsgraad in Wallonië, leggen druk op de solidariteit. Deze institutionele solidariteit steunt op een maatschappelijk draagvlak dat echter bedreigd wordt door onvoldoende transparantie en verschillen in performantie. Er bestaan een aantal recente studies in verband met de Noord-Zuid transfers, studies die werden uitgevoerd zowel door Nederlandstalige als Franstalige onderzoekers¹⁷.

Jaar	Auteur	Instituut	Transfer N/Z (miljard euro)
2011	G. Jennes	VIVES KU LEUVEN	6,167
2011	H. Deweerdt	AK-VSZ	8,028
2012	C. Ernalsteen	CERPE	7,8
2016	E. Dor	IESEG	6,318
2017	H. Devillé	CEG	8,564
2019		NAT. BANK BELGIË	6,2
2021	A.Decoster + W.Sas	KU-LEUVEN	7,27

De studie van de professoren Decoster en Sas van het Departement Economie, KULeuven^{18,19} betreft de periode 2000 tot 2020. De Noord-Zuid transfers voor 2021 werden geraamd op 7,27 miljard Euro (ongeveer 1,4 % van het bbp). Deze transfers lopen via de Sociale Zekerheid, de Federale Begroting en via dotaties en zijn in de loop der jaren ongeveer constant gebleven. Dezelfde studie toont aan dat de transfers in de pensioensector de laatste 20 jaar afnamen (door veroudering van de bevolking in Vlaanderen) terwijl de transfers in de sector ziekte en invaliditeit toenamen. Wallonië is steeds netto de ontvangende deelstaat. Naast deze traditionele transfers wordt nog een vierde kanaal beschreven: de rentelasttransfers die ontstaan door betaling van de rentelast op

¹⁷ 3 studies uit Vlaanderen (G. Jennes, VIVES, H. Deweerdt, AK-VSZ, A. Decoster en W. Sas, KU LEUVEN), 1 van de Nationale Bank van België en 3 Franstalige (C. Ernalsteen, CERPE en H. Devillé, Centre d'Etudes Jacques Georgin en E. Dor, IESEG School of Management Lille France).

¹⁸ André Decoster, Willem Sas 2017. Interregionale Financiële Stroom in België: 2000-2020. KULeuven, Departement Economie.

¹⁹ Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken 2020. Interregionale Financiële Stroom in België Monitor-Update 2000-2024. Brussel, Vlaamse Overheid.

de landelijke schuld, doch sommige auteurs bediscussiëren deze berekeningsmethode. In een wat oudere studie werd deze transfer berekend op 3,85 miljard € in 2005²⁰.

Jaar	Auteur	Instituut	Transfer N/Z (miljard euro)
2005	R. Vermeiren	In de Warande	3,850

Geldstroom uit Vlaanderen via het 4^{de} kanaal.

Als de transfers in de gezondheidszorg zouden stoppen, zou Vlaanderen een financiële marge krijgen om de hiervoor vermelde uitdagingen te kunnen opvangen. Franstalig België zou in een overgangperiode gestimuleerd kunnen worden om efficiënter te werken: meer aandacht voor preventie, efficiëntere organisatie van het medisch en paramedisch werkveld, meer rationele uitbouw van het ziekenhuislandschap, ...

6. Het toekomstige Vlaams Gezondheidsbeleid: uitgangspunten en VAV-standpunt.

Uitgangspunten

Bijzondere wet tot hervorming van de instellingen van 8 augustus 1980: Het gezondheidsbeleid werd door de Bijzondere wet tot hervorming van de instellingen van 8 augustus 1980 toegewezen aan de Gemeenschappen weliswaar met meerdere uitzonderingen.

Resoluties Staatshervorming van het Vlaams Parlement op 3 maart 1999: Resolutie nr. 4 betreffende het tot stand brengen van meer coherente bevoegdheidspakketten in de volgende staatshervorming: Het Vlaams Parlement aanziet het tot stand brengen van meer coherente bevoegdheidspakketten dan ook als een prioritaire doelstelling van de volgende staatshervorming. Dit impliceert inzonderheid het volgende: *§2 de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid betreffende het volledige gezondheids- en gezinsbeleid moeten integraal naar de deelstaten worden overgeheveld, dus onder meer met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen (kostencompenserende regelingen). Daarbij moeten de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de vrije keuze bekomen om toe te treden tot het stelsel van de deelstaat Vlaanderen of van de Franstalige deelstaat, dat telkens zowel een regeling voor de inkomsten als voor de uitgaven bevat.* Deze resolutie werd op 3 maart 1999 met een grote meerderheid goedgekeurd in het Vlaams Parlement.

Bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming 6 januari 2014, Hfst II. art 6: De uitzonderingen zoals bepaald in de Bijzondere wet tot hervorming van de instellingen van 8 augustus 1980 werden in de bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming aangepast. Elk voorontwerp of voorstel van decreet wordt voor verslag voorgelegd aan de algemene vergadering van het Rekenhof zodat het de gevolgen op korte en lange termijn op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid kan evalueren.

Volgende bevoegdheden blijven federaal:

- de organieke wetgeving, met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten (dwz. onderdelen A1 en A3 van het Budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen);
- de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;
- de basisregelen betreffende de programmatie;
- de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.
- de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de nationale maatregelen inzake profylaxis.

Werden overgedragen aan de gemeenschappen:

- het beleid betreffende de verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen;
- het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in ouderinstellingen;
- het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie;
- het beleid inzake long term care revalidatie;
- de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn;
- wat betreft de gezondheidszorgberoepen: a) hun erkenning met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsvoorwaarden; b) hun contingentering, rekening houdende, in voorkomend geval, met het globale aantal dat de federale overheid per gemeenschap jaarlijks kan vastleggen voor de toegang van elk van de gezondheidszorgberoepen;
- de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, evenals alle initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg.

²⁰ Van Gompel, J. (2005), "Een denkoefening over regionale schuldplitsing in België." en "In de Warande". nov. 2005 "Manifest voor een zelfstandig Vlaanderen in Europa".

De bevoegdheden met betrekking tot de preventieve gezondheidszorg, de eerstelijnszorg, de ziekenhuizen, chronische zorg en revalidatie werden in ruime mate aan de Gemeenschappen overgedragen. De ziekte- en invaliditeitsverzekering en dus ook het budget bleef een Federale bevoegdheid. De resolutie van het Vlaams Parlement op 3 maart 1999 stelde echter dat de volledige financiering zou overgedragen worden. Tijdens deze 6^{de} staatshervorming werd het gezinsbeleid en een deel van het gezondheidsbeleid, goed voor naar schatting 13,4 % van het RIZIV-budget, gedefederaliseerd. De overdracht van de delen A1 en A3 van het Budget Financiële Middelen (BFM) voor de ziekenhuizen kan geschat worden op ongeveer 8,5% van het totaal BFM. Vastgesteld wordt dat de infrastructuurbevoegdheden en -kosten naar de Gemeenschappen overgedragen werden maar dat de werkingskosten voor de ziekenhuisactiviteit en de programmatie Federaal gebleven zijn. Dergelijke heterogene bevoegdheidsverdeling is niet bevorderend voor een efficiënt beleid.

Standpunt van het Vlaams Artsenverbond.

Sinds 1980 is de Vlaamse Gemeenschap in principe bevoegd voor het gezondheidsbeleid in en buiten de verplegingsinrichtingen, met meerdere uitzonderingen, en in feite bevoegd voor de gezondheidsopvoeding en de preventie.

Sinds 1999 ijvert het VAV voor de communautarisering van het gezondheids- en gezinsbeleid. Dat betekent toewijzing van het beleid aan de Vlaamse en Franse Gemeenschap: daardoor bekomen de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de vrije keuze om toe te treden tot het stelsel van de deelstaat Vlaanderen of van de Franstalige deelstaat. Communautarisering staat in tegenstelling tot regionalisering, waarbij de bevoegdheid zou toegekend worden aan de gewesten. Het VAV kiest voor communautarisering omdat het de band tussen de Vlamingen in Brussel en Vlaanderen niet wil doorknippen. Verder eist het VAV sinds 1999 normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid voor het volledige gezondheidsbeleid en gezinsbeleid.

Tijdens de 6^{de} staatshervorming werd het ganse gezinsbeleid en een deel van het gezondheidsbeleid, goed voor naar schatting 13,4 % van het RIZIV-budget, gedefederaliseerd. Doch voor Brussel ging het overgehevelde budget voor het gezondheidsbeleid voor 77,8 % naar de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), die in feite een structuur van het Brussels Gewest is en slechts voor 22,2 % naar de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) en de Commission Communautaire Française (Cocof). De bevoegdheid voor het gezinsbeleid werd zelfs integraal overgeheveld naar de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), zodat de Vlaamse Gemeenschap voor de Vlamingen die in de hoofdstad Brussel wonen buiten spel wordt gezet.

De financiering van de tijdens de 6^{de} staatshervorming overgehevelde bevoegdheden gebeurt, in tegenstelling met resolutie 4 van het Vlaams Parlement op 3 maart 1999, in hoofdzaak op basis van dotaties. De nomenclatuur in de ziekteverzekering is volledig federaal gebleven, eveneens in tegenstelling met vermelde resolutie²¹. Ondanks de 6^{de} staatshervorming blijft het VAV staan achter de eisen geformuleerd in vermelde resolutie nr. 4 van het Vlaams Parlement op 3 maart 1999.

Tenslotte is het VAV akkoord dat de Vlaamse Gemeenschap na de splitsing van de gezondheidszorg bereid blijft tot een onderhandelde solidariteit met Wallonië in de vorm van een tijdelijk financieel hulplan in een overgangsfase. De voorwaarden zijn: resultaatsverbintenis inzake de Waalse werkzaamheidsgraad, degressiviteit van het hulplan in de tijd, en eerbiediging van de federale communautaire afspraken door de Franse Gemeenschap²².

Alternatief voorstel: een stapsgewijze benadering.

In de zesde staatshervorming is de decentralisatie van het gezondheidsbeleid reeds in belangrijke mate overgedragen aan de Gemeenschappen. Centraal gebleven zijn in essentie de organieke wet (de centrale regelgeving dus), de programmatie en het grootste deel van de financiering. De volgende stap is dan ook om de financiering verder te decentraliseren. Een laatste stap is dan de maximale decentralisatie door ook de organieke wet en programmatie te splitsen om tot homogene bevoegdheden te komen wat zou meebrengen dat ook de administratie en de overlegstructuur gesplitst worden.

²¹ Gui Celen, Jürgen Constandt e.a.: Wat is het Vlinderakkoord? In "Uw Vlaamse sociale zekerheid na de zesde staatshervorming?" Aktiekomitee voor een Vlaamse Sociale Zekerheid, april 2014.

²² Eric Ponette: Politieke Actualiteit – Naar een communautarisering van de Gezondheidszorg en een Vlaamse Sociale Zekerheid, Vlaams Artsenverbond, Periodiek: jan-feb-maa 2017, p. 13 – 17.

- Fase 1: De huidige situatie heeft, zoals aangetoond, niet alleen tot performantieverschillen geleid maar ook tot kwaliteitsverschillen. In het kader van de toekomstige budgettaire uitdagingen en om een globale efficiëntie en kwaliteitsverbetering na te streven kan een voorwaardelijke solidariteit als hefboom gebruikt worden. Voorgesteld wordt dat voor elke Gemeenschap jaarlijks een eigen deelbudget van de sociale zekerheid vastgelegd zou worden in de vorm van federale dotaties.
- Fase 2: Decentralisatie van de financiering: het budget wordt bepaald op basis van de bijdragen van de Gemeenschappen en wordt zo nodig aangevuld met een solidariteit, gebaseerd op afgesproken doelstellingen en met een tijdsperspectief. Deze solidariteit heeft dus een voorwaardelijk aspect (te bereiken kwaliteits- en performantiedoelen) en wordt transparant georganiseerd. Bepalen tot welke Gemeenschap iemand behoort kan gebeuren op basis van de woonplaats. Voor het Hoofdstedelijk Gewest kan dit gebeuren op basis van de gemeenschapskeuze via de inschrijving in het ziekenfonds. Het voordeel is dat dit voor het Hoofdstedelijk Gewest een eenvoudige oplossing is, een nadeel is dat de verzuiling hierdoor verankerd wordt.
- Fase 3: Om naar een volledige splitsing te evolueren zouden ook de “administratieve diensten” gescheiden moeten worden. Het voordeel is dat een gelijkwaardige uitgangspositie ontstaat om solidariteitsaspecten en responsabilisering te onderhandelen. Nadeel is dat er een divergentie dreigt te ontstaan. Gezien de ervaringen in Scandinavische landen²³ blijft best een centrale administratieve coördinatie bestaan in functie van regelgeving, programmatie, tariefbepaling, De Federale Overheidsdienst en RIZIV dienen wel hervormd te worden omdat de Gemeenschappen hun politieke controle moeten kunnen uitoefenen. Een hervorming van FOD en RIZIV met een duidelijke inbreng van de Gemeenschappen en parlementaire controle is dan noodzakelijk.

Dit gefaseerd voorstel tot hervorming van de gezondheidszorg voorziet in een volledig gesplitste financiering naar de Gemeenschappen voor het geheel van de gezondheidszorg. Om deze splitsing te realiseren is geen grondwetsherziening nodig. Het volstaat om aanpassingen te doen aan de voorvermelde bepalingen in de Bijzondere Wet tot hervorming van de instellingen van 8 augustus 1980.

Algemeen besluit.

Wegens de financiële uitdagingen en de budgettaire beperkingen zal een efficiëntere organisatie van de gezondheidszorg noodzakelijk zijn. De verdeling van bevoegdheden, de fragmentatie van zorg en preventie, de trage overleg- en beslissingsprocessen en de tekorten aan zorgverleners dienen uitdrukkelijk vermeld te worden. Ook de kostenevolutie en de vergrijzing vormen een toenemend probleem. Het gezondheidszorgbudget zal steeds meer onder druk komen door de evolutie van de medische technologie en nieuwe farmaceutische producten waardoor de solidaire toegankelijkheid problematisch dreigt te worden. Meer efficiëntie zal dus ook noodzakelijk zijn om een solidair systeem te behouden.

De verschillen tussen Vlaanderen en Franstalig België in het gezondheidsbeleid duiden een aantal performantie- en kwaliteitsproblemen aan. Een overzicht werd gegeven in verband met de onevenwichtige uitbouw van het ziekenhuislandschap, de verschillende benadering van gezondheidszorg zoals aangetoond via de uitgavenprofielen, de performantieverschillen met betrekking tot doeltreffendheid van zorg, veiligheid van zorg en zorgcontinuïteit en de verschillen in de benadering van de brede gezondheidspolitiek.

Een decentrale financiering wordt voorgesteld waarbij de reële bijdragen van elke Gemeenschap aan het Gezondheidszorgbudget toegewezen worden aan die Gemeenschap, gestuurd door een responsabiliseringsmechanisme: onderhandelde solidariteit binnen een afgesproken tijdskader en met te bereiken doelstellingen. Een gesplitste financiering van de gezondheidszorg hoeft dus geen verlies van solidariteit te betekenen.

²³ Saltman RB, Bankauskaite V. Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective. *Health Econ Policy Law*. 2006;1(Pt 2):127-147.