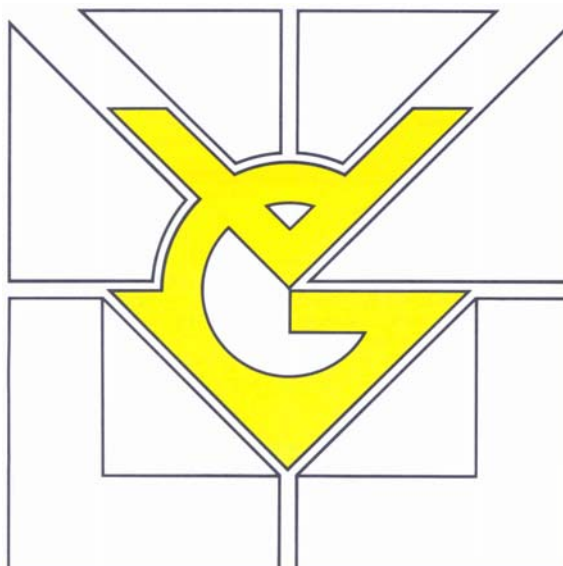


PERIODIEK - NIEUWSBRIEF
Vlaams Geneeskundigenverbond

57^{ste} Jaargang Tweemaandelijks Tijdschrift September-Oktober 2002 - Nr 5



**INTEGRATIE VAN PREVENTIEVE
EN CURATIEVE GENEESKUNDE**

**NAAR EEN VLAAMS
GEZONDHEIDSBELEID**

Verslagboek van het colloquium

zaterdag 14 september 2002

“De Schelp”, Vlaams Parlement

*in samenwerking met OVV
onder de auspiciën van het Verbond van Vlaamse
Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen v.z.w.*

*met steun van het Doktersgild Van Helmont
en van de Brusselse Huisartsen v.z.w.*

Afgiftekantoor: 2000 Antwerpen 1

INTEGRATIE VAN PREVENTIEVE EN CURATIEVE GENEESKUNDE NAAR EEN VLAAMS GEZONDHEIDSBELEID

<i>WELKOMSTWOORD - Prof. Dr. Eric Ponette</i>	3
<i>INLEIDENDE VOORDRACHTEN</i>	4
<i>Waarom integratie van preventie en verzorging op éénzelfde beleidsniveau ? (Dr. Bart Garmyn)</i>	4
<i>Waarom zijn de gemeenschappen het betere integratieniveau? (Dr. Dirk Dewolf)</i>	9
<i>Welke krachten houden integratie nog tegen? (Guy Tegenbos)</i>	14
<i>DISCUSSIE IN DRIE GROEPEN (Weergave van de geluidsbanden)</i>	22
<i>Waarom integratie van preventie en verzorging op éénzelfde beleidsniveau ? (Moderator: Dr. Milan Roex)</i>	22
<i>Waarom zijn de gemeenschappen het betere integratieniveau? (Moderator: Dr. Joost Rampelberg)</i>	30
<i>Welke krachten houden de integratie nog tegen? (Moderator : Prof. Dr. Luc Crevits)</i>	38
<i>VERSLAG VAN DE DRIE DISCUSSIEGROEPEN (Plenaire zitting)</i>	45
<i>Discussiegroep I: Waarom integratie van preventie en verzorging op éénzelfde beleidsniveau ? (Verslaggever: Dr. Chris Geens)</i>	45
<i>Discussiegroep II: Waarom zijn de gemeenschappen het betere integratieniveau? (Verslaggever: Dr. Robrecht Vermeulen)</i>	46
<i>Discussiegroep III: Welke krachten houden de integratie nog tegen? (Verslaggever: Dr. Robert de Beule)</i>	47
<i>SLOTTOESPRAAK - Dr. Jan Van Meirhaeghe</i>	49
<i>DEELNEMERS</i>	55
<i>VERONTSCHULDIGDEN</i>	58

WELKOMSTWOORD

Geachte Heer minister,
Geachte Mevrouw kabinetsmedewerker,
Geachte Heer Oud-minister-president,
Geachte politici uit meerderheids- en oppositiepartijen,
Geachte vertegenwoordigers van medische en paramedische verenigingen,
Geachte vertegenwoordigers van artsensyndicaten,
Geachte ziekenfondsvertegenwoordigers,
Goede Vrienden uit de Vlaamse Beweging,

In naam van de inrichtende verenigingen heet ik U allen welkom op dit colloquium.

In 1980 werden de Vlaamse en Franstalige Gemeenschappen door een Bijzondere Wet bevoegd voor het gezondheidsbeleid, de persoonsgebonden materie bij uitstek. De uitzonderingen die in de tekst opgesomd worden zijn echter zo talrijk en belangrijk dat het mooie principe sterk werd uitgehold: van de ganse gezondheidszorg bleven nagenoeg alleen de preventieve zorg en de gezondheidsopvoeding voor beide volksgemeenschappen over.

Uit de Vlaamse Beweging hebben we sindsdien, en vooral de laatste tien jaar, met veel geduld getracht onze politici te overtuigen van onze stelling dat de gemeenschappen ook bevoegdheid moeten krijgen over de curatieve gezondheidszorg, dit op basis van argumenten die te maken hebben met goed bestuur: namelijk het leggen van eigen klemtonen, een efficiënter onversnipperd beleid en een verantwoordelijker beleid.

Dat resulteerde in resolutie nr. 4 van het vorige Vlaams Parlement betreffende de staatshervorming en in het huidige Vlaamse regeerakkoord: in beide documenten wordt de eis vooropgesteld, dat het ganse gezondheidsbeleid een Vlaamse bevoegdheid moet worden. De bereidheid om een eigen gezondheidsnest te bouwen is dus aanwezig.

Intussen hebben Vlaamse artsen, zowel huisartsen als specialisten eigen verenigingen en structuren opgericht om vorm te geven aan de eigen klemtonen die ze willen leggen in de gezondheidszorg. Naast artsenverenigingen werden ook verenigingen van paramedici opgericht met dezelfde bedoeling.

Zo werd naarstig aan het gezondheidsnest gebouwd.

Doch het nest is niet af. Om het af te werken moeten de gemeenschappen ook bevoegd worden voor de curatieve gezondheidszorg. Daarvoor is een akkoord op federaal niveau nodig. Daarvoor doen we een beroep op U, Vlaamse politici. U kent de spreuk "Petit à petit, l'oiseau fait son nid". Doch we worden ongeduldig: vindt U 22 jaar (1980 tot 2002) ook niet wat lang ?

We zouden het nest graag klaar zien volgende zomer.

Een colloquium is een samenspraak.

Na het inleidend referaat door drie sprekers die de materie goed kennen, krijgt U zelf het woord in 3 parallelle discussiegroepen.

Prof. Dr. Eric Ponette

Voorzitter van het Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen (OVV)

Oud-voorzitter van het Vlaams Geneeskundigenverbond (VGV)



Waarom integratie van preventie en verzorging op éénzelfde beleidsniveau ?

Er werd mij gevraagd om in een kwart uurtje mijn argumenten naar voor te schuiven die pleiten voor een verregaande integratie van het beleid rond preventie en curatie. De gezondheidszorg vandaag ziet er reeds fundamenteel anders uit dan de gezondheidszorg in het (recente) verleden en belangrijke demografische wijzigingen zullen ervoor zorgen dat de gezondheidszorg er in de toekomst wellicht nog helemaal anders uit zal zien.

Internationale organisaties prijzen het huidige Belgische gezondheidssysteem als één van de meest performante in de wereld. Wij blijken in staat om aan onze bevolking een kwalitatief hoogstaande geneeskunde te bieden aan een relatief lage kostprijs. Vandaag dienen echter belangrijke keuzes gemaakt te worden om in de toekomst diezelfde service te kunnen bieden aan een steeds verouderende bevolking. De demografische evolutie zal de vraag naar gezondheidszorg immers spectaculair doen toenemen. Er is enerzijds nog steeds sprake van een stijgende levensverwachting, (per jaar wordt de Vlaming gemiddeld een seizoen ouder). Anderzijds blijkt het aantal geboortes nog steeds te dalen. Er zijn dus steeds meer oudere mensen in Vlaanderen, zowel in relatieve als in absolute cijfers. Oudere mensen hebben duidelijk meer behoefte aan gezondheidszorg dan jongere mensen.

Gezondheidseconomen beamen dat er binnen de Belgische geneeskunde sprake is van een aanbod geïnduceerde vraag. Hoe sterker het aanbod aan diagnostische en therapeutische middelen hoe frequenter er gebruik van wordt gemaakt. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat dit aanbod in de toekomst nog spectaculair zal stijgen.

De demografische evolutie en de evolutie in de geneeskunde voorspellen dus een exponentiële stijging van de kosten voor gezondheidszorg. Het betaalbaar houden van deze uitgaven in de toekomst betekent dus een belangrijke uitdaging voor beleidsverantwoordelijken.

Niet alleen de bevolking verandert, ook de pathologie waar artsen mee worden geconfronteerd wijzigt. De belangrijkste doodsoorzaken zijn al lang geen infectieziekten meer maar de zogenaamde "beschavingsziekten" zoals kanker en cardiovasculaire aandoeningen. Terecht wijst de WGO op het feit dat in de Westerse wereld de zogenaamde psychosociale aandoeningen wellicht één van de belangrijkste ziekteproblemen vormen in de 21^{ste} eeuw. Nieuwe ziekten vragen een andere aanpak waarbij de nadruk van medico-technische geneeskunde wellicht zal verschuiven naar een meer holistische aanpak met meer aandacht voor welzijn en welbevinden. Een fundamentele aanpak van deze "beschavingsziekten" betekent dat de nadruk ook meer op preventie zal liggen dan op curatie.

Mijn inziens kan je deze uitdaging niet aan zonder te werken aan een verregaande integratie van preventie en curatie. Je kan derhalve geen goed beleid voeren als je preventie en curatie artificieel uit elkaar haalt. Het is de taak van de overheid om een keuzes te maken welk soort van gezondheidszorg deze maatschappij wenst. Een goed bestuurder moet duidelijk afwegen wat hij met het beschikbare geld wil doen. Kies je voor een sterke technische geneeskunde met hoogstaande diagnostiek en behandeling of kies je voor een gezondheidszorg die erop gericht is om preventief gezondheidsschade zo veel mogelijk te voorkomen of belangrijke gezondheidsproblemen uit te stellen.

Een gezondheidsbeleid dient steeds voor een stuk uitgewerkt op het departement sociale zaken. In de toekomst dient mijns inziens ook de rol van een departement volksgezondheid zwaarder te gaan wegen om keuzes te maken in het aanbod van preventieve, diagnostische en therapeutische middelen.

Preventie als onderwerp gaat veel breder dan ziektepreventie als dusdanig en ook breder dan gezondheids promotie. De grote “hygiënisten” uit het begin van de 20^{ste} eeuw hebben zeker bijgedragen aan de stijging van de levensverwachting. Een goede waterzuivering en een primaire rioleringsstelsel hebben evenveel bijgedragen tot het terugdringen van de sterfte aan infectieziekten als het introduceren van antibiotica. De aanpak van het milieu zoals het terugdringen van nitraten in de voedingsbodem (nitrosamines) of het terugdringen van de luchtvervuiling (polyaromatische koolwaterstoffen, dioxines en roetdeeltjes van dieselmotoren), zijn in deze eeuw wellicht even belangrijk in het voorkomen van kankerdoden dan een vroegopsporing van borstkanker of cervixkanker. Andere “preventieve” factoren die bijdragen tot de volksgezondheid vinden we in de voedselveiligheid, de verkeersveiligheid, de misdaadpreventie, het medisch verantwoord sporten, de creatie van veilige arbeidssituaties etc.

Artsen denken bij preventie echter spontaan aan de term “ziektepreventie”. Deze term kunnen we opsplitsen in de zogenaamde primaire, secundaire en tertiaire preventie. De “primaire preventie” is het vermijden dat de ziekte ontstaat. Typevoorbeeld is een medische act zoals vaccinatie of behandeling van hypercholesterolemie. Alle initiatieven op het vlak van gezondheids promotie en de bevordering van gezond gedrag horen eveneens thuis binnen de “primaire preventie”. Deze vorm van preventie overstijgt dus de strikt biomedische invalshoek. Onder de term “secundaire preventie” verstaan wij de preventieve maatregelen die vermijden dat een ziekte fataal eindigt. Voorbeelden zijn de vroegopsporing van kanker door mammografische screening en de vroegtijdige opsporing en behandeling van diabetes. “tertiaire preventie” ten slotte is het vermijden dat complicaties optreden wanneer de ziekte uiteindelijk toch is opgetreden. Een klassiek voorbeeld is de wondverzorging van een diabetische voet.

Nadelen verbonden aan gebrekkige integratie van preventie en curatie

Gebrekkige communicatie :

Op dit ogenblik zijn tal van actoren actief op het vlak van preventie en curatie. Er bestaat echter een gebrekkige communicatie tussen verschillende actoren op het veld.

Een mooi voorbeeld zien we in het vaccinatiebeleid: basisvaccinaties worden aangeboden via consultatiebureau’s van kind en gezin, via pediaters en via huisartsen. Tijdens de schoolperiode volgen de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) kinderen op en vaccineren zo nodig risicogroepen en risicopersonen. Er is weinig of geen directe communicatie tussen huisarts en pediater, Kind & Gezin en CLB. Tijdens de actieve loopbaan worden arbeiders en bedienden opgevolgd door bedrijfsartsen en externe preventiediensten. Ook hier is er weinig communicatie met de curatieve geneeskunde met betrekking tot vaccinaties en risicofactoren. Op geen enkel niveau is er een aanzet voor het opzetten van een centrale databank of register met aggregatie van de gegevens voor wetenschappelijke en epidemiologische verwerking.

Een ander voorbeeld is de gebrekkige opsporing beroepsziekten.

Tijdens de actieve loopbaan staat elke werknemer onder toezicht van een externe preventiedienst en is de arbeidsgeneesheer verantwoordelijk voor het vroegtijdig opsporen van beroepsziekten. Zelden zijn de gegevens uit de risicoanalyse van de arbeidsgeneesheer beschikbaar voor de curatieve geneeskunde. De gevolgen van een blootstelling aan bepaalde risicofactoren komen vaak echter tot uiting als de arbeidsovereenkomst van een werknemer geschorst is wegens ziekte of zelfs wanneer betrokkene op pensioen is. Op dat ogenblik is er echter geen contact meer met de arbeidsgeneesheer die de link kan leggen met de relatie tussen de ziekte en de blootstellingsgegevens uit het verleden.

Gebrek aan taakafspraken en aan richtlijnen voor “Evidence Based Prevention”

Een ander nadeel is een gebrek aan richtlijnen voor “Evidence Based Prevention”. Het is duidelijk dat schaarse middelen enkel kunnen worden aangewend voor doelstellingen waarvan het nut zwart of wit bewezen is. Hiertoe dienen duidelijk richtlijnen uitgewerkt. Dit vraagt eveneens om duidelijke taakafspraken tussen verschillende beroepsgroepen en specialismes. Vandaag is er immers een gebrek aan coördinatie van de werkzaamheden op preventief vlak.

Onduidelijkheid met betrekking tot de financiering en de versnippering van de financiering

Ten slotte is er grote onduidelijkheid over de financiering van secundaire preventieve acties

Een mooi voorbeeld is de organisatie van de borstkankerscreening. Er was een heus protocolakkoord noodzakelijk tussen 4 verschillende regeringen om het mogelijk te maken dat RIZIV-geld werd aangewend voor georganiseerde screening

In principe zijn alle preventietaken een gemeenschapsbevoegdheid, en behoort de organisatie van de preventie tot het bestuurlijk organisatieniveau van de Vlaamse gemeenschap. Sinds de jongste fase van de staatshervorming zijn de Gemeenschappen immers exclusief bevoegd voor de preventieve zorg voor de gezondheid.

De verdeelde beleidsbevoegdheden op het vlak van gezondheidszorg in ons land spelen de gezondheidspromotie en de ziektepreventie parten. Preventieve gezondheidszorg en gezondheidspromotie zijn een Vlaamse bevoegdheid, maar aspecten als voedselveiligheid, ziekteverzekering en arbeidsgeneeskunde behoren tot de federale beleidsmaterie.

Alles wat de financiering betreft van de gezondheidszorg is tot op heden een federale bevoegdheid. De Vlaamse gemeenschap heeft geen enkele inspraak in de verdeling van de middelen die federaal worden vrijgemaakt voor gezondheidszorg. De organisatie van de veiligheid en gezondheid op het werk wordt eveneens bepaald door het Federaal ministerie van Arbeid en Tewerkstelling. De Vlaamse overheid heeft weinig of geen inspraak in de regelgeving met betrekking tot de werking en de financiering van bijvoorbeeld externe preventiediensten. (vroegere interbedrijfsgeneeskundige diensten). Nochtans is het takenpakket van deze diensten duidelijk preventief, en behoort deze bevoegdheid tot de Vlaamse gemeenschap.

Bovendien zijn er heel wat aspecten die een impact hebben op de gezondheid, maar waarvan de beleidsbevoegdheid onder een andere sector ressorteert, zoals onderwijs, milieu of economische zaken. Interministerieel overleg en afstemming tussen de verschillende beleidsniveau's wordt dan ook als een noodzaak aangevoeld.

De versnippering van bevoegdheden leidt ook tot een versnippering van de beschikbare middelen voor gezondheidspromotie en ziektepreventie. Die middelen zijn in vergelijking met andere landen nochtans al zeer beperkt. België gaf in 2001 517 miljard BF uit aan uitgaven in de gezondheidszorg. Vlaanderen gaf in dat jaar ongeveer 3 miljard uit aan preventieve gezondheidszorg. Zoals in elke zich ontwikkelende sector is er dan ook een roep naar meer middelen, maar die roep stoot op een tendens naar budgettaire rationalisatie. Het bevriezen van de beschikbare overheidsmiddelen en zelfs het inkrimpen van de investering in gezondheidsbevordering heeft een aantal grote organisaties er reeds toe aangezet preventiediensten op te doeken.

Voordelen verbonden aan integratie van curatie en preventie

Van individuele naar populatiegerichte zorgverlening

Een belangrijke uitdaging voor gezondheidswerkers is het verleggen van een bepaald paradigma. We moeten voor een stuk evolueren van een puur individuele naar een populatiegebonden zorg. Dit heeft belangrijke voordelen voor het beleid. Er bestaat meer duidelijkheid in structuur en organisatie van de gezondheidszorg. Structuratie leidt tot een betere gegevensverzameling. Betere gegevens leiden tot een betere sturing van het beleid en de middelen naar de effectieve noden binnen de samenleving.

Continuum in de zorgverlening

Er zijn ook belangrijke voordelen voor de individuele patiënt. De keuze om preventie binnen de curatieve sector te integreren betekent immers dat de patiënt kan rekenen op een “preventieplan op maat”. De curatieve sector bezit immers een schat van gegevens van de patiënt en zijn verwanten die het mogelijk maken een individueel risicoprofiel op te maken en hieraan preventiedoelen te koppelen. Dit is een belangrijk voordeel dat zou verdwijnen indien de keuze gemaakt zou worden om preventie los te koppelen van de curatieve sector. De mogelijkheden voor genetische screening en de genetische revolutie die op ons afkomt, zal in de nabije toekomst het potentieel van dit soort risicoanalyse en preventie op maat van het individu enkel maar doen toenemen. Integratie van preventie en curatie leidt tot een continuum in de zorgverlening.

Van medicijnman naar “gezondheidsmanager”

Er zijn ook belangrijke voordelen verbonden aan een integratie van preventie en curatie voor de arts/gezondheidswerker. Het uitwerken van een “populatiegerichte” aanpak betekent dat de (huis)arts verantwoordelijkheid kan gegeven worden voor een bepaalde patiëntenpopulatie waarvan hij het dossier beheert. Het maken van taakafspraken tussen beroepsgroepen en het organiseren van datauitwisseling die de integratie beoogt levert zeker een meerwaarde op niet enkel voor de preventieve begeleiding van de patiënt maar ook in de curatieve aanpak van gezondheidsgerelateerde klachten. Artsenkringen of verenigingen kunnen eenmaal “erkend” een rol spelen in het lokale gezondheidsbeleid. De (huis) arts treedt uit zijn rol als “medicijnman” maar groeit in een functie als “gezondheidsmanager” die een groep van patiënten begeleidt die hem of haar hebben uitgekozen als een vertrouwenspersoon die hen kan begeleiden om een gezond leven te leiden.

Het invullen van randvoorwaarden voor integratie van preventie en curatie

Het centraal medisch dossier is een eerste randvoorwaarde voor het uitbouwen van een geïntegreerde gezondheidszorg rond de patiënt. Andere randvoorwaarden zijn mijn inziens de communicatie tussen verschillende elektronische dossiers. Met moderne netwerktechnologie moet het mogelijk zijn op termijn een betere communicatie te organiseren tussen verschillende artsen en gezondheidswerkers. Softwarepakketten voor medische dossiers zullen in de nabije toekomst moeten voldoen aan bepaalde kwaliteitscriteria. Deze ontwikkeling kan op termijn leiden tot een betere dataregistratie en beheer en het verschuiven van de verantwoordelijkheid van de arts van een louter individuele benadering naar populatiegebonden zorgaspecten. Voor het behalen van bepaalde gezondheidsdoelstellingen met behulp van het artsencorps, lijkt het aangewezen te experimenteren met zogenaamde “target-payment” voor het uitvoeren van welbepaalde preventieve maatregelen .

Vlaanderen geeft het voorbeeld

Ook de Vlaamse gemeenschap heeft op het preventieve gezondheidsdomein tot op heden een voortrekkersrol gespeeld binnen het federale België. Dit gaf de afgelopen tien jaar aanleiding tot een reeks veranderingen waarbij zowel de inhoud en de structuren voor preventie als de manier van beleidsvoering werden hertekend. Zo is met de oprichting van de Logo's gekozen voor lokale acties in samenwerking met plaatselijke actoren en met sectoren buiten de gezondheidszorg. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie wordt verder uitgebouwd als een expertisecentrum dat strategische visie, kwaliteitsadvies en vorming biedt voor professionals in gezondheidspromotie.

Anderzijds tracht de Vlaamse overheid sinds 1998 de praktijk inzake preventie beter te sturen met behulp van vooraf geformuleerde gezondheidsdoelstellingen. Zowel in de Logo-werking als in die gezondheidsdoelstellingen is gezondheidspromotie opvallend aanwezig. Het is een gunstig kader waarbinnen het veld van gezondheidspromotie de voorbije tien jaar in Vlaanderen tot ontwikkeling is gekomen en zich verder kan ontwikkelen.

Besluit :

De Kernboodschap van dit betoog is dat de keuze voor een betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor de 21^{ste} eeuw betekent dat de prioriteit moet gaan naar de uitbouw van een goede eerstelijnsgezondheidszorg met een verregaande integratie van preventie en curatie. Deze eerstelijns moet natuurlijk kunnen blijven rekenen op de steun van een goed uitgebouwde tweede en derde lijn welke kwaliteitsvolle zorgen moet kunnen blijven aanbieden aan de hele bevolking. Om de schaarse middelen zinvol te besteden moeten duidelijke taakafspraken worden gemaakt en moet er een goed communicatienetwerk ontstaan tussen eerste, tweede en derde lijn. Op de terreinen waarvoor de Vlaamse gemeenschap bevoegd is heeft men mijn inziens deze keuze reeds gemaakt. De integratie met de curatie kan echter als dezelfde overheid bevoegdheid krijgt over de preventieve en curatieve zorg.

Dr. Bart Garmyn



Waarom zijn de gemeenschappen het betere integratieniveau?

Anders gesteld: waarom verdere de-federalisering en geen re-federalisering van gezondheidszorg?

A. Een democratisch deficit.

Het debat over de defederalisering van de gezondheidszorg doorstaat moeilijk de cafétest omwille van het feit dat de materie zeer technisch en erg complex is.

Uitgaande van sommige voorstellen van resoluties die worden ingediend door parlementairen in het federale parlement, moeten we ook vaststellen dat zelfs de volksvertegenwoordigers de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg niet of moeilijk doorgronden.

Een zelfde fenomeen kan vastgesteld worden bij de media, die geacht worden de burger feitenmateriaal en correcte analyses aan te bieden. Enkele gelukkige uitzonderingen niet te na gesproken, moet geconcludeerd worden dat journalisten en redacteurs het ook niet meer weten wie waarvoor nu eigenlijk bevoegd is op het vlak van gezondheidszorg.

Toch dit verzoek: het zou al een stap vooruit zijn in de strijd tegen de verwarring indien onze media ‘dé minister van volksgezondheid’ definitief zouden schrappen uit hun repertorium van Wetstraattitulatuur en zouden vervangen door ‘de federale minister van Volksgezondheid’ alias Jef Tavernier’ en ‘de Vlaamse minister bevoegd voor Gezondheid’ alias Mieke Vogels.

Hierbij voegt zich die andere realiteit dat je anno 2002 maar arts of ziekenhuisdirecteur of –beheerder zal zijn die vanuit verschillende overheden geconfronteerd wordt met beleidsinitiatieven die soms vanuit een andere visie worden gelanceerd. De artsen weten het ook allang niet meer welke overheid waarvoor nu bevoegd is en klagen steen en been over het gebrek aan samenhang.

Ik knoop hier meteen de bedenking aan vast dat een beleid inzake gezondheidszorg dat op zichzelf al erg ingewikkeld is en bovendien nog eens extra ondoorzichtig wordt gemaakt door een onvolkomen bevoegdheidsverdeling, een beleid is dat onvoldoende democratisch gecontroleerd kan worden. Dit democratisch deficit kan opgeheven worden door van gezondheidszorg één bevoegdheidspakket te maken, een homogeen bevoegdheidspakket.

B. Een homogeen bevoegdheidspakket gezondheidszorg op niveau van de Gemeenschappen.

Waarom op dit niveau?

We zullen nu vier argumentatielijnen ontwikkelen en telkens op deze vraag een antwoord trachten te formuleren:

1. De eerste argumentatielijijn is van *juridische* aard:

- Dat gezondheidszorg aan de Gemeenschappen toebehoort volgt de logica van de **grondwet** die stelt dat persoonsgebonden aangelegenheden een zaak zijn van de Gemeenschappen. Er zijn weinig materies die meer persoonsgebonden zijn dan gezondheidszorg.
- De **bijzondere wet** van 8 augustus 1980 (artikel 5, §1, I) kent de bevoegdheid voor gezondheidszorg expliciet toe aan de Gemeenschappen behalve de voogdij over het RIZIV, het basisbeleid aangaande de ziekenhuizen en de verplichte vaccinatie met het poliovaccin.
- Recente uitspraken van het **arbitragehof** (aangaande het kwaliteitsdecreet in 1997 en aangaande een federaal initiatief met betrekking tot zorgcircuits en netwerken in 2000) wijzen op een restrictieve interpretatie van de bepalingen over de federale bevoegdheden in de bijzondere wet (thuiszorg bvb. wordt expliciet als bevoegdheid van de Gemeenschappen gesteld).

⇒ een refederalisering zou bijgevolg ongrondwettelijk en in strijd met de bijzondere wet zijn; een herziening hiervan ten gunste van het federale niveau zou gans de staatsstructuur destabiliseren. Een verdere of een volledige de-federalisering langs juridische weg volgt wel de logica van de grondwet maar vergt aanpassingen aan de bijzondere wet met een 2/3 meerderheid in het federale parlement.

⇒ er mag niet simplistisch gesteld worden dat de federale overheid *bevoegd* is voor de curatieve gezondheidszorg en de Gemeenschappen voor de preventieve gezondheidszorg, ook al *lijkt* dat in de praktijk zo te zijn.

Dat lijkt zo omdat ons gezondheidszorgsysteem financieel gedomineerd wordt door het systeem van de prestatievergoedingen en de hefboomen om te sleutelen aan de prestatievergoedingen (RIZIV), evenals de *basisregels* voor het ziekenhuisbeleid in federale handen zijn.

Een grootschalige defederaliseringsoperatie is *technisch en theoretisch* nochtans perfect mogelijk zonder aanpassingen aan de bijzondere wet indien de prestatievergoeding – gefinancierd vanuit het RIZIV - zou vervangen worden door een ander systeem van verloning (wat nu de facto gebeurt in de Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg die betaald worden vanuit eigen Vlaamse - door fiscaliteit verworven - middelen).

Het fiscaal belastbaar inkomen als basis voor bijdragen aan het gezondheidszorgsysteem is immers minstens even sterk verdedigbaar als de bijdragen uit arbeid. Maar dat alles is budgettair niet evident zolang dit impliceert dat er door de Gemeenschappen bijkomend geld dient gezocht boven op wat beschikbaar is in het RIZIV.

Zuiver *juridisch* gesproken kunnen de Gemeenschappen echter hun gang gaan om een alternatieve honoreringsmethode te ontwikkelen.

2. De tweede argumentatielijn richt zich op *de doelgroep* waar het uiteindelijk om gaat: de patiënt/cliënt, de *persoon* die recht heeft op het ontvangen van goede curatieve en preventieve gezondheidszorg.
- In zowat alle beleidsteksten komt de nobele doelstelling naar voren dat 'de patiënt centraal staat'. Dit vertaalt zich in een aantal beleidsstrategieën die afstappen van het aanbodgestuurde model (klassiek spreekt men van 'hospitalocentrisme' wat vooral in Brussel in het verleden tot een onverantwoorde geldverspilling in de vorm van een overaanbod van dure ziekenhuisbedden heeft geleid) en die nieuwe accenten leggen:
 - De noden van de bevolking zijn bepalend voor de organisatie van het zorglandschap
 - Multidisciplinaire samenwerking ten dienste van de patiënt wordt aangemoedigd, ook over de grenzen van de gezondheidssector heen.

Om die nieuwe beleidsvisie in de praktijk om te zetten zijn de Gemeenschappen onontbeerlijk want zij zijn exclusief bevoegd voor de *welzijnszorg* en deze sector vertoont heel grote raakvlakken met de gezondheidszorg, in casu voor ouderen, maar ook wanneer het de opvang van problemen in de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg betreft. Deze laatste problematiek wint enorm aan belang (stress op het werk, depressies, hoog zelfmoordcijfer). Een analoge redenering ten aanzien van de benadering van de persoon vanuit preventieve invalshoek werd door vorige spreker reeds ontwikkeld.

Een *holistische* benadering van de zorgbehoevende persoon vergt een geïntegreerd beleid van welzijns- én gezondheidszorg en dit kan pas op een doeltreffende manier georganiseerd worden door een eenheid van beleid. De herstructurering van de Vlaamse overheid voorziet in de oprichting vanaf 2004 van een nieuw Vlaams Ministerie van Welzijn en Gezondheid. Beide beleidsdomeinen zullen voortaan nog enkel onder één en dezelfde Vlaamse minister ressorteren.

⇒ een geïntegreerd en holistisch persoonsgericht beleid kan binnen de huidige institutionele context enkel gevoerd worden vanuit de Gemeenschappen; het alternatief, een refederalisering van het gezondheidsbeleid, zou ook de welzijnszorg en de totaliteit van de preventieve gezondheidszorg dienen te omvatten indien men het beleid echt doelgroepgericht wil organiseren.

Dit is een totaal onhaalbaar scenario vermits dit het fundament van de staatshervorming, met name de toewijzing van de persoonsgebonden materies aan de Gemeenschappen zou opheffen en daarmee de staatshervorming zelf voor een zeer substantieel deel ongedaan zou maken.

3. De derde argumentatielijijn neemt de *kwaliteit van het beleid* als uitgangspunt

- België heeft, samen met Spanje, tot voor kort één van de meest liberale gezondheidszorgsystemen van Europa gekend, waarbij de federale overheid zich beperkte tot de rol van bewaker in de besloten RIZIV-beslissingscentra.

Dat dit systeem met vele vrijheidsgraden voor de zorgverstrekkers zijn verdiensten heeft gehad en grotendeels nog heeft, wordt door weinigen betwist. Dat dit systeem zoals het bestond tot de tachtiger jaren zijn tijd heeft gehad, wordt nog door minder ingewijden in twijfel getrokken.

De Verenigde Staten bewijzen dat het beschouwen van gezondheidszorg als een louter marktgegeven niet werkt en, integendeel, vanuit het oogpunt kosteneffectiviteit zeer laag scoort.

Nederland en Groot-Brittannië tonen, jammer genoeg, aan dat je met een te stringente overheidsplanning en een te verregaande bureaucrativering aan kwaliteit en effectiviteit inboet.

Het gezondheidszorgsysteem van de toekomst zal het juiste evenwicht moeten vinden tussen de invloed van de overheid, die van de actoren op het veld en die van de patiënt/cliënt.

- In België dreigt een nieuw gevaar: de traagheid in besluitvorming en de inefficiëntie van het beleid omwille van het te grote aantal beleidsinstanties die zich bevoegd wanen voor hetzelfde beleidsdomein. Interministeriële conferenties met tal van gemeenschapsministers en federale ministers moeten zich buigen over beleidsvraagstukken die zich uitstrekken over verschillende bevoegdheidsdomeinen, er komen vaak moeizaam compromissen tot stand die dan moeten uitgewerkt en in de praktijk omgezet worden door de Gemeenschappen (en soms door de federale overheid). De energie en tijd die opgeofferd wordt door politici en administraties aan dit proces is aanzienlijk en voegt geen enkele meerwaarde toe aan het resultaat, wel integendeel. De kwaliteit en de uitvoerbaarheid van de overeenkomsten lijden onder het compromissen sluiten tussen de vele ministers die op een of andere manier bevoegd zijn voor Gezondheid in de Belgische context: de federale minister van Volksgezondheid, de federale minister van Sociale Zaken, de drie Gemeenschapsministers bevoegd voor Gezondheid, een Waalse gewestminister, de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie voor de bicommunautaire gezondheidsaspecten in Brussel, de Franstalige gemeenschapscommissie voor de unicommunautaire aspecten van het gezondheidsbeleid voor de Franstalige Brusselaars. Het is me wel wat.
Ook het veld lijdt onder de ondoorzichtigheid en de inconsistenties van beleidsvoering vanuit verschillende overheden, en krijgt enquêtes, inspecties en administratieve formaliteiten te verwerken die niet of onvoldoende op mekaar zijn afgestemd.

Het is bovendien een illusie te denken dat de quasi-symmetrie van de federale en van de Gemeenschapsregeringen een feit zal blijven naar de toekomst toe: verkiezingen voor het federaal parlement, uiterlijk in 2003, voor de Gemeenschapsparlamenten in 2004, partijlandschappen die in Wallonië meer op de Franse gauche-droite bipolariteit gaan lijken en in Vlaanderen meer weg hebben van die van Nederland en Duitsland.

Het geblokkeerd geraken van deze mechanismen is verre van denkbeeldig en kan de kwaliteit van een beleid zoals dat thans gevoerd wordt, niet ten goede komen. Wie het vermogen bezit om wat vooruit in de toekomst te denken en begaan is met goed bestuur bepleit de homogeniteit van bevoegdheidspakketten op Gemeenschapsniveau.

- Op korte en middellange termijn zal het Europese beleidsniveau relatief weinig belangrijk blijven, gelet op de mineure gezondheidsparagraaf in het Verdrag van Amsterdam. De verzekeringsmarkt - ook op gezondheidszorgvlak - zal echter wel sterk beïnvloed worden door 'Brussel' en het is ook wenselijk dat een aantal *marktgerelateerde zaken* supranationaal door een *Europese Food and Drug Administration* worden geregeld, zoals de goedkeuring en toelating op de markt van farmaceutische producten of de voedselveiligheid. Waarschijnlijk zijn we nog veraf van een Europese sociale zekerheid of basissolidariteit gefinancierd door sociale bijdragen of vanuit fiscale inkomsten en zal dit nog een tijdlang Belgisch blijven. De Europese Conventie zou voor een stroomversnelling kunnen zorgen, maar met de uitbreiding naar het Oosten voor de deur lijkt mij dit weinig waarschijnlijk.

⇒ een institutioneel status quo betekent kiezen voor verlies aan kwaliteit van het beleid inzake gezondheidszorg gelet op de actuele versnippering van de bevoegdheden en de toenemende onwaarschijnlijkheid van gelijke politieke samenstelling van de federale en Gemeenschapsparlamenten (en regeringen) na 2004

4. Vierde argumentatielijn: verschillen in de *zorgcultuur en zorgstructuur*

Vlaanderen en Wallonië worden gekenmerkt door verschillen in beleids- en zorgcultuur - en bijgevolg ook in de zorgstructuur.

De stelling dat Wallonië een meer specialistische en dus technisch georiënteerde gezondheidszorg zou bedrijven, terwijl Vlaanderen over een beter uitgebouwde eerstelijnsgezondheidszorg zou beschikken met huisartsen die zorg dragen voor een minder invasieve en dus minder dure gezondheidszorg kan niet ontkend worden:

- Cijfers van de provincie Henegouwen (qua verstedelijkingsgraad zeker vergelijkbaar met Vlaanderen) uit 1998 tonen alleszins aan dat:
 - ✓ de huisarts er gemiddeld minder frequent *dan in België* geconsulteerd wordt in zijn kabinet (2.17 versus 2.62 contacten per jaar)
 - ✓ de **huisbezoeken** er gemiddeld frequenter zijn *dan in België* (2.79 versus 2.16). Dit wordt voor het ganse Waals gewest ook bevestigd door de gezondheidsenquête van 1997.
 - ✓ de **bezoeken aan de specialist** er gemiddeld frequenter plaatsvinden *dan gemiddeld in België* (2.26 versus 1.97).
 - ✓ De leeftijdsstructuur in Henegouwen verschilt niet noemenswaardig van die van België (65 plussers: 17.2% in Henegouwen versus 16.5% in België).
- Gegevens uit de gezondheidsenquête van 1997 blijken dit te bevestigen: in het Waals Gewest vindt 51% van de medische contacten plaats met een specialist, in het Vlaams Gewest 45%. Brussel is evenwel koploper inzake consumptie van specialistische zorg met 55%.
- Ook blijkt uit deze bevraging dat er in het Vlaams Gewest minder geneesmiddelen worden ingenomen dan in Brussel of in Wallonië.
- De **artsendichtheid** is groter in het Waals Gewest in vergelijking met het Vlaams Gewest (cijfers uit VRIND 2001):

	Inwoners per huisarts	Inwoners per specialist	Aantal artsen
Vlaams gewest	597	516	21 540
Waals gewest	511	462	13 825
Brussel	337	253	6 671

Eigenaardig genoeg is uit diezelfde enquête gebleken dat de **beschikbaarheid** van de huisartsen in Vlaanderen groter is dan in Wallonië: 1 op 5 Franstalige huisartsen klopt nooit een wachtdienst tijdens het weekeinde, tegenover slechts 8% van de Vlaamse huisartsen.

- Uit een studie die in 2000 is gepubliceerd door het federale ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu komen nog andere frappante verschillen aan bod:
In Vlaanderen werden er – op basis van gegevens uit 1996 – aanzienlijk meer **daghospitalisaties** geregistreerd dan in Wallonië. Het percentage daghospitalisaties ten opzichte van het totaal aantal ziekenhuisverblijven situeert zich in Vlaanderen tussen 19 tot 25 %, in Wallonië tussen 8 en 17 %.

Het mag bovendien geen verbazing wekken indien de zorgcultuur in de verschillende Gemeenschappen nog sterker uit elkaar zou groeien aangezien **onderwijs** een gemeenschapsmaterie is, van waaruit de aansturing en financiering van de medische faculteiten gebeurt. Deze faculteiten zijn immers verantwoordelijk voor de opleiding van het artsenkorps. Academici beschouwen de nog altijd federaal te situeren erkenningscommissies voor artsen als een onbegrijpelijk anachronisme.

- Wellicht bestaat er op het vlak van de organisatie van de gezondheidszorg geen superieur organisatiemodel voor de gezondheidszorg om de eenvoudige reden dat het gedrag van de zorgvrager, van een populatie, van de zorgaanbieder sterk beïnvloed wordt door culturele en sociale factoren die hun weerslag vinden in de opbouw van de gezondheidssector en in de denkwijze binnen medische faculteiten die heel bepalend zijn voor het gedrag van artsen.
Ieder model zal op zijn waarde afgetoetst moeten worden aan parameters die de gezondheid van een bevolking, de kostprijs van het systeem en de mate van tevredenheid van zorgvrager en zorgaanbieder over het systeem in kaart brengen.

- Anno 2002 hebben weinig Vlamingen moeite met solidariteit op vlak van gezondheidszorg *op voorwaarde* dat deze solidariteit zichtbaar wordt gemaakt en onderworpen wordt aan een aantal spelregels en voorwaarden die aanvaardbaar zijn, zoals:
 - ✓ De transfers zijn onderhandelbaar van Gemeenschap tot Gemeenschap
 - ✓ De transfers zijn objectiveerbaar aan de hand van populatiegebonden noden (bijvoorbeeld meer nood aan verzorging van ziekere gepensioneerden na gewerkt te hebben in risicomilieus)
 - ✓ De transfers worden niet gegenereerd door structurele verschillen in zorgsystemen die te wijten zijn aan culturele of politieke factoren (die ten laste moeten vallen van de eigen Gemeenschap, verantwoordelijk voor deze keuze)

⇒ verschillen in beleids- en zorgcultuur leiden tot verschillen in systemen van gezondheidszorg; de functionaliteit van het systeem wordt optimaal indien het rekening houdt met de verschillen in beleids- en zorgcultuur. Refederalisering houdt geen rekening met deze verschillen in cultuur.

⇒ verschillen in systemen van gezondheidszorg zijn verdedigbaar zolang iedere Gemeenschap ook de financiële verantwoordelijkheid voor haar systeem opneemt en de structuregebonden (niet populatiegebonden) meerkost niet afwentelt op anderen. Het huidige federale systeem van transfers bestendigt geldstromen van Gemeenschap tot Gemeenschap zonder de oorzaken van dit fenomeen op afdoende wijze te analyseren of de systeemgebonden oorzaken voldoende te duiden.

⇒ *defederalisering is geen synoniem voor desolidarisering*, maar vergt wel het herbekijken van de afspraken hieromtrent; op dit debat rust momenteel een te zwaar politiek taboe en dat kan zich vroeg of laat wreken.

C. Defederalisering: een Europese trend?

Om af te ronden verwijs ik nog graag naar een studie die twee jaar geleden werd uitgevoerd in opdracht van het Europese parlement en waaruit blijkt dat **decentralisatie** van de beslissingsmacht inzake gezondheidszorg een zeer actueel beleidsvraagstuk is dat al aan de orde is geweest in Portugal, Spanje, Italië, Groot-Brittannië Zweden, Oostenrijk, Finland en ook, maar in mindere mate, in Duitsland (Länder) en Denemarken (graafschappen).

Frankrijk, Nederland, Griekenland en Ierland houden het voorlopig nog bij een sterk gecentraliseerd systeem. Luxemburg laten we hierbij om evidente redenen buiten beschouwing.

Als uitsmijter en om de brug te slaan naar de volgende spreker nog een citaat van de Franstalige huisartsenvakbond (Groupement Belge des Omnipraticiens) die half juli een brief stuurden naar de huisartsen in Wallonië, waarin werd opgeroepen om af te zien van een staking in september:

“Want als enkel de Franstalige artsen staken, kan dat een voorwendsel zijn om de ‘muitende en overconsumerende’ francofone zorgverleners te elimineren. Een defederaliseringsscenario betekent voor de Franstalige huisartsengeneeskunde en meer in het algemeen voor de hele gezondheidszorg in de Franstalige Gemeenschap een ramp”. Zo besluit de brief van de Groupement Belge des Omnipraticiens.

Dr. Dirk Dewolf



Integratie curatieve en preventieve gezondheidszorg. Welke krachten houden integratie nog tegen? Hoe zijn die krachten (misschien) te overstijgen?

Dames en heren.

Waarom een integratie van de preventieve en de curatieve zorg aangewezen is, dat hebben de voorgaande sprekers voortreffelijk verwoord. Ik wil het vooral hebben over de wegen daarheen. De strategie, de moeilijkheden daarbij, en de mogelijkheden die te overstijgen.

Ik wil eerst nog wel twee kanttekeningen maken, aansluitend bij de vorige uiteenzettingen.

Een van de argumenten voor die integratie is dat het in een federale staat wenselijk is te besturen met homogene bevoegdheidsdomeinen. In beleidsdomein 1 is dan alleen bestuursniveau A bevoegd, en in domein 2 alleen bestuursniveau B. Dat beginsel onderschrijf ik, maar ik breng een nuancering aan. Een van de nieuwe aandachtspunten in de politieke wetenschap is de *multi level governance*, het geïntegreerd besturen met verschillende bestuursniveaus. Die aandacht van de academici is er niet zomaar. Over zowat heel de wereld ervaart men dat het interfereren van verschillende bestuursniveaus in een beleidsdomein almaar vaker voorkomt. Dat blijkt ook uit de expansie van Europa naar nieuwe beleidsdomeinen. Kijk naar het Bologna-proces in het hoger onderwijs. Europa had officieel nauwelijks iets met onderwijs te maken, en plots heeft in heel Europa een gelijkgerichte herstructurering van het hoger onderwijs plaats die haar voorgaande niet kent. Homogene bevoegdheidsdomeinen nastreven is eerbaar, zelfs meer dan dat, maar men moet ook oog hebben voor tegengestelde tendensen die ook aanwezig zijn. Die komen vaak voort uit de interne logica van een beleidsdomein. Even vaak ontspruiten ze echter uit de politieke realiteit: áls er een macht is, zal die pogen zich te manifesteren in vele beleidsdomeinen en als ze daarvoor een legitimatie vindt, lukt dit ook vaak.

De tweede kanttekening. Er zijn drie fasen te onderkennen in de politieke argumentatie voor de integratie van curatieve en preventieve gezondheidszorg en voor de defederalisering van het gezondheidsbeleid. De eerste fase was die van de transfers, de ongerechtvaardigde geldstromen van noord naar zuid. In de tweede fase lag de klemtoon op de wenselijkheid voor beide gemeenschappen eigen beleidsaccenten te kunnen leggen, meer aangepast aan de voorkeuren van de eigen bevolking en aan de eigen noden. In de jongste en derde fase, ligt de nadruk op „responsabiliteit en responsiviteit”: een deelstaat die financieel verantwoordelijk is voor zo’n beleidstak, treedt meer verantwoord op, beheert efficiënter en kan ook sneller respons geven op nieuwe feiten en op voorkeuren van de bevolking. De evoluerende argumentatie voor de defederalisering van dit beleidsdomein wordt almaar meer inhoudelijk en almaar juister, maar ze verliest mobilisatiekracht. Met grote financieel-communautaire scheefftrekkingen is de publieke opinie te mobiliseren; met abstracte argumentaties over responsabilisering en responsiviteit lukt dat minder goed.

Tot zover deze kanttekeningen bij de vorige uiteenzettingen. Ik wil met u vooral ingaan op de strategische vragen. Als we voor integratie van curatieve en preventieve gezondheidszorg zijn, en dat zijn we, hoe kunnen we dat dan bereiken? Als we het gezondheidsbeleid in zijn geheel willen defederaliseren, hoe doen we dat? Wat heeft dit proces tot heden geremd? Hoe kunnen die remmingen overstegen worden? Wat leren de feiten over het functioneren van ons politiek bestel daarover? Ik ga daarover geen science fictionverhaal vertellen. Mijn verhaal is droog, analytisch-wetenschappelijk. De vraag is: wat kunnen we hierover leren vanuit het feitelijk functioneren van ons politiek bestel?

Er is weinig wetenschappelijke **literatuur** over de determinanten van het verloop van defederaliseringsprocessen in ons land of elders. Dat betekent niet dat er geen literatuur bestaat waaruit lessen te trekken zijn over zo'n processen. Ik wil een wat ongebruikelijke literatuuraanbeveling geven. Lees drie werken van Willem Elsschot: De Verlossing, Lijmen, en Kaas.

De Verlossing toont hoe iemand met een relevante mening, Pol Van Domburg, vrijzinnige, socialist, in de grond geboord wordt door de roddels van pastoor Kips, degene die in die tijd het recht had te bepalen wat politiek correct was en wat niet.

Lijmen is het verhaal van de sluwe Boormans die het eergevoel van mensen weet te bespelen om hen voor veel geld ogenschijnlijk nobele dingen te verkopen die uiteindelijk waardeloos blijken te zijn; het is ook het verhaal van de argeloze Laarmans die dit spel aanvankelijk vanuit zijn naïviteit meespeelt, zich op die manier een postje verwerft, en zichzelf uiteindelijk belangrijk gaat vinden daarin.

Kaas ten slotte toont hoe Laarmans een eigen zaak verwerft, de kaashandel Gafpa. Hij heeft de volle bevoegdheid om die te besturen en om de kazen te verkopen. Maar hij geraakt niet verder dan enkele randactiviteiten: de inrichting van zijn bureau, de keuze van het briefpapier en het logo van zijn bedrijf. Hij geraakt niet tot de kern van zijn bevoegdheid: kaas verkopen. De kaas ligt te rotten in het magazijn en wordt uiteindelijk afgevoerd.

De lectuur hiervan kan tot lering strekken over processen zoals de defederalisering.

Ik kom tot de kernvragen van mijn betoog: welke krachten en mechanismen hielden tot nu de integratie van preventieve en curatieve gezondheidszorg en de defederalisering van het gezondheidsbeleid tegen? En vervolgens: hoe zijn die te overstijgen?

1. Factoren en mechanismen die de defederalisering van het gezondheidsbeleid remmen.

Welke krachten en mechanismen remmen de defederalisering van het gezondheidsbeleid? Wat mijn voorgangers al vermeldden, herhaal ik niet. Er zijn een twintigtal, onderling vaak samenhangende elementen aan te duiden.

Eerst een vaststelling. De juridische basis voor de defederalisering van het gezondheidsbeleid is al aanwezig sinds de grondwetsherziening van 1980 en de invoering van het begrip 'persoonsgebonden materies'. In de praktijk zijn maar weinig bevoegdheden opgenomen door Vlaanderen. Er is duidelijk een gebrek aan politieke assertiviteit op dit vlak. De Vlamingen hebben nooit sterk aangedrongen op autonomie in het gezondheidsbeleid. Ze hebben die nooit heel hard opgeëist.

Dit is te betreuren, maar dat is niet het punt dat ik hier wil maken. Het gaat mij om de achterliggende mechanismen.

En dan blijkt de eerste oorzaak te zijn: het **ontbreken van enig gezondheidsbeleid** en zelfs van een gedachtegoed daarover. Scherp gezegd: er waren wel veel mensen bezig met gezondheid, maar gezondheidsbeleid stond niet in de woordenlijst. Politiek Vlaanderen kwam soms op voor een eigen gezondheidsbeleid, maar kon er niet over spreken, kon het niet formuleren.

Systematisch de realisatie van collectieve gezondheidsdoelen nastreven, hoorde niet tot het Vlaams intellectueel-politiek-bestuurskundig patrimonium. Als er geen gedachtegoed over gezondheidsbeleid bestaat, zijn er ook geen politici die dat domein willen invullen. Dat is niet alleen de reden waarom de overheveling van het gezondheidsbeleid nooit erg sterk is geëist; dit verklaart ook waarom de weinige bevoegdheden die Vlaanderen in dit beleidsdomein heeft, niet eens voluit worden ingevuld.

Dat er zo weinig gedacht is over gezondheidsbeleid heeft als voornaamste oorzaak dat in ons land lange tijd – en nu nog – **gezondheidsbeleid verengd wordt tot de verzekering van ziektekosten**. Curatie dus.

Dat houdt verband met een reeks samenhangende factoren. Doordat ze samenhangen, vormen ze een systeem en dat maakt ze zo moeilijk te doorbreken.

Een belangrijke schakel hierin is het zichzelf overlevende **neocorporatisme** dat de ziekteverzekering beheerst. Dat zegt: laat de verdediging van het algemeen belang over aan de belangengroepen van degenen die in die sector hun brood verdienen, dan wordt het algemeen belang het best gediend. Het gezondheidsdomein wordt in ons land overheerst door belangengroepen die hun professionele belangen verdedigen. Ze hebben dit altijd gedaan vanuit een breedbegrepen professionalisme. Het was niet enkel om de poen te doen – als ik beroepsbelangen daartoe even mag vereenvoudigen - maar ook om de beleving van professionele waarden. De gezondheidszorg in ons land staat op een hoog niveau en is niet zo vreselijk duur. De tevredenheid van de patiënten behoort bij het hoogste ter wereld. Maar die kenmerken zijn het haast toevallige gevolg van de verdediging van groepsbelangen en visies van belangengroepen; helemaal toevallig was het natuurlijk niet want die groepen lieten zich ook door een professionele ethiek leiden. Zij functioneerden met een professioneel-ethisch referentiekader binnen een verzekeringslogica, in een neocorporatistisch paradigma. Een gezondheidsbeleid – het gestructureerd en systematisch nastreven van algemene gezondheidsdoelen – is dat echter niet.

Die **tevredenheid van de patiënten** met het huidig functioneren van het gezondheidssysteem, is evenwel een belangrijke factor voor de stabiliteit van de huidige federale verankering van de bevoegdheid gezondheidszorg. Er is bij de bevolking geen roep naar verandering, geen *burning platform*. Toch niet zolang het systeem geen grove tekorten vertoont. De tekortkomingen van het systeem nemen wel toe. Het is almaar minder in staat de kosten te beheersen en is almaar minder in staat de medische vooruitgang te volgen.

Door de **gelijkstelling van gezondheidsbeleid en verzekering van ziektekosten**, verdween de preventie uit het gezichtsveld. De preventie mocht zelfs naar de gemeenschappen worden overgeheveld. Dat was toch onbelangrijk. Echte gezondheidszorg was het genezen van aandoeningen via terugbetaalde medische prestaties. Het beleid voor de gezondheidszorg concentreerde zich op de verzekeringsaspecten ervan. Gezondheidsbeleid en de terugbetaling van medische prestaties, werden gelijkgesteld.

Het **behoud van de prestatiegeneeskunde** is dan ook een schakel van de keten die het gezondheidsbeleid federaal houdt.

Dat de minister en het ministerie van Sociale Zaken, en de neocorporatistisch beheerde ziekteverzekering (Riziv), decennia lang **machtiger waren dan de minister en het ministerie van Volksgezondheid**, versterkte dit nog en is tegelijk een uiting van die machtsverhoudingen.

Wat ook speelt is het actuele gevecht tussen het neocorporatisme dat zich wil handhaven, en het opkomende gezondheidsbeleid. Het voortdurende gevecht tussen de artsenvakbonden en de politiek is hét aandacht-opslopende conflict. Het is zo dominant dat het **de aandacht afleidt van andere vraagstukken** in dat beleidsdomein en dat het feitelijk verhindert dat andere kwesties op de agenda komen.

Een ander belangrijk element is dat de **gezondheidszorg altijd bewust bij de sociale zekerheid gehouden werd**, door de Franstalige politieke partijen (cfr. de wet-Moureaux) en door de federale beheerders van de sociale zekerheid. De gezondheidszorg valt daardoor juridisch en in de perceptie van de meeste mensen (alvast degenen die in de politiek actief zijn) grotendeels samen met de sociale zekerheid die federaal is gebleven.

Het zogenaamde **globaal beheer van de sociale zekerheid** maakt de afsplitsing van de ziekteverzekering uit dit geheel moeilijk. Het is niet eens meer mogelijk werkgevers aan te duiden met hoeveel hun loonkosten zouden dalen als de ziekteverzekering zou evolueren tot een volksverzekering die betaald wordt met algemeen overheidsgeld en niet met werkgebonden sociale bijdragen.

Niet onbelangrijk zijn ook de **verzekeringstechnische** bezwaren tegen een schaalverkleining in de ziektekostenverzekering. Een verzekering heeft voordeel bij een zo groot mogelijke spreiding van het risico. Een verzekering die 10 miljoen inwoners dekt, is stabielere dan stelsels die 6 of 4 miljoen inwoners dekken. Dit beginsel is maar relatief; Denemarken, dat evenveel inwoners heeft als Vlaanderen, kniest niet over een te kleine risico-spreiding; en het Groot-Hertogdom Luxemburg ook niet. Bovendien is dit beginsel maar relevant zolang het gezondheidsbeleid zo goed als gelijk te stellen is aan de verzekering van de ziektekosten.

Politiek belangrijk is dat de Franstalige partijen van de ziekteverzekering het **symbool van de unitaire sociale zekerheid** gemaakt hebben.

Ze hebben er een **dominotheorie** aan gekoppeld: als deze domino valt, vallen alle andere stukken van de sociale zekerheid mee.

Voor de Franstalige politieke partijen, maar niet alleen voor hen, is de ziekteverzekering ook het **symbool van de sociale solidariteit** die gestalte krijgt via de sociale zekerheid (die unitair is).

Niet te onderschatten is ook de kracht van het feit dat de ziekteverzekering zowat de grootste brok vormt van de sociale zekerheid, en dat de sociale zekerheid intussen al meer dan de helft uitmaakt van het afkalvende pakket federale bevoegdheden. **Geen federale regeerder verliest graag veel macht.**

Een volgende belangrijke factor is dat de Franstalige partijen in elke onderhandeling over een herverkaveling van bevoegdheden, de voorkeur geven aan geldinstroom boven eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Het hoort tot **de rituelen van staatsvormende gesprekken** dat de Vlamingen bevoegdheden eisen, en dat de Franstaligen zeggen niet geïnteresseerd te zijn maar wel geld nodig te hebben.

Bij de Vlaamse politieke partijen ligt dat omgekeerd. Maar toch ook weer niet eenduidig. Hier speelt het mechanisme van „**de Vlaamse Vlamingen en de federale Vlamingen**”. Een Vlaams politicus of ambtenaar die in het Vlaamse bestuursniveau actief is, zal zich actief inzetten voor het verruimen van de Vlaamse bevoegdheden. Een Vlaming die actief is in het federale bestuursniveau, is daartoe veel minder gemotiveerd. Waarom zou hij macht afstaan? Hij zal er de voorkeur aan geven zijn Vlaamse zienswijzen binnen de federale instellingen aan bod te laten komen.

Niet onbelangrijk is verder dat de voor het beheer van de sociale zekerheid en van de ziekteverzekering belangrijke **instituten en machtsgroepen federaal zijn en dit willen blijven**. Ze hebben federaal een machtspositie, waarom zouden ze die opgeven voor een onzekere positie in een gedefederaliseerd bestel? Sommige van deze organisaties, de artsenvakbonden bijvoorbeeld, worden zelfs bij wet verplicht zich federaal te organiseren. Andere organisaties, onder meer de ziekenfondsen en de vakbonden, hebben ook ideologische argumenten hiervoor. Toch zijn hierin evoluties merkbaar. In de ziekenfondsen winnen de gedefederaliseerde structuren aan belang. De zorgverzekering speelt daarin een belangrijke rol.

Vastgesteld kan ook worden dat een aantal belangenorganisaties die meedraaien in het nog altijd dominante neocorporatistische beheer van de ziekteverzekering, het verschil met het Vlaamse beleidsniveau sterk aanvoelden. **De belangengroepen vinden dat ze geen machtsbelang hebben bij de overheveling** van bevoegdheden. Dat Vlaamse beleidsniveau hield hun rol beperkter, veel beperkter, wellicht als reactie op de dominantie die ze federaal uitoefenden. De Vlaamse gezondheidsoverheid zoekt nog altijd een goed kanaal om belangengroepen en vertegenwoordigers op een gezonde manier te betrekken bij haar beleid.

De laatste maar uitermate belangrijke verklaring voor de taaiheid van de federale verankering van het gezondheidsbeleid die ik wil aanstippen is dat het in een **confederaal systeem** – wie wil mag nog spreken van een **federaal systeem met oneindig veel grendels** - altijd uitermate moeilijk is, zelfs bijna uitgesloten is, iets te veranderen. Veranderen kan alleen als beide partners het haast volledig eens zijn en als ze beide ook onbetwistbaar belang hebben bij die verandering.

2. Hoe zijn die krachten (misschien) te overstijgen?

Die vraag is niet te beantwoorden zoals de vraag hoe je een kastje van Ikea monteert. Daarvoor is er maar één goede manier. Die staat beschreven in de handleiding. Wie op het einde een schroef overheeft, maakte een fout.

Onze vraag is veeleer vergelijkbaar met de vraag hoe je een voetbalmatch kan winnen. Een ploeg kan op voorhand afspraken maken over opstelling en strategie, maar het spel moet gespeeld worden en de uitslag is nooit voorspelbaar.

Deze wedstrijd is zelfs moeilijker dan een voetbalwedstrijd. Want in dit spel zijn er weinig spelregels, het veld is niet eens netjes afgebakend, de twee ploegen zijn niet eensgezind en zelfs het doel waarin ze moeten scoren, staat niet vast. Dan is het niet verwonderlijk dat na elk partijtje staatshervorming, er in de ene deelstaat een groep is die pocht dat hun ploeg gewonnen heeft en een andere groep die luidkeels uitroept dat die ploeg verloren heeft. En in de andere deelstaat is dat niet anders. Bovendien is er geen scheidsrechter die kan uitmaken of er gewonnen is, en zo ja door wie.

Zoals afgesproken, stip ik in dit deel alleen elementen aan die af te leiden zijn uit het functioneren van het huidige politiek systeem. Ik blijf binnen die systeemlogica. Mogelijk zijn er onder u die deze systeemlogica afwijzen, bijvoorbeeld omdat ze de onafhankelijkheid willen uitroepen, of dromen van de revolutie. Ik spreek geen oordeel uit over die opties. Ik behandel ze niet omdat ik me in deze bijdrage wil beperken tot de mogelijkheden binnen de systeemlogica.

Ik wil wel een oproep doen om één denkspoor dat vandaag nog niet echt in die systeemlogica opgenomen is, nader te verkennen. Het Europese spoor. Ik heb niet genoeg gegevens en ook niet genoeg tijd om dit nu met u te doen. Maar ik denk dat dit spoor erg belangrijk wordt. De tekenen zijn er. Strikt genomen is gezondheidsbeleid geen Europese materie. Maar feitelijk is het dat wel aan het worden. Ik verwijs nog eens naar het onderwijs. Dat was ook geen Europese bevoegdheid. Maar „Bologna” zorgt wel voor een razendsnelle hervorming van het hoger onderwijs in alle lidstaten en zelfs daarbuiten. Het is niet uitgesloten dat zoiets zich ook voordoet in het gezondheidsbeleid. Ik acht dit zelfs waarschijnlijk. Dit spoor verdient uitdieping.

Binnen de huidige systeemlogica, zijn er, zo denk ik, drie mogelijke strategieën om de defederalisering van het gezondheidsbeleid na te streven. Ik schets ze. Daarna stip ik in het kort nog een reeks acties aan die remopheffend kunnen werken, of kunnen dienst doen als bouwstenen voor een later Vlaams beleid.

Strategie 1: overtuigen, overtuigen, overtuigen

Voor het bijeenbrengen van preventieve en curatieve gezondheidszorg en voor de defederalisering van het gezondheidsbeleid, is er een uitermate sterk inhoudelijk argument: het levert hoe dan ook beter beleid op.

Het is mogelijk dit inzicht beter te verspreiden, en de pleinvrees ervoor te verkleinen. Dat is mogelijk door open debat, door verspreiding van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, door verspreiding van informatie over gezondheidssystemen in andere landen.

Wie de integratie van preventie en curatie en de defederalisering verdedigt, moet dit pad bewandelen.

Deze inzichtelijke argumentatie kan aangevuld worden met overtuigende elementen, bijvoorbeeld de stelling dat de Vlamingen bereid zijn een vorm van federale solidariteit te behouden door de financiering van de gezondheidszorg ten dele federaal te houden.

Wie alleen op deze benadering rekt, is echter naïef. Een confederaal stelsel met twee partners die vaste rituelen hebben ontwikkeld, werkt niet met inzichten alleen.

Strategie 2: Ruilen

De meest voor de hand liggende en best bekende methode om de gewenste hervorming te realiseren, is: ruilen. Ze is niet typisch Belgisch. Ze is gewoon de meest aangewezen methode als twee gelijke partijen zonder arbiter met elkaar onderhandelen. Deze methode stoot soms tegen de borst, maar ze is nu eenmaal een van de meest efficiënte methodes als twee gelijke spelers met verschillende doelstellingen met elkaar geconfronteerd worden.

Die methode is toegepast in zeker 90% van de staatshervormingsdossiers. Er zijn ook al vaste rituelen ontwikkeld daarin. In het merendeel van de gevallen bekomen de Vlaamse partijen de overheveling van bevoegdheden van het federale niveau naar het deelstaatniveau; de Franstalige partijen bekomen voor hun deelstaat een meer dan evenredig deel van het geld dat voor die bevoegdheden wordt overgeheveld van het federale niveau. Doorgaans wordt zo'n beslissing niet genomen over één dossier apart. Meestal worden verschillende dossiers uit heel uiteenlopende beleidssferen aan elkaar gekoppeld, onder meer om makkelijker te kunnen onderhandelen en om het resultaat van de onderhandelingen beter te kunnen voorstellen aan de achterban.

Het is haast uitgesloten dat het hele gezondheidsbeleid volgens die klassieke methode in één beweging overgeheveld wordt. Het dossier is daarvoor te groot. Er is geen vergelijkbaar groot dossier beschikbaar voor een ruil. Het is wel mogelijk die methode toe te passen op deelbevoegdheden uit de gezondheidssfeer. Die zijn kleiner en daarvoor zijn wel wisselmonden te vinden.

Het nadeel van deze methode is dat het erg lang duurt eer een bevredigend aantal bevoegdheden zijn overgedragen.

Er zijn nogal wat argumenten om deze fragmentatie-methode te kiezen, temeer daar er in de huidige (grond-)wetgeving al veel aanhechtingspunten te vinden zijn (zie de zorgverzekering).

In vorige regeerperioden werd actief nagedacht over dit spoor. Er werd bijvoorbeeld nagedacht over de vraag wat best eerst zou overgeheveld worden: eerst het ziekenhuisbeleid of eerst de eerstelijnszorg bijvoorbeeld. Voor zover bekend is daar door de huidige coalitie niet meer verder over nagedacht.

Strategie 3: de Vlaamse beleidsvisie federaal doorduwen

Misschien is in dit domein een derde strategie mogelijk. Soms is het mogelijk de Vlaamse beleidsvisie door te duwen op het federale beleidsniveau, tegen de zin van de Franstalige partijen in. Voorbeelden zijn het onderwijsbeleid vóór 1989 en de huidige Copernicushervorming.

De bezuinigingen en andere beleidsaccenten in het federale onderwijsbeleid („nationale opvoeding”) van vóór 1989, werden doorgedrukt door Vlamingen; het waren beleidsaccenten die sterker aansloten bij de Vlaamse onderwijsvisies dan bij de Franstalige. De Franstalige politieke partijen konden ze federaal echter niet tegenhouden. De prijs van het federaal houden van het onderwijs, werd na een tijd zo hoog voor hen, dat ze deze prijs niet meer wensten te betalen. Ze veranderden het geweer van schouder en hun „onbespreekbaar neen” over de defederalisering van het onderwijs, veranderde in een „onderhandelbaar ja”. De verankering van een aantal aspecten van het Schoolpact in de grondwet, en een gunstige financiële regeling, maakten de overheveling voor hen aanvaardbaar.

De Copernicushervormingen in de federale openbare diensten vormen een ander voorbeeld van een beleidsdomein waarin het mogelijk blijkt te zijn (niet zonder toegevingen) federaal de Vlaamse beleidsvisie door te duwen, ook al zint ze de Franstalige partijen in het geheel niet.

De vraag is of het mogelijk is het federaal gezondheidsbeleid een sterke Vlaamse inslag te geven. De prijs die de Vlamingen dan betalen voor het federaal blijven van de gezondheidszorg, wordt dan lager, letterlijk en figuurlijk. De prijs die de Franstaligen betalen voor het federaal houden van het gezondheidsbeleid, wordt dan hoger, letterlijk en figuurlijk. Na een tijd wordt autonomie in dit beleidsdomein dan voor beide partijen bespreekbaar.

Dit is een strategie die vandaag min of meer gevoerd wordt, wellicht niet bewust.

Het is een strategie die tijd vergt. Maar ze is realistisch: ik verwijs naar wat ik eerder aanstipte over „federale Vlamingen” en andere Vlamingen.

Tot slot vermeld ik nog enkele mogelijkheden om de opgesomde **remmende krachten te reduceren**. In een aantal gevallen zullen hiermee meteen ook bouwstenen klaargelegd worden voor een toekomstig Vlaams beleid.

Het verder ontwikkelen van een echt gezondheidsbeleid en visies daarop, is een eerste voorbeeld. Het terugdringen van het neocorporatisme, en het vervangen ervan door een evenwichtige overlegtraditie met alle stakeholders van het gezondheidsbeleid, is een ander voorbeeld. Het is mogelijk de financiële en de bestuursrol van werkgevers- en werknemersorganisaties in de ziekteverzekering terug te dringen. Het gezondheidsbeleid en de ziekteverzekering van elkaar ontkoppelen, ook in de percepties, is een belangrijke stap die moet gezet worden. Het versterken van de beleidsimpact van Volksgezondheid ten nadele van Sociale Zaken, kan ook een doel zijn. Defederaliserende tendensen in de schoot van betrokken instituten en organisaties aanmoedigen, is ook belangrijk. Vlaanderen kan verder zorgen dat het al opvangstructuren opbouwt die nieuwe bevoegdheden kunnen opvangen en dat er mensen zijn om die te bemannen. Vlaanderen kan ook werken aan de uitbreiding van het gedachtegoed dat bestaat over gezondheidsbeleid.

Wie curatieve en preventieve gezondheidszorg wil bijeenbrengen en het gezondheidsbeleid wil defederaliseren, zoekt best ook **bondgenoten**. Die zijn onder meer te vinden bij degenen die het meest belang hebben bij een andere financiering van de ziektekostenverzekering en dus van de gezondheidszorg in het algemeen. Voor een financieringswijze die minder weegt op de arbeidskosten, zijn alleszins bondgenoten te vinden onder de werkgevers en onder allen die bekommerd zijn om de werkgelegenheid in en de concurrentiekracht van de Belgische bedrijven.

Ik denk dat degenen die voorstander zijn van het samenbrengen van preventieve en curatieve gezondheidszorg en van de defederalisering van het gezondheidsbeleid, er alle belang bij hebben deze strategische gedachtesporen verder uit te diepen.



Guy Tegenbos
Politiek redacteur
De Standaard

DISCUSSIE OVER INLEIDENDE VOORDRACHTVAN DR. BART GARMYN :

Waarom integratie van preventie en verzorging op éénzelfde beleidsniveau ?

Moderator: Dr. Milan Roex

- **Bart Garmyn** geeft op vraag van de moderator toelichting bij zijn carrière :

Na 7 jaar geneeskunde moest ik wel voor mezelf instaan en U weet : specialisatie arbeidsgeneeskunde is 4 jaar geworden. Dus ik heb dan meteen een halftijdse functie gekregen bij de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, toen als ..ja hoe noemen we dat : ze noemen dat projectbegeleider voor preventie en epidemiologie. De bedoeling was een netwerk te creëren van huisartsen, verantwoordelijken in de kringen, die intens zouden werken om een hele hoop projecten uit te bouwen en uit te werken. Dat heeft uiteindelijk geleid tot de logo's en dergelijke. Dat was in de embryonale fase daarvan. Dan ben ik er op dat ogenblik uitgestapt (dwz uit de projecten van de Vlaamse overheid), want mijn professionele activiteit was bedrijfsgeneeskunde.

Daarnaast ben ik altijd bij de W.V.V.H. betrokken geweest, in de commissie preventie, en voor een stuk werk ik nog voor deze organisatie, en voor een aantal projecten van deze organisatie, zoals ik momenteel ook deels voor de Wereldgezondheidsorganisatie actief ben. Dus van opleiding ben ik bedrijfsarts en epidemiologie heb ik erbij gedaan. Professioneel ben ik, laat ons zeggen 3 kwart van mijn tijd werkzaam als bedrijfsarts, en een kwart van mijn tijd als wetenschappelijk medewerker voor de W.V.V.H. en voor de W.H.O. in Kopenhagen.

- **Moderator** : Wie gaat hier voor de eerste vraag over het onderwerp van onze collega. Hebben jullie opmerkingen, verduidelijkingen ?

- Ik ben **Erica Vander Meersch**. Ik ben huisarts in Brussel. Dus lid van de Brusselse huisartsenkring. Maar ik werk ook nog deeltijds voor volksgezondheid. Ik denk wel dat iedereen inderdaad beseft dat het efficiënter is preventie en curatieve gezondheidszorg te integreren, en ik heb de indruk dat op federaal niveau de mensen dat ook wel begrijpen, en dat ze dezelfde mening toegedaan zijn. Maar ik heb de indruk dat er op federaal niveau allerlei mechanismen gezocht worden om terug, wat eigenlijk tot de eerste lijn behoort, naar federaal toe te trekken. Dat is een mechanisme dat men in bepaalde organisaties en op bepaalde niveaus merkt. Wat kan daartegen gedaan worden ?

- **Bart Garmyn** : Kan U een paar voorbeelden geven waar U dat ervaren hebt ? Ik heb persoonlijk niet die indruk dat men daar zo sterk belang aan hecht, maar natuurlijk, je kan in twee richtingen pleiten ; als men spreekt over integratie van preventie en curatie, dan zou men evengoed in omgekeerde richting kunnen denken : we gaan alles op federaal vlak doen.

Ik kan mezelf niet terugvinden in die logica, maar ik kan wel begrijpen dat je die redenering ergens voor een stuk volgt. Laat ons zeggen dat bepaalde kringen, die nogal unionistisch zijn ingesteld, die stelling zeker zullen verdedigen. Wat kun je daar tegen doen ? Ik denk, wat Guy Tegenbos zopas vermeld heeft, namelijk bondgenoten zoeken, om mensen duidelijk te maken dat de omgekeerde richting de juiste richting is. Ik denk dat Guy Tegenbos een mooie analyse heeft gemaakt van alle problemen en alle krachten die die defederalisering voor een stuk tegenhouden. Dat hij ook de vinger op de wonde heeft gelegd, waar de problemen zich situeren, en wat we eraan zouden kunnen doen. Het politiek verkoopbaar maken dat we de fiscaliteit zouden laten opdraaien voor de ziekteverzekering, zoals in de meeste omringende landen, en dit niet langer houden in het sociaal verzekeringsstelsel, is bijvoorbeeld een piste die je zou kunnen bewandelen. Tegenbos heeft ook aangeduid wat daarvoor de ratio is en hoe je dat moet doen. Kan je dat in de praktijk realiseren ? Dat is een heel andere vraag. Het is natuurlijk een heel fundamentele discussie, want het gaat over enorme bedragen. Je speelt natuurlijk een beetje vestzak-broekzakoperatie, want kan je dat financieren door enerzijds de sociale lasten te doen afbouwen, maar de fiscale lasten niet te verhogen ? En daar zit het probleem. Welke politicus is er bereid om te zeggen : je betaalt nu minder sociale lasten, maar die zijn verborgen op het loonbriefje in de patronale bijdrage waar de meesten zelfs niet weten over hoeveel het gaat, ten overstaan van wat in de fiscale uitgave zit, waar ze zelf goed zullen zien dat ze het zelf betalen.

Welke politicus is bereid om zijn nek uit te steken om dit te gaan verkopen ? Dat is natuurlijk een moeilijk punt. Als er natuurlijk ruimte vrijkomt dan is de vraag of niemand anders met die ruimte gaat lopen. Wij hebben wel een tijdje zo een ruimte gehad, maar dat was bijna een uniek proces van de laatste jaren. De vraag is of we dat in de volgende decennia nog gaan hebben, om te kunnen profiteren van een begroting in evenwicht, zelfs met een overschot, waar ruimte bestaat voor dergelijke financiële mechanismen.

- **Moderator** : Erica, is dat een antwoord op uw vraag ?

- **Erica Vander Meersch** : Gedeeltelijk. De ziekenhuissector is toch een sector die met heel veel geld gaat lopen, die genormeerd wordt, gefinancierd op federaal niveau, maar die toch meer en meer via allerlei processen van zorgprogramma's en management-care werkt om zo een voet voor extra euro's in huis te hebben.

- **Bart Garmyn** : Ik denk dat dit een belangrijke evolutie is : toegroeien naar extramurale zorg, maar je gaat hetzelfde probleem hebben met al wat de verzorging van een bejaarde betreft. Ik denk dat daar ook twee verschillende evoluties zijn. We hebben de zorgverzekering in Vlaanderen ; die is er niet in Wallonië ; dat is een sterke stimulans voor de thuiszorg. Met het verouderen van de bevolking is het aangewezen om ze zo lang mogelijk thuis te houden en ze niet in een instelling te plaatsen. De vraag is of aan de andere kant van dit land op dezelfde manier wordt gedacht. Als je zoekt naar middelen om hetzelfde systeem betaalbaar te houden, dan ga je natuurlijk proberen om het federaal te organiseren. Dat is een bewuste politiek die de Franstaligen op dit onderwerp voeren. Ze proberen zoveel mogelijk terug naar federaal te krijgen, omdat ze weten dat daar voor hen de enige bron van inkomsten zit.

Zij hebben geen ruimte op hun begroting om zelf initiatieven te nemen en ze zien het dan ook als een bedreiging.

- **Moderator** : Ik ben huisarts in Anderlecht, hier in Brussel dus en ik ben voorzitter van de Van Helmontgilde, die mede vandaag dit symposium organiseert. Zijn er nog bemerkings over die transmurale zorg, die indruk dat er nog meer geïnstitutionaliseerd wordt ?

- **Guido Van Belle** : Tandarts en ik woon in Vlaanderen. Ik vind dat er één element in de discussie te weinig aan bod komt. Dat zeg ik omdat ik de Brusselse situatie ook met argusogen volg. Ik heb de indruk dat de Vlaamse Beweging de neiging heeft de gevolgen van haar beslissingen in Brussel niet meer echt in te schatten. Ze accepteren dat als “collateral damage” : het gaat maar over 5 % van de Vlamingen, het is de moeite niet om daarover te spreken. Als wij een gescheiden systeem hebben van gezondheidszorg, als ze dus echt helemaal gemeenschapsmaterie wordt, dan ga je met parallelle systemen in Brussel zitten. Daar is volgens mij de Brusselse situatie niet klaar voor, maar nog erger, daar is nog niet voldoende over nagedacht om dat wel degelijk te kunnen opvangen. Ik geef U een gewoon voorbeeld : er zijn gescheiden reglementeringen voor RVT's. Resultaat : in Brussel past niemand de Vlaamse normeringen toe, want die zijn strenger dan de Franstalige ; ze kiezen dus voor het Franstalig model. Dat is maar één klein concreet zaakje. Vaccinatieprogramma's: je ziet in Brussel hoe ingewikkeld dat dit is, waar moet ik de vaccins gaan halen ? De verschillende reglementeringen botsen met elkaar. Daar zijn praktische oplossingen voor te vinden, maar er wordt niet beleidsmatig over nagedacht. Dat stoort mij. Ik denk dat de meeste mensen het niet belangrijk vinden om over die maximum 200.000 Vlamingen na te denken.

- **Moderator** : Dat is een belangrijk probleem. Brussel : wat gaat een eventuele defederalisering van de gezondheidszorg betekenen voor de Vlamingen in Brussel, voor de Vlaamse gezondheidszorg, die actief is in Brussel. Heeft iemand daarover nog vragen, of bemerkings, die daarop aansluiten ?

Niet alleen voor de Vlaamse patiënten en Vlaamse gezondheidszorg, maar ook voor de Vlaamse gezondheidswerker. Wij moeten tegelijkertijd met verschillende maten en gewichten werken wanneer onze patiënt tot het één of het andere behoort.

- **Bart Garmyn** : Je zal er niet onder uit kunnen, als je het systeem op de één of andere manier wil organiseren, een ander taboe-onderwerp te bespreken – en de Brusselaars gaan het er waarschijnlijk moeilijk mee hebben – namelijk een vorm van sub-identiteit. Alleszins moet er een keus gemaakt worden.

Dat lijkt misschien gek, maar de keuze die je maakt voor een socialistisch of een christelijk ziekenfonds of een liberaal ziekenfonds : dat is een vrije keuze die je maakt. Je kan zelfs verwisselen van het ene naar het andere. Ik vergeet natuurlijk het Vlaams Onafhankelijk Ziekenfonds. Dat is ook een keuze die je uiteindelijk bepaalt, omdat je je daar goed bij voelt, omdat je toch op een of andere manier die organisatie uw ziektedossier toevertrouwt.

Het belangrijkste element zal niet zijn : wat betalen we ervoor, maar wat krijgen we ervoor terug. In Vlaanderen zal men die keuze niet hebben. In Brussel zal men wellicht de keuze moeten maken : ga ik mijn fiscale bijdrage storten voor de Vlaamse gemeenschap, dat betekent dat ik in het Vlaamse systeem ga moeten werken, en ga ik dan toch in een Franstalig ziekenhuis terecht komen, ja, dat is dan hetzelfde of je in een Frans ziekenhuis terecht komt of in een Duits, of een Engels. Dan gebruik je formulier E-211 of wat dan ook. Primair gezien zit je in het systeem van de Vlaamse gemeenschap. Maak je een keuze voor de Franstalige, ja goed, dan zit je primair in dat systeem. Ik denk dat die keuze voor eeuwig is, tenzij de Brusselaars je de toestemming geven te wijzigen of te wisselen. Ze kunnen dat misschien jaarlijks in een fiscale aangifte formuleren, maar dan komt het erop neer de beste kwaliteit te bieden aan de beste prijs, en zo ga je waarschijnlijk de mensen hebben die in dat systeem willen meedraaien.

- **Guido Van Belle** : Ik heb een paar elementen aangebracht, maar het is nog niet ver genoeg doorgedacht. Stel dat er een reglementering in Vlaanderen komt dat je niet naar de tweede lijn kunt gaan zonder de doorverwijzing van de eerste lijn, en in Wallonië bestaat die niet : hoe gaat de Brusselaar daarmee werken ? Dan kan het goed zijn dat de specialist, waar de Vlaamse huisarts goede relaties mee heeft, Franstalig is. Welk reglement is dan van toepassing ?

- **Bart Garmyn** : Je gaat inderdaad met een systeem zitten, waar je een dubbele werking hebt. Het is hetzelfde als je naar Frankrijk gaat. Als je in Frankrijk een ongeval hebt, dan wordt je ook vergoed en betaald volgens de geplogendheden die hier gelden, niet meer of niet minder dan dat.

Als je gaat met een verwijfsbrief van de huisarts, wel goed, dan zal je van die specialist voor 100 % worden terugbetaald, afhankelijk van het systeem dat wij gaan invoeren. Volg je dat niet, dan zal je gewoon geen terugbetaling krijgen van uw

kosten. Dat zijn de regels van het spel die je dan zal moeten kennen. Misschien gaan de Brusselse huisartsen en de Brusselse specialisten de regels wel moeten kennen. Dat ze misschien van de twee kanten patiënten krijgen en misschien de ene keer met het ene hoedje zitten en de andere keer met het andere... dat zijn de regels van het spel. Als je in die twee systemen wil meespelen, dan ga je die twee systemen ook moeten integreren in je dagelijkse praktijk.

- **X** : Ik wil er U onmiddellijk op wijzen dat U in uw antwoord nieuwe begrippen invoert van subnationaliteit, van eigen Vlaamse fiscaliteit, dat zijn allemaal hindernissen die te nemen zijn, eer je komt tot defederalisering van de gezondheidszorg.

Zijn dat uw inziens noodzakelijke en onmisbare stappen om tot daar te komen ?

- **Bart Garmyn** : Ik denk dat die dingen allemaal samen hangen.

- **X** : Ik denk dat dit absoluut niet noodzakelijk is. Voor het onderwijs hebben wij dat ook niet nodig gehad : het onderwijs loopt ook op een andere manier. Ik denk dat die stappen misschien absoluut niet noodzakelijk zijn en onmisbaar. Ik wil dat in het midden laten. Ik denk dat dit niet de discussie is.

- **Jo Valgaeren**, internist-gepensioneerd : Wanneer de integratie en verzorging vandaag ter sprake komt, dan zijn er zeker heel wat structurele argumenten om dat te doen.

Daar kan misschien straks over gesproken worden. Maar hebt ge het ook al eens bekeken van de financiële kant uit ? Ik bedoel daarmee : het systeem, gelijk het nu is, kan men financieel inschatten. Maar wanneer ge deze twee elementen gaat bij mekaar brengen, kan dat bijvoorbeeld niet kostenbesparend werken ? Eén. Punt twee : kan dat geen aanleiding zijn tot een verhoging van kwaliteit ? Dat is mijn vraag.

- **Bart Garmyn** : Als ge het financiële luik bekijkt : ik zou niet durven stellen dat een investering in preventie, dat ge er onmiddellijk uw return van krijgt. Dat is een gevaarlijke stellingname, omdat de return niet altijd financieel kan worden berekend. Ik ga een voorbeeld geven, dat ik persoonlijk goed ken : als je moet investeren in arbeidsveiligheid (een machine moet gaan verbouwen om ervoor te zorgen dat mensen niet het slachtoffer worden van een arbeidsongeval) dan betekent dat soms dat je een rendementsverlies hebt. Op korte termijn : uw machine draait misschien op dezelfde snelheid, er moeten procedures gevolgd worden die ervoor zorgen dat de boel vertraagt, zodat je op het einde van de dag niet evenveel geproduceerd hebt. De winst is dat er anders een ongeval zou gebeurd zijn, waar je dan met een enorm verlies zit. Machine stuk, werknemer ziek, thuis, geen vervanging enz. Dat is een kost die je pas ziet op het ogenblik dat het effect zich heeft voorgedaan. Je zit met de statistische kans dat, als je niet veilig werkt, je wel een probleem kan hebben, maar je bent niet zeker of het zich ooit zou voordoen.

En de preventieve maatregel die je treft, wat is nu de meerwaarde die je effectief realiseert ? Het is niet altijd eenvoudig om die onmiddellijk te berekenen. Heel grote bedrijven kennen statistieken, die weten dat het noodzakelijk is en daarom, als je de vergelijking maakt tussen een traditionele gewone KMO in Vlaanderen en een multinational, ga je zien dat de inspanningen van beide niveaus naar preventie totaal anders zijn. Ik denk dat je dit parallel kan doortrekken als je naar de gezondheidszorg gaat zien. Je kent natuurlijk een aantal aspecten waar je heel goed kan berekenen : dat is een meerwaarde. Bijvoorbeeld voor hepatitis B vaccinaties, heeft men aan de U.I.A. praktische economische studies kunnen maken van : kijk mensen nu investeren wij op die manier, en dat is de return die je op zoveel jaar gaat krijgen, maar voor andere aspecten is dat veel minder duidelijk.

Bijvoorbeeld als je spreekt over gezondheidspromotie, adviezen geven, rookgedrag bespreken, mensen adviseren van minder alcohol te gaan drinken : daar tijd voor vrijmaken...

Dat is moeilijk om de return daarvan onmiddellijk te berekenen. Nu zul je vragen : zijn daarover studies verschenen over de winst die je kunt realiseren ? Ik denk : je moet eerst en vooral veel investeren in die zaak en de meerwaarde is misschien wel op lange termijn. Langs de andere kant, de kwaliteit gaat er wel op vooruit. Ik denk dat we er allemaal een stuk mee kunnen instemmen dat voorkomen beter is dan genezen. Dus als ge ergens op een of andere manier door het organiseren van uw gezondheidsbeleid ziektes kunt voorkomen, dan is dat sowieso kwaliteitsgezien voor onze bevolking beter. Dus een goede integratie van beide kan wat dat betreft een serieuze meerwaarde opleveren naar kwaliteit, maar financieel gezien denk ik dat je niet te veel moet gaan verwachten van dergelijke stap. Ik zie besparingswijs daarin persoonlijk geen directe meerwaarde.

- **Moderator** : Was dat een antwoord op uw vraag ?

- **Jo Valgaeren** : Nee

- **Moderator** : Verduidelijk uw vraag alsjeblieft.

- **Jo Valgaeren** : De budgetten van de curatieve geneeskunde zijn, denk ik, bij benadering goed in te schatten. Ook wat preventie betreft, denk ik, dat dat vandaag de dag gekend is. En als je dat dan toespitst op Vlaanderen, dat is toch de bezorgdheid, onze eigen volksgezondheid, hoe ligt dat dan, en waar liggen dan de verschuivingen ?

- **Bart Garmyn** : Dat is een vraag waar ik niet direct een antwoord zou kunnen op formuleren ; de verschuivingen die zich gaan voltrekken hangen voor een stuk af van het beleid dat je gaat voeren ; als je aan het beleid nog geen invulling hebt gegeven, kan je niet direct weten waar die verschuivingen gaan zitten. U zegt : de kosten van de gezondheidszorg zijn goed in te schatten. Dat is een stelling die ik voor een stuk betwijfel, want je zit met het feit dat de budgetruimte, die men creëert, elk jaar systematisch overschreden wordt. Als men stelt : we geven aan de gezondheidszorg extra middelen, en we geven een ruimte van een groei van 4.5 à 5 %, dan merk je dat je dat zelfs binnen die budgettaire grenzen niet kunt realiseren. Het is heel moeilijk omdat je met een aanbod-geïnduceerde vraag zit, waar ik het daarstraks over had, om in te schatten wat dat betekent. Nieuw aanbod creëert nieuwe vraag. Als die beide mekaar niet in evenwicht houden, dan gaan de kosten stijgen. Wat betekent dat nu als ge een nieuw aanbod creëert op het vlak van preventie, gaat dan de vraag naar curatie dalen ? Wellicht wel, maar op welke termijn ? Vandaar dat je zeer programmatorisch moet gaan werken en ik heb ook in mijn referaat melding gemaakt dat je moet weten waarmee je bezig bent ; dat het zwaar op wit bewezen is dat het effectief nut heeft, anders open je hier een doos van Pandora, waardoor de kosten nog meer kunnen exploderen. Dus goede afspraken dat we effectief doen, wat nuttig is. En afspraken over wie het uitvoert en op welke manier het wordt uitgevoerd zijn zeker voor preventieve zaken nog veel belangrijker dan voor curatie, wil men die kostenexplosie voor een stuk in de hand houden.

- **Jo Valgaeren** : Moet ik besluiten uit uw antwoord dat er in feite in Vlaanderen nood is aan een blauwdruk van een Vlaams gezondheidsbeleid ?

- **Bart Garmyn** : Ik denk dat er inderdaad een andere organisatie van de gezondheidszorg moet komen.

- **Jo Valgaeren** : We zouden voor de gezondheidszorg in Vlaanderen een blauwdruk moeten maken, en dan pas kunnen de kosten geëvalueerd worden en waar het profijt zit voor zowel de gemeenschap als voor de patiënt. De winsten moeten dan ook worden uitgedrukt in : wat zijn de kwalitatieve verbeteringen, wat zijn de doelstellingen die we moeten formuleren om dat te bereiken en hoeveel geld gaan we daaraan spenderen ?

- **Bart Garmyn** : Daar is inderdaad een aanzet toe. Als ik kijk in het Vlaams gezondheidsbeleid van de afgelopen jaren, daar heeft men gezondheidsdoelstellingen geformuleerd, en ook uiteindelijk gesteld waar men naartoe wil : men heeft 5 prioriteiten bepaald. Ik weet niet of U die kent. De eerste prioriteit is het aantal rokers substantieel doen verminderen, verder de gezonde voeding promoten, borstkanker opsporen...

- **Jo Valgaeren** : 5 prioriteiten in de preventie...

- **Bart Garmyn** : Men gaat op een gelijkaardige manier, denk ik, voor een stuk prioriteiten moeten stellen ook binnen de curatie, en dat is natuurlijk ook een groter evenwicht dat je moet gaan realiseren. Je spreekt ook over een grote som geld.

- **Moderator** : Indien er een niet-arts is die een vraag wilt stellen, krijgt die voorrang.

- Ik ben **Cilia Van der Spurt**, ik zit hier voor de Federatie van Vlaamse Vrouwengroepen. Die mijnheer heeft het daarjuist aangehaald. De 5 prioriteiten in de preventie : dat is O.K. Want ik denk dat dit zeer belangrijk is voor de vrouwen, omdat die eerste zaken toch de vrouwen meest aanbelangen in een huisgezin : de kinderen, de gezondheidszorg in dat huisgezin. En mijn vraag is : zou daar niet meer aandacht aan moeten besteed worden ? Dat men met die prioriteiten meer naar de vrouwen gaat ? De vrouwen hebben daar eigenlijk het meest in te zeggen.

- **Bart Garmyn** : Kunt U mij even verduidelijken met welke prioriteiten U naar voor wil komen...

- **Cilia Van der Spurt** : Voor borstkanker gaat men inderdaad naar de vrouwen, maar voor die andere zaken is dat absoluut niet waar. Die vrouwen kunnen die mannen wel beïnvloeden. Moest men dat meer toespitsen naar de vrouwen toe, dan zou men misschien een beter resultaat hebben.

- **Moderator** : U houdt een pleidooi om de vrouwen extra te motiveren bij de preventie, omdat zij volgens U maatschappelijk ergens de behoedsters zijn van de gezondheid van de familie in bredere zin, is het dat wat U bedoelt ?

- **Bart Garmyn** : Ik denk dat wat u zegt voor een stuk klopt. Ik weet : wij zitten ook “gepind” op de medische invalshoek, maar ik heb ook in mijn referaat aangehaald dat inderdaad preventie breder gaat dan ziektepreventie. Preventie begint bij iedereen, elke dag, zijn leefgedrag, hoe hij werkt... Je kan dat als arts maar ten dele beïnvloeden. Als ik een voorbeeld mag geven : psychosociale problemen worden aangehaald als HET probleem, men vraagt aan de W.V.V.H. bijvoorbeeld om tot richtlijnen te komen over preventie van depressies. Wat is de definitie van depressie ? Mensen, dit is geen medisch probleem hè ! Depressies worden niet door artsen veroorzaakt, het is een maatschappelijk probleem. Het is de maatschappij die daar voor opdraait, de eisen die daar worden gesteld en opgelegd aan mensen : dat lossen de artsen niet op. Wij gaan, als het probleem zich stelt, door een goede behandeling misschien iemand terug gezond krijgen, maar de preventie van depressie start niet bij medici, dat start in de maatschappij. En terecht merkt u op : we moeten in een goed gezondheidsbeleid niet alleen focussen naar de artsen en naar de medische sector.

Voor een aantal aspecten is dit een essentiële partner, maar daarnaast zijn vrouwenorganisaties, organisaties voor gezondheids promotie en dergelijke essentieel. Bijvoorbeeld : de werking van de logo's, zoals ik ze een beetje ken ; daar wordt het maatschappelijk middenveld zoveel mogelijk in betrokken. Het middenveld is essentieel : dat speelt een belangrijke rol in wat vroeger gezondheids doorlichting was, en moet daarin ondersteund worden.

- **Cilia Van der Spurt** : Ik wil daarop in pikken. Voor depressie, als men naar een huisarts gaat, ook met andere problemen, dan is men al een stap te ver. Het begint in het gezin. Men zou veel meer preventie moeten propageren naar het gezin : bijvoorbeeld langs T.V. Een rookvrije campagne, dat is ook op tv geweest ; men zou dat kunnen doen met heel veel zaken, vooral naar de vrouwen toe omdat die daar naar kijken. Maar als men naar een huisarts gaat, dan staat men al een stap verder ; men zou meer aan preventie kunnen doen vanuit het gezin en de vrouw.

- **Moderator** : Had U geen vraag meer ?

- **Hugo Deleye** : tandarts in Antwerpen. Ik had graag een eindweegs mee willen gaan met mevrouw, omdat er zoveel professionele belangstelling is voor preventie. Maar wij vergeten eigenlijk dat de basis van preventie resideert in de zelfzorg en in de mantelzorg. Ik vraag mij af of het niet mogelijk zou zijn om de patiënt en zijn omgeving als bondgenoot te maken voor de realisatie van ons project. Zou het niet verstandig zijn om dit te pogen te doen, want tenslotte zijn er veel mensen kiezers van de beslissingsmacht.

- **Bart Garmyn** : Natuurlijk, waar wij nu op inspelen is beïnvloeden van gedrag. Gedrag is een complex gegeven : dat heeft met opvoeding te maken, scholen, ouders, gezinnen... Het gaat verder dan dat : het gaat ook over keuzes die je maakt en keuzes kunnen soms irrationeel zijn. Waarom kiest iemand om te gaan roken, waarom kiest iemand om alcohol te drinken ? Vaak is het om sociaal aanvaard te worden in zijn groep. Vroeger was het zo, want het is maar echt als men roken kan ... eigenlijk speelt dat nog mee. Jongeren worden aangezet tot roken via drieste en vernuftige marketingmethodes. Al wat er gebeurt heeft een invloed op het gedrag van de mensen. Onderwijs speelt daar een belangrijke rol, mantelzorg, en dergelijke meer. Langs de andere kant, als iemand een bepaald gedrag heeft ontwikkeld, dat gedrag heeft beïnvloed, dat is een zeer ingewikkeld gegeven, waar wij als arts ook maar zeer beperkte mogelijkheden hebben. Iedereen van ons weet : als je spreekt over tanden poetsen, en tandhygiëne, je mag dat bij de mensen inhameren, die boodschap gaat bij een beperkte groep overkomen, maar een hele boel andere mensen gaan daar niet op reageren. Elke arts weet dat, als hij een rookstop bespreekt met zijn patiënten, een deel van het publiek daaraan gevoelig is, doch bij een ander deel durf je dat zelfs niet aanhalen, want dan vrees je het deksel op je neus te krijgen en verwijten naar je kop geslingerd te krijgen van "waar hou jij je mee bezig, ik wens die inbreuk niet op mijn privacy". Dus het is niet zo eenvoudig als dat. Het zijn complexe mechanismen als je spreekt over gezondheids promotie, waarbij je als beleid een keuze moet maken om een coherent beleid te voeren. Er is de invloed via de massamedia, campagnes ; dat gaat over de klassieke middelen van gezondheids campagnes zoals ze nog steeds worden gevoerd "boemboemboem blablabla", hoe zat het nu weer in mekaar ? Maar dat gaat inderdaad ook over keuzes die je hebt over bijvoorbeeld gezonde voeding : wat is er beschikbaar in een school als tussendoortje ? Zijn er appels en bananen of Mars en Readers ? Het gaat dus echt breed en veel verder dan het medisch-technische vlak.

- Ik ben **Jef Morias**, dermatoloog in Brussel ; ik wil een opmerking maken op de vraag van collega Valgaeren. We spreken allemaal over preventie. Als ge dat in het kader van de huidige politiek bekijkt is dat bijna een lachertje. Wij proberen de mensen wijs te maken : leef gezond ; rook niet, gebruik geen drugs en compagnie... en dan gaan bepaalde ministers, zonder namen te noemen, bepaalde drugs vrijgeven en daar een punt van maken in hun partijprogramma. Want als dat er niet doorkomt, dan maken zij technische moeilijkheden in de federale regering. En dan zeg ik bij mezelf : jongen, waar zijn wij mee bezig ? Wij maken ons belachelijk tegenover onze patiënten, want wij zeggen : je mag niet roken, dat is ongezond, je mag niet drinken, want daar gaat uw lever van kapot ; maar als ze uitgaan in het weekend kunnen ze XTC kopen zoveel als ze willen. 's Anderendaags kunnen ze niet gaan werken, een financieel probleem voor de werkgever, noem maar op, en wij zitten hier te zagen over preventie. Sorry : dat is geen kritiek hoor, ik ben een keiharde realist, ik zie wat er rond mij gebeurt. Ik zie praktisch alle weken enkelen, die met een stuk in hun botten in mijn kabinet binnenkomen. Ze stinken uren in de wind naar alcohol, en dan vraag je : wat kom je hier voor mij doen ? Ge probeert nog vriendelijk te zijn zonder iemand buiten te stampen. Ge hebt er die ondanks het kaartje "verboden te roken" in uw wachtzaal zitten te roken... Ik heb er al 3 – 4 buiten gesmeten de laatste week : zover gaat dat, collega Roex. De mensen hebben geen enkel respect meer. Ge moogt hun zeggen wat ge wilt over preventie, wij proberen langs de media de mensen wakker te maken voor bepaalde preventieve standpunten, en dan worden ze door ministers aangezet om drugs te gebruiken... allee jongens, alstublieft.

- **Bart Garmyn** : Ik denk dat U twee aspecten aanhaalt : de verantwoordelijkheid en ethiek.

- **Jef Morias** : De verantwoordelijkheid wordt in de school afgenomen : de kinderen krijgen geen verantwoordelijkheid, ze mogen doen wat ze willen : de leraars mogen zelfs niet ingrijpen als ze in de school drugs gebruiken.

- **Bart Garmyn** : U haalt twee aspecten aan : de discussie over de legalisering van deze soft-drugs zoals men ze noemt, en anderzijds het aspect van de eigen verantwoordelijkheid. Ik zou die twee uit elkaar halen...

- **Moderator** : De collega stelt eigenlijk de vraag : is zo een beleid wel consistent ?

- **Bart Garmyn** : Is dat consistent ? Wel ik durf daar niet zo maar neen op antwoorden.

- **Jo Valgaeren** : Gaat Vlaanderen dat beter doen ? Dat is de vraag van vandaag.

- **Bart Garmyn** : Vlaanderen gaat dan niet beter doen. Dat is een heel ingewikkelde discussie. Voor mij is er niet veel verschil, wat dat betreft, tussen iemand die zich in het weekend ladderzat drinkt van de nodige Duvels of de nodige flessen wijn, en iemand die zijn bewustzijn verliest door het roken van marihuana of hasj. Kijk : alcohol is een drug, zelfs een harddrug doch drugs zijn cultureel bepaald. Dus in de islam is hasj sociaal aanvaard en alcohol niet ; bij ons is het net het tegenovergestelde. Dat evolueert, ook wat sociaal aanvaardbaar is ; een politicus volgt daarin een trend. Dat is logisch, en als je ziet dat soft drugs tot de jongerencultuur gaan behoren, kan je dat verbieden - en dan maak je die drug alleen nog maar aantrekkelijker – of je kan proberen daar rationeel mee om te gaan.

En dan ga je kijken : waarmee veroorzaak ik de meeste schade ? Wat zijn de effecten van marihuana op lange termijn en die van alcohol op lange termijn ? In feite zijn ze allebei even slecht. Als het een niet verboden is en het andere wel : waar moeten we paal en perk aan stellen ? Ik wil ook niet evolueren naar een situatie zoals in de VSA “the war against drugs”, waar op een gegeven moment 3 % van de bevolking in de gevangenis zit. Als je de zaken dermate gaat criminaliseren, waar leidt dat naartoe ? Dat is ook geen oplossing. En als er zich problemen stellen, dan moet je ze op een of andere manier oplossen. U haalt twee punten aan.

Bij mijn weten is XTC nog altijd verboden. Dat is geen softdrug : dat blijft nog steeds een verboden gebruiksmiddel ; de legalisering is gegaan naar hasj en marihuana. Anderzijds : het is niet omdat het zagezegd mag, dat het gepropageerd wordt. Ik heb nog zo geen campagnes gezien.

Mag ik even op dat punt nog ingaan ? Als je ziet dat preventie belangrijk is : waar begint en eindigt je eigen verantwoordelijkheid ? In Zweden gaat men daar een hele stap verder in : als je rookt, en je blijft roken, en je zijt altijd roker geweest, dan kom je helemaal achteraan op de lijst als je moet verzorgd worden voor de gevolgen van rookgedrag. Dit is een ethisch aspect. Aanvaardt men dat ? Iemand die heel zijn leven alcohol drinkt en daarvoor de verantwoordelijkheid draagt, moet de gemeenschap daarvoor opdraaien als er een levertransplantatie nodig is ? Dit zijn ethische discussies die ik kan stellen maar die in dit dossier evengoed van belang zijn. En als je aan mensen vrije keuzes geeft dan wil je mensen ook eigen verantwoordelijkheid geven voor die keuze.

- **Moderator** : We zijn aan het uitweiden. We hebben nog een kwartier.

- **Cilia Van der Spurt** : U raakt daar het woord ethiek aan, en het gezondheidsbeleid, die gezondheidszorg enz... maakt deel uit van de politiek in het algemeen ; en politiek in het algemeen moet gestoeld zijn op ethische grondslagen. Dus een maatschappij maakt een keuze en er moet een zekere ethische richtsnoer zijn waar we alle politiek, ook de gezondheidspolitiek gaan aan toetsen. Gaan we opteren voor een maatschappij die verder gaat richting Plato of gaan we kiezen voor de maatschappij richting Aristoteles ? Gaan we terug kiezen voor het gezin ? Je ziet : de gezinnen verliezen de impact, de ouders verliezen de impact over hun kinderen. Ik heb gisteren nog een geval... en dan denk je : hoe is dat mogelijk, zo'n brave ouders en zo'n resultaat. De ouders hebben daar geen vat meer op. We moeten terug het roer gaan omdraaien en dat zal niet op één dag gaan ; dat zal ook weer een werk van twintig, dertig of meer jaren zijn, maar ik denk dat we moeten fundamenteel gaan beseffen dat we het roer moeten omdraaien : alles is daaraan gekoppeld, ook welke gezondheidszorg wij gaan voeren.

- **Moderator** : Is dat dus een verwachting van u betreffende de communautarisering van de gezondheidszorg ? Kunt u andere ethische grondslagen aanhalen die er zullen zijn voor het beleid ?

- **Cilia Van der Spurt** : Onder andere : het maakt er deel van uit.

- **Moderator** : Kunt u formuleren welke verandering u verwacht wanneer er een communautarisering van de gezondheidszorg komt ? Welke nu de geldende ethische grondslagen zijn van het beleid en welke die eventueel zouden kunnen zijn in Vlaanderen ?
Kunt u dat zeggen ?

- **Cilia Van der Spurt** : Welja, ik denk dat een zeker Vlaams bewustzijn, ons bewustzijn van onze grondslagen, van onze ethische achtergrond, een belangrijk gegeven is. Dat het moet mogelijk zijn dat we daar nog voor kunnen opkomen.

- **Moderator** : Ja maar in wat verschilt die van de Belgische ?

- **Cilia Van der Spurt** : De eigen identiteit, onze eigen culturele achtergrond, die een element is waarmee we onze politiek, ook onze gezondheidspolitiek, kunnen mee bepalen.

- **Moderator** : Ik heb gehoord dat u onder andere het gezin centraal wil zetten ; ook dat kan een keuze zijn... maar ook los van het gezin in de discussie over de gemeenschappen. Collega Valgaeren maakte daar een opmerking over, in de zin van : als wij in Vlaanderen, op basis van onze eigen inspanningen, onze inzichten, een preventief beleid gaan voeren, die op termijn positieve resultaten met zich mee gaat brengen, dan genereren wij terug nieuw geld, dat aan Wallonië kan vermost worden. Ik denk dat het ook een beetje zo was dat u het zag.

Hetgeen u zegt is in feite : moest er een efficiënte preventie bestaan en wij passen die goed toe in het huidige systeem, dan besparen wij geld op lange termijn, en de winsten die worden dan eventueel vermost aan Wallonië.

- Ik ben **Rudi Dierick** van de Vlaamse Ingenieurskamer : In antwoord op uw vraag, hier een aanvulling. Misschien is een reden waarom op dit moment het Belgisch beleid, bij wijze van spreken, geen ethiek in sommige opzichten kent, het feit dat het danig door compromissen en door conservatieve, administratief politieke krachten wordt vastgezet. En dat als je in Vlaanderen zit, je gewoon een duidelijkere politieke keuze kan krijgen, ongeacht of die er dan als Plato of Aristoteles, of geel of blauw of groen uitziet. Maar dan ga je je misschien veel minder in compromissen vastrijden en een duidelijke, ik zou zeggen een bepaalde, maatschappijvisie krijgen die daar zijn stempel op kan drukken.

- **Moderator** : Iemand nog die daarbij wil aansluiten ? Nog opmerkingen ?

Ik denk dat preventie (we gaan niet spreken over het curatieve aspect van de geneeskunde maar het preventieve) zo omslachtig is, dat je dit ook moet integreren in een breder maatschappij-gebeuren en dan kan je niet zonder het onderwijs. En dat is één van de grote redenen, waarop wij ons kunnen positioneren : dat dit inderdaad moet opgesplitst worden. Dat is echt een nieuw element in de discussie : goed preventiebeleid veronderstelt de participatie van het onderwijs... en het gezin... Had u nog iets ?

- **Guido Van Belle** : Er is nog één element dat ik mankeer in de discussie ; er zijn natuurlijk positieve elementen aan het integreren van preventie en curatie, zeker en vast als we kunnen bewijzen dat preventie rendeert of als we een plan kunnen opbouwen om dat te laten renderen, maar ik heb het een beetje bedrijfseconomisch gezien : ik zit nog met een probleem. Er is voor het ogenblik een federaal akkoord waarbij de actoren meespelen. Ik vind de analyse van Garmyn niet helemaal correct : ik denk dat als de actoren meespelen, ze spelen inderdaad goed mee, die ook in zekere zin een bepaalde kritiek in de structuur van de gezondheidszorg inbouwen... dat het dus niet alleen een kwestie is van eigenbelang..Omgekeerd, heb ik wel wat problemen met de structuur in Vlaanderen van de adviesorganen, de Vlaamse Gezondheidsraad, die eigenlijk samengesteld is op basis van puur politieke aanduiding. Buiten het feit dat ik serieuze problemen heb met hun representativiteit enz., weet ik van een aantal mensen die daarin functioneren, dat zij zelfs niet au sérieux worden genomen. Daar zit je dus met een dubbel probleem. Ik heb nog liever, laat ons zeggen, de belangenvermenging, die toch een zekere ethische grondslag heeft dan de pseudo manier waarop de Vlaamse regering op dit moment haar adviseurs kiest. Voor mij is dus één van de essentiële elementen : is de Vlaamse regering – en de Vlaamse politieke wereld – bereid om effectief met representatieve mensen samen te werken, die een ethisch element kunnen inbrengen in de discussie ? En is ze niet alleen bereid om die mensen op te nemen, maar ook om ze serieus te nemen en hun adviezen op te volgen ? En het allerstomste voorbeeld is dit van de tandheelkunde, in verband met fluoride, en daar wordt iedereen zot van hè. Dat was de boodschap, zoals ze overgekomen is bij de patiënten.

- **Moderator** : U citeert de Vlaamse Gezondheidsraad, ik denk dat daar een gebrek aan doorzichtigheid is, inderdaad, over de mensen die daarin afgevaardigd zijn. En wordt die raad in de mogelijkheid gesteld om zijn functie waar te nemen van de stem van het volk, de stem van de experts, in die materies... dat is zeer de vraag. Een van de bedoelingen zou zijn : wat we zelf doen, doen we beter, doorzichtiger en duidelijker.

- **Bart Garmyn** : Ik denk dat uw opmerking zeer terecht is en dat ga ik seffens natuurlijk beantwoorden.. Maar dan zit je met een democratisch probleem : ga je dan de adviesraden ook democratisch verkiezen ? Eigenlijk zeg je : het zijn politieke benoemingen. Ik vind persoonlijk dat – ik zit niet in die gezondheidsraad hoor, ik heb daar geen persoonlijke ambitie – een politicus ergens nog altijd mag kiezen door wie hij zich laat adviseren. In zover hij het verkeerde beleid voert, wordt hij daar voor een stuk op afgerekend. Hij heeft er zelf alleen maar baat bij zich goed te laten adviseren. Dat wil zeggen : je moet hem bijsturen, je moet hem misschien wel aantonen dat de experts, die hij gekozen heeft, misschien niet de juiste zijn, maar om regels vast te leggen hoe de mensen dan wel moeten verkozen worden is niet eenvoudig. Je moet opletten niet te hervallen in het neocorporatisme, wat Guy Tegenbos daarstraks ook zei ; dus in principe denk ik dat een overheid vrij is zijn adviseurs te kiezen.

- **Moderator** : Ja, vrij, maar dan moet het ook duidelijk zijn, hè.

- **Bart Garmyn** : Er is natuurlijk altijd een spanning tussen aan de ene kant wetenschappelijk bekwamen, mensen die op basis van wetenschappelijke reputatie proberen advies te geven, en aan de andere kant ...maar goed, die politicus kiest wie hij wil kiezen ; dan zit je potentieel niet alleen met een zekere spanning, maar ook met een tegenstrijd. Stel u voor dat 9/10 van de wetenschappelijk bekwame mensen een keuze doen, ik geef maar een concreet voorbeeldje, die haaks staat op heel de logica van het zuilenbestel. Het is zo dat iedereen begrijpt waarover ik het heb : afhankelijk van welke adviseurs je kiest, krijg je heel verschillende en potentieel totaal andere tegenstrijdige adviezen ; dan heb je een probleem. Ik heb ooit bij een bedrijfsbezoek aan de VRT een zware discussie daarover gehad : de mensen ontkennen het

eerst en dan geven ze vlot toe dat heel de redactionele commissie totaal volgens de zuilen is samengesteld, volgens het illegaal verklaarde artikel 20 van het cultuurpact - het arbitragehof heeft dit illegaal verklaard. Maar dat bewijst dat de benoemingen, de verdelingen nog altijd gebeuren binnen een bepaalde machtsverhouding, en we zien dat deze parse coalitie nog altijd diezelfde electorale machtsverhoudingen overal doordrukt in de beheerraden van alle mogelijke organen, een beetje meer afgerond hier en daar in functie van politieke compromissen. Maar je zit dus met die onvermijdelijke spanning en, als je het politieke teveel ruimte geeft, krijg je effectief het grote risico dat de baas gelijk heeft. En de baas kiest de adviseurs die hem gelijk gaan geven. Als je het institutioneel bekijkt, is de mogelijkheid om dat op te lossen, dat bepaald wordt dat de adviesraad een tweekamerstelsel hanteert : een kamer waar je zuiver wetenschappelijk werkt, waar je zuiver op wetenschappelijke waarden mensen selecteert, en een tweede kamer, die maatschappelijke groepen vertegenwoordigt. Dat wil zeggen dat je van een advies eist dat het wetenschappelijk verantwoord is – dus de ontvankelijkheid van een advies wordt wetenschappelijk bepaald – en dan wordt het met een dubbele meerderheid goedgekeurd. Adviesraden zijn één zaak, maar dan zou de politicus moeten kunnen rekenen op een goede administratie, dus ambtenaren die niet politiek benoemd zijn en die het algemeen welzijn naar voor schuiven en die het beslissingsproces mee begeleiden. En natuurlijk ambtenaren kunnen geen experts zijn, dus je gaat altijd voor bepaalde onderwerpen, om die voor te bereiden, een commissie moeten bijeenroepen met specialisten om ergens een gedegen advies te geven : dan kan je dat een ministerraad noemen. Maar ik huiver een beetje om het beleid over te laten aan adviesraden, ik huiver er ook voor om het beleid alleen maar over te laten aan ambtenaren, want dan krijg je een echte technocratie en dat is ook niet de ideale oplossing. Je moet een gezond evenwicht vinden tussen mensen, die het algemeen welzijn voor ogen houden, die er ook voor zorgen dat ze daarin correct geadviseerd worden, en politici, die uiteindelijk het welzijn van hun kiezerspubliek beogen.

- **Moderator** : Dus een van de elementen van de defederalisering is het uitbouwen van een degelijke administratie, met adviesraden die zeer competent zijn, maar ook op een doorzichtige manier aangesteld worden. Ik heb nog twee minuten. Heeft iemand nog een essentieel element in te brengen ? Alstublieft.

- X: Er staat hier op het programma : preventie en verzorging. Denkt ge niet dat het aspect van preventie en het aspect curare, twee afzonderlijke elementen zijn ? Dat men desbetreffend ook andere organen moet creëren om misschien aan de top ergens iets tot een harmonie te laten komen ?

- **Bart Garmyn** : Ik denk dat mijn boodschap niet helemaal duidelijk is overgekomen. Een ding staat vast : als we geboren zijn, we gaan allemaal dood, en het is zelfs ...stel u voor dat we de dood kunnen afschaffen : is dat ethisch verantwoord naar de volgende generatie ? Uiteindelijk hebben we deze aarde niet gekregen van onze ouders, maar houden we ze bij voor onze kinderen. Ik denk dat je ethische problemen zou kunnen hebben. We kunnen de dood niet vermijden. We kunnen alleen maar er voor zorgen dat mensen zo lang mogelijk gelukkig leven en gezond, zonder dat ze lijden en afzien en wat dan ook : daar streven we naar. Dan spelen de twee zaken een rol : primair preventie, vermijden dat mensen ziek worden of een ziekteproces zo lang mogelijk uitstellen en anderzijds, als ge dan toch ziek wordt, trachten dat die ziekte geneest. Die lijn gaan scheiden en die doortrekken ...ik denk dat dat fout zou zijn. Vandaar mijn boodschap – het komt in de media goed over, en daarvoor voor een stuk gekozen – de arts van medicijnman naar gezondheidsmanager, begeleider van zijn patiënt, ook als hij niet ziek is, en nog geen patiënt is. Begeleiden is het opstellen van een individueel preventieplan om de persoon in kwestie zo lang mogelijk gezond te houden en niet alleen niet ziek te maken, maar hem ook een goed leven te laten leiden. Dat is de kernboodschap, denk ik : je kan het niet artificieel splitsen, want dat leidt tot problemen.

- **Moderator** : Waarschijnlijk is de interventie van de collega ook gestoeld op het feit dat niet alle preventie individueel kan gebeuren, dat er dus bepaalde vormen van collectieve preventiemechanismen moeten zijn. We gaan iets nemen uit het verleden : de dépitage van tuberculose, zoals we ze gehad hebben, zou niet mogelijk geweest zijn met louter individuele preventie. Ook naar deskundigheid. Er zijn daarvoor verschillende redenen. Inpikkend daarop ?

- **Guido Van Belle** : Ik wil nog iets kwijt... er is een tweede fetisj die gelanceerd wordt en die door de Vlaamse Beweging enorm gekoesterd wordt. Dat het probleem opgelost is als wij de gezondheidszorg zouden fiscaliseren, en daardoor betalen op een andere manier dan door bijdrage vanuit arbeid. Ik stel vast dat op dit moment vanuit de bijdrage van arbeid het ook al mogelijk is van te defederaliseren, want alle arbeidscontracten zijn ofwel Nederlandstalig ofwel Franstalig in België.

- **Moderator** : Dan ga ik het debat hier sluiten. Ik denk dat wij nog heel veel vragen hebben, dat deze discussie in feite nieuwe horizonten opent. Als wij echt willen gaan naar een defederalisering moeten wij weten wat wij zullen bieden, anders zullen we onze eigen Vlamingen niet kunnen overtuigen. Ik denk dat we die blauwdruk moeten uitschrijven, van een nieuwe gezondheidszorg. Dat we kunnen voorzien waar de winstpunten liggen, wat de eventuele meerkost is, waar Vlaanderen meer moet gaan investeren, en ik denk dat we in volgende symposia aan een antwoord daarop kunnen werken.

Waarom zijn de gemeenschappen het betere integratieniveau?

Moderator: Dr. Joost Rampelberg

- **Joost Rampelberg, moderator:** We hebben allemaal aandachtig gehoord wat Dr. Dewolf zo nauwkeurig uiteenzette. Wie had daar wat over willen vragen of voorstellen of aanvullen? Wie wenst deze discussie in te leiden?

-**David Vits, VVB Brussel:** Ik was iets later op de uiteenzetting, maar ik heb toch het grootste deel meegepikt. Één van de argumenten die daar ontwikkeld is in verband met de transfers, betreft het onderscheid dat zou moeten gemaakt worden tussen systeem- of cultuurgebonden aspecten enerzijds en anderzijds objectieerbare elementen, die te maken hebben met een ziekere populatie en dergelijke. Voor het ene, namelijk het objectieerbare element, wil ik wel nog solidair zijn. Voor het andere denk ik niet dat het verantwoord is en dat is een argument om de splitsing te bepleiten. Nu, mijn vraag is: wat is objectiebaar? Als Wallonië kiest voor een bepaald sociaal-economisch beleid, bijvoorbeeld om zolang mogelijk mijnen open te houden, wat natuurlijk veel meer zieken geeft, ok, dan is dat een objectief element. Maar de vraag is: moet Wallonië dan niet de politieke en financiële verantwoordelijkheid dragen van haar eigen sociaal-economisch beleid?

-**Dirk Dewolf:** Ja, dat is een moeilijk discussiepunt. Epidemiologen zijn, onder druk van de kostprijs van het gezondheidszorgsysteem, ertoe gekomen om een aantal instrumenten te ontwikkelen die eigenlijk het niveau van de politieke welles-nietes discussie overstijgen en dus de ziektegraad, als ik mij zo mag uitdrukken, van een bevolking vrij duidelijk kunnen weergeven. Vooral in de Verenigde Staten is in de jaren 80 is een enorme massa geld gependend aan die zoektocht naar nieuwe systemen om dit te kunnen meten. Een afgeleide daarvan heeft onze federale overheid ingevoerd aan het einde van de jaren 80: de minimale klinische gegevens, waarbij iedere ziekenhuisopname gepaard gaat met een aantal coderingen waaruit een ziekteprofiel wordt opgemaakt. Er bestaat veel discussie over de toepassing en het gebruik van die techniek omdat iedereen weet dat, als je op een bepaalde manier codeert, dat meer centen oplevert. Ook in de psychiatrie bestaat er zoiets als 'de minimale psychiatrische gegevens'. Dus: er is een meetinstrument voorhanden om uit te maken hoe de pathologiegraad zich beweegt in een bepaalde populatie. Dat heeft o.a. toegelaten om duidelijk te maken dat er een onverklaarbaar groter aantal appendectomieën plaatsvindt in Wallonië dan in Vlaanderen. Genetisch verschillen de Vlamingen eigenlijk niet van de Walen. Tenzij dat ik zware literatuur zou gemist hebben, is er ook geen medische verklaring dat appendicitis daar meer zou voorkomen. Dus er zitten andere factoren die te maken hebben met het gebruik van hun zorgapparaat. Ja, zo'n zaken zijn dan niet verdedigbaar om die meerkost af te wentelen op transfers van Vlaanderen naar Wallonië. Een basissolidariteit, zeker in de wijde Europese context, moet kunnen op tal van vlakken in het maatschappelijke leven, niet alleen voor gezondheidszorg. Ook voor de landbouwsector gebeurt er een herverdeling van de middelen op Europees niveau. Ik kan ermee leven dat dat ook op Europees niveau zou gebeuren, maar dan wel op een objectieve manier en niet met de cultuur- of systeemgebonden zorgconsumptie als generator van die kost.

-**Moderator:** Dank u, ik denk dat dat toch enigszins antwoordt.

-**Patrik Vankrunkelsven, volksvertegenwoordiger:** Vooreerst, bedankt voor uw uiteenzetting. Ik ben heel verheugd dat er binnen de Vlaamse administratie daarover zoveel wordt nagedacht. Ik wou even doorgaan op de problematiek van de financiering. Bij de transfers wordt er altijd gediscussieerd over verschillen in uitgaven. Maar als we dat gaan berekenen, is dat eerder beperkt. Ik heb ooit zelf de oefening gedaan, en dan gaat het over misschien 5 à 6 miljard, dat Wallonië gemiddeld genomen meer uitgeeft, als we de bevolking verrekenen. Eigenlijk, is dat niet zo veel, en denk ik dat we dat misschien heel eenvoudig op basis van de bevolking zouden kunnen verdelen, want die ziekteverschillen, dat is oneindig en die registratie die verschilt en daar sluipten veel fouten in. Waar de transfers véél belangrijker zijn, is aan de inkomstenzijde. Of dat nu gebeurt via de sociale zekerheid of via de fiscale inkomsten, de bijdrage in het systeem vanuit Wallonië is veel kleiner dan uit Vlaanderen, aangezien Wallonië veel armer is, veel meer werkloosheid heeft. Je ziet daar verschillen, die gaan in de tientallen miljarden. Dat is in ieder geval een factor die véél hoger is dan de uitgavenverschillen. Mijn vraag is een beetje of dat jullie, binnen de administratie, ook daarover nadenken en, naar haalbaarheid van de splitsing, lijkt mij een mogelijke piste van te zeggen: die financiering, die houden we solidair, daar laten we de solidariteit volledig spelen, wetende dat Wallonië armer is, het economisch moeilijker heeft en op het moment dat Wallonië het economisch beter doet zullen die verschillen wel wegebben. Is daar, binnen de administratie ook aan gedacht om die inkomstenzijde volledig solidair te houden? Dan denk ik, eerlijk gezegd, dat de uitgavenkant in het niet wegzinkt bij die solidariteit. Tweede element, dat heel vaak wordt aangehaald als een groot probleem voor de splitsing, is het probleem Brussel. En ik heb daar ook samen met Danny Pieters in de vorige legislatuur over nagedacht. Maar ook daar gewoon de vraag: is daar in de administratie over nagedacht?

-**Moderator:** In elk geval voor wat betreft Brussel zijn er al een aantal studiedagen en congressen geweest die daar een zeer uitvoerig antwoord op gegeven hebben. Onder andere Professor Pieters waar u het net over had, heeft daar zeker een belangrijke bijdrage toe geleverd.

-Dirk Dewolf: Mag ik misschien met de laatste vraag beginnen: ik heb al terreinervaring in Brussel, ik woon in de rand, ik heb mijn leven lang gewerkt in Brussel. Sta mij toe om te zeggen dat ik niet geloof in het bi-communautaire model van aanpak van de gezondheidszorg in Brussel. Wat wij steevast vaststellen is dat je, als Vlaming, nergens terecht kan in een Brussels ziekenhuis van OCMW-aard, en daar adequaat in je taal kunt bediend worden. Wij in de rand sukkelen dan nog met het probleem dat de urgentiedienst, de MUG, die uitgaat van het Erasmusziekenhuis, dus palend aan Vlezenbeek, en van het UCL-ziekenhuis Saint-Luc, dat bij mijn woonplaats ligt en waar ik naartoe gevoerd word als ik op straat medische urgentie nodig heb. Dat zijn unicommunautaire Franstalige universitaire ziekenhuizen, en de taalwetgeving speelt daar niet. Er zijn veel buitenlandse assistenten. Ik maak regelmatig mee dat mijn vrienden voor totaal Nederlandsonkundige medici komen te staan. In Brussel hebben wij als Vlaamse gemeenschap enkel het VUB-ziekenhuis, als bruggenhoofd laat ons maar zeggen, en één psychiatrische instelling. Dat zijn de enige Vlaams-unicommunautair instellingen. Dat wil niet zeggen dat daar geen Franstaligen terecht kunnen. Ze komen er in massa naartoe. Daar is ten minste een waarborg voor de Nederlandstalige opvang. Wij geloven niet in het bi-communautaire model, wel in een soort van co-communautaire aanpak van de gezondheidsstructurering in de Brusselse hoofdstad, waar de gemeenschappen samen dingen kunnen beheren, maar op een andere manier dan tot dusver gevoerd. Eigenlijk faalt het bi-communautaire systeem in Brussel, wat de gezondheidszorg betreft. Bijkomende moeilijkheid is de asymmetrie. U weet ook: de VGC heeft in Brussel geen regelgevende bevoegdheid. De Vlaamse gemeenschap decreeteert ook voor de Brusselse Vlaming. Aan Franstalige kant daarentegen, zien we een steeds toenemende kloof groeien tussen de Walen en de Fransstalige Brusselaars, die zelf hun regelgeving creëren voor de unicommunautaire Franstalige aspecten van de gezondheidszorg.

Die asymmetrie maakt het bijzonder moeilijk. Naar onze visie, moet voor Brussel het co-communautaire en niet langer bi-communautair model gebruikt worden. Enkel in een instelling als het VUB-ziekenhuis, die openstaat voor alle culturen, kun je goed terecht als Vlaming. In alle OCMW-ziekenhuizen van Brussel kom je niet aan je trekken.

-Moderator: Ik zou graag daarop willen op ingaan, maar mijnheer daar heeft het woord gevraagd

-Patrik Vankrunkelsven: Ik wil toch...

-Moderator: Als U dat dan nog eerst wil doen ? En U nog even geduld uitoefenen?

-Patrik Vankrunkelsven: Over de inkomensverschillen. Het is inderdaad stilaan anachronistisch aan het worden, dat we de sociale zekerheidsbijdragen als basis blijven gebruiken voor de financiering van de gezondheidszorgen. Persoonlijk ben ik van mening dat wij daarvan moeten afstappen, zoals ook reeds gezegd door Guy Tegenbos. We moeten dus de arbeid minder belasten, maar dat overdragen aan de fiscaliteit. In dat perspectief hoort natuurlijk de defederalisering van de personenbelasting. Minister-president Dewael is daarvan sterk voorstander. Een heel belangrijk item, omdat je langs die weg de poort zou openzetten naar een ander soort financiering van de gezondheidszorg. Eenmaal je de fiscaliteit zou gebruiken en die regionaal zou laten spelen als inkomstenbron voor uw gezondheidszorgkosten, dan ligt de discussie niet meer bij de inkomsten en kom je sowieso bij de uitgaven terecht. Dus: ik blijf het moeilijk hebben met de financiering van de gezondheidszorg binnen het sociaal zekerheidssysteem. Druk ik mij duidelijk uit?

Zelfs als je dat verandert naar een fiscaal systeem, dan heb je ook daar minder fiscale inkomsten in Wallonië. Er zal ook daar geen kans zijn om een akkoord te verkrijgen, waarbij we kunnen zeggen: Wallonië, financier zelf en Vlaanderen ook. Ook daar moet er volgens mij een bereidheid zijn van solidariteit naar inkomsten van de sociale zekerheid.

-Moderator: Ik denk dat niet helemaal is ingegaan op wat U zegde: als we willen splitsen, kunnen we misschien beter enkel de uitgaven splitsen, en de inkomsten voorlopig zo laten. Dat is misschien een werkbare uitgangsbasis voor discussie. Ik denk dat dit een interessante idee is om te noteren, maar ik denk ook dat we er verder niet moeten op ingaan. Dit is zeker een element dat in een discussie kan worden aangepakt en dat we straks naar de algemene vergadering zullen moeten brengen. Dan had ik nu mijnheer toch even aan het woord willen laten.

-Eric Desmet, adviseur vereniging van openbare ziekenhuizen: Ik probeer eerst iets informatiefs toe te voegen aan de Brusselse situatie, meer bepaald de openbare ziekenhuizen, omdat er toch een belangrijke verandering is qua bevoegdheid en qua deficitregeling voor de openbare ziekenhuizen. Men heeft in Brussel de bevoegdheden overgedragen aan het Brussels gewest. Dat betekent dat men de deficits uitsmeert over de 19 gemeenten, en de facto ook dat de Vlamingen er niks meer te zeggen hebben, omdat in het Brussels gewest geen verplichting meer bestaat om een Vlaamse aanwezigheid te hebben. En de facto is die daar minimaal.

Maar de vraag die ik had is eerder een bijkomende vraag, aansluitend op de vraag van de heer Vits: wat als er verschillen zijn in pathologieën, voortvloeiend uit een ander beleidsdomein dan de gezondheidszorg, bijvoorbeeld milieubeleid? Stel dat het zo is dat men in de verschillende gemeenschappen in België een verschillend milieubeleid voert, dat men minder stringent is in Wallonië dan in Vlaanderen, met een specifieke pathologie als gevolg. Het voorbeeld van de mijnen vind ik ook relevant. Wij hebben die in Vlaanderen heel snel gesloten, namelijk in Limburg om economische redenen. In Wallonië doet men dat anders: daar houdt men de staalindustrie bestaande. Moeten wij daar ook voor opdraaien? Zet men die redenering ook verder in die richting? Of zegt men: dat gaat te ver?

-Dirk Dewolf: De milieufactor die de gezondheid het zwaarst beïnvloedt is of iemand rookt of niet. Dat is een zeer persoonsgebonden gegeven. Ook daar – en dan zitten wij op een ander niveau van discussie – stelt zich de vraag: moet ge aan rokers, die bewust handelen en weten dat ze hun eigen organisme schaden, moeten wij daarvoor blijven opdraaien als gemeenschap? Het is bijzonder moeilijk om aan te tonen of om hard te maken dat het feit dat de Waalse mijnen gemiddeld tien jaar later gesloten zijn dan de Limburgse, een belangrijke factor is in de hogere kosten voor gezondheidszorg. Maar we mogen ons niet alleen fixeren op die mijnen hoor, want dit is meer een historisch gegeven aan het worden, en zeker geen parameter naar de toekomst toe. Dit is een bijzonder moeilijke stelling, die gerust op academisch niveau kan verdedigd worden, maar die in de praktijk zeer moeilijk toepasbaar is. Ik heb persoonlijk geen moeite om te aanvaarden dat er verschillen zijn in pathologieprofiel, ook al omdat er een lagere inkomensgraad is: Wallonië is armer, en het is dus ook zieker. Want dat geldt ook voor studies die in de ganse wereld gepubliceerd zijn. Ik spreek nu heel persoonlijk: ik heb niet de neiging in te gaan op deze pistes, om dus nog bijkomende factoren te zoeken die beleidsmatig aan Wallonië zouden kunnen toegeschreven worden en impact zouden kunnen hebben op de gezondheid. Indien we dit alles in de factuur steken voor de onderhandelingen van gemeenschap tot gemeenschap inzake transfers, dan wordt dat eigenlijk te moeilijk. Er zijn trouwens nog andere factoren die wellicht nog veel zwaarder wegen.

-Dirk Dewolf: U haalt een belangrijk element aan, dat zijn de sociale factortoestanden. Er bestaan studies over het verband tussen de sociale klassen en de algemene ziekte-toestand, met repercussies op de kost van verzorging. In dit verband kan ik verwijzen naar een discussie die vorige week in de pers gekomen is: de verdeling van het budget voor sociale factoren in de ziekenhuizen, waar wij vastgesteld hebben dat 8 % naar Vlaanderen gaat en de overige 92 % naar Brussel en Wallonië. Wij hebben daar ook tegen gereageerd in de pers. Ge wordt geconfronteerd met zulke discussies en dat wordt op dit moment politiek niet aanvaard.

-Moderator: Dank u. Ik had even willen ingaan op dat nogal mysterieuze co-communautaire model dat U voorstelt voor de Brusselse ziekenhuizen. Ik denk dat ik toevallig ook enige persoonlijke kennis mag opeisen over Brusselse situaties. Ik vind dat er maar één oplossing is: en dat is eigen Vlaamse ziekenhuizen. Punt uit. Wat we samen doen, lukt nooit in Brussel. Je kunt met Franstaligen niet praten, want ze spreken een andere taal. Ik bedoel dit zowel cultureel, sociaal als louter taalkundig. Er is dus maar één middel om de Vlaamse patiënten van in en om Brussel aan behoorlijke verzorging te helpen, en dat is af te stappen van het samen proberen te doen met de Franstaligen. Wat U aanhaalt over het uiteengroeien van de systemen tussen de Franstaligen in Wallonië en in Brussel, is daarenboven een evolutie die niet wenselijk is voor Vlaanderen en de Vlaamse gemeenschap. Ik denk integendeel dat een betere integratie van de Vlaams-Brusselse gemeenschap wenselijk is. Ik had graag gehoord wat andere mensen daarover denken. Maar het co-communautaire model, eerlijk gezegd, dat is weer onderhandelen, dat is weer zeer hakketakken en ik geloof daar helemaal niet in. Ik ben in Brussel geboren en ik woon er nog: hoe langer ik in Brussel woon, hoe meer eenzaam en verwijderd ik ben van al wat Franstalig is. Raar, maar zo is het. Ik had graag gehoord wat andere mensen erover dachten.

-Eric Desmet: Ik heb enige ervaring met Brusselse ziekenhuizen vanuit onze vereniging. Ik heb ook meegewerkt, voor de Brusselse regering, aan de creatie van die structuren. Ik ken ze inwendig zeer goed. Ik moet tot mijn spijt vaststellen: ik vond IRIS een goed concept, maar men heeft het politiek kapot gemaakt. Ik heb er geen andere woorden voor. Naar taalgroepen kan ik alleen maar zeggen dat men alles doet om dat uitsluitend Franstalig te houden, en dat gaat over benoemingen, vooral de leidinggevende. Het ziekenhuis waar het meest Nederlands gesproken wordt is dat van Anderlecht, in Schaarbeek minder. Anderlecht is het meest Vlaamse van de openbare ziekenhuizen denk ik, maar voor de rest moet ik spijtig genoeg vaststellen dat ze Franstalig zijn en dat het beleid van boven af dat duidelijk in stand wil houden.

-Moderator: Dat bevestigt dus wat ik zeg: je kan alleen maar samenwerken met mensen, waarvan je vermoedt dat ze op een eerlijke manier gaan samenwerken. Daar komt eigenlijk mijn betoog op neer. Nu, je moet dat van Franstaligen in de gezondheidszorg in Brussel niet verwachten. Dus doe het zelf. En doe het alleen. Dat betekent dus dat de Vlaamse overheid dit kan. Zij kan zulke instellingen in het leven roepen. Zij kan die instellingen betoelagen. Waarom doet zij het niet? Ik denk dat dit het verhaal is van Kaas, van Laarmans, dat de Vlaamse regering mooie gebouwen weet te exploiteren, leeuwenvlaggen hangt en dergelijke meer, en dat is zeer goed, wie zou daar wat op tegen hebben, maar dat ze geen kaas verkoopt.

-Dirk Dewolf: Ik denk dat er een grote consensus is dat het bi-communautaire experiment faalt, of gefaald heeft. Het vloeit natuurlijk voort uit de verschrikkelijke angst die men had in de jaren 80 om Brusselaars te laten kiezen voor hetzij Vlaams, hetzij Franstalig niveau. Het nieuwe fenomeen van de zorgverzekering heeft eigenlijk gemaakt of zal maken dat dat taboesignaal zal moeten opgeheven worden. En dat er toch wel perspectieven rijzen om vanuit de twee gemeenschappen, weg van het gewest, de Brusselse gezondheidszorg te kunnen organiseren. Ik ben vrij optimistisch wat die piste betreft.

-Moderator: Maar dan zijt U ver van het co-communautair ...

-Dirk Dewolf: Met co-communautair bedoel ik dat de Vlaamse en Franstalige gemeenschap samen, en niet meer op gewestelijk Brussels niveau, zaken zouden beheren of exploiteren.

-Jan Degadt: Ik ben hoogleraar economie op de KUB, en dus ook nogal met veel Brusselse zaken bezig. Het model, waarover U spreekt bestaat voor het onderwijs. Dus in het onderwijs heb je inderdaad een Nederlandstalig net in Brussel en een Franstalig. En iedere gemeenschap beslist autonoom over de wetgeving en over subsidiëring in de onderwijsinstelling. In feite zijn de Brusselse ouders en studenten vrij van te kiezen naar welke instelling zij gaan. Ik wil toch even beklemtonen dat dit model veronderstelt dat ook de Vlaamse gemeenschap bereid moet zijn om zwaar te investeren in Brussel. Als dit model er komt, dan moeten we toch een oproep doen naar de Vlaamse gemeenschap, want het onderwijs in Brussel moet ook anderstalige leerlingen of taalgemengde leerlingen opvangen en dat veronderstelt dat de Vlaamse onderwijsinstellingen van de Vlaamse gemeenschap subsidiëringen nodig hebben. Ik verwijs naar het sociaal fonds: je hebt dat in de ziekenhuissector, je hebt dat in de onderwijssector. Specifieke Brusselse toestanden zullen in de toekomst ook door de Vlaamse gemeenschap moeten gesubsidieerd worden, en dat wil ik toch even beklemtonen.

-Patrik Vankrunkelsven: Ik ben een beetje verrast door de scherpste, waarmee U zegt dat elke samenwerking met de Franstaligen in Brussel onmogelijk is. Ik hoor dat wel vaak. Ik woon niet in Brussel, maar ik werk er wel. Ik vraag mij af: ik ken een aantal huisartsen en mensen in Brussel, waarvan ik niet de indruk heb dat die al die tijd met diezelfde scherpste het model afwijzen. En dan heb ik gewoon een vraag: hoe zie je dat bijvoorbeeld voor de 100 – diensten, waar ook een groot probleem is, zowel qua opvang als transport naar misschien Franstalige ziekenhuizen. Maar zul je niet naar een segregatie gaan, want dat is toch het model dat U voorhoudt. Hoe denkt U dat de Vlaamse huisarts en de Vlaming in het algemeen daarover zullen denken? Bij jongeren heb je meer de bico-cultuur, toch wel bij de jongeren zelf. Hoe gaan zij daarop reageren en is dat wel de goede oplossing? Hoe gaat ge dat praktisch doen? Ik ben er niet tegen hoor, want eigenlijk ben ik ook voorstander van een Vlaams ziekenhuis in Brussel.

-Moderator: U hebt natuurlijk gelijk dat sommige zaken in een co-communautair model soelaas bieden. Sommige zaken kunnen we niet anders dan min of meer op grondbasis doen. Bijvoorbeeld de 100-diensten. Aan de andere kant moet je toch zeggen dat de 100- diensten een relatief klein volume uitmaken van het totaal aan ziekenhuisopnames. Wat betreft het feit dat de jongeren meer bi-co zouden zijn, daar zou ik sterk aan twijfelen. Ik heb het gevoel dat de tweetaligheid bij jonge Vlamingen integendeel achteruit gaat, in Brussel al evenzeer als elders. Er is enerzijds een oriëntatie op het Engels, dat kan misschien betreurd worden maar dat bestaat. Overigens zie ik niet dat die jongeren veel contacten hebben buiten hun eigen gemeenschap.

Wat betreft het zeer scherp stellen van: met de Franstaligen kan je niet samenwerken, wel het is gewoon zo. Ik geef toe dat ik iemand ben die een idee en een thesis verdedigt. Maar ik merk dat iemand die totaal onverdacht is en de zaken van binnenuit kent en er neutraal tegenover stond, en zelfs in den beginne eerder positief tegenover wat een nieuwe vorm van samenwerking had kunnen zijn tussen Nederlandstaligen en Franstaligen, zegt: die mensen doen het gewoon niet eerlijk. Moet je dan met die mensen een nieuwe ronde beginnen? Neen, dank U.

-Moderator: David heeft al het woord gevraagd, al zolang ,sorry.

-David Vits: Ik wil alleen repliceren op wat mijnheer Dewolf zopas zei: er zijn financiële problemen - dit geeft perspectief, ik ben optimistisch. Ik deel dat optimisme helemaal niet. Ziekenhuizen mogen misschien wel deficitair draaien, en OCMW's kunnen dat misschien niet meer ophoesten in Brussel, maar zij zullen hun geld gaan halen bij het gewest, en het gewest zal geld krijgen van de federale overheid. Ik zie daar helemaal geen goede evolutie in.

-Dirk Dewolf: Als ik een pleidooi wil houden voor een co-communautaire benadering, vanuit de twee gemeenschappen, in het Brussels bestuur, dan vergt dat natuurlijk een herkanalisering van de middelen, die nu via federaal naar gewest gaan om de gezondheidszorg financieel te onderhouden.

-Moderator: Als je dat co-communautair gaat doen en je begint met de geldstroom te splitsen: dat is geen slecht idee. De volgende stap zal dan zijn dat ze zien dat die co-communautaire dingen niet werken. Dan komen ze toch tot mijn idee, twintig jaar later.

-Dirk Dewolf: Ik denk dat de ideeën niet zoveel verschillen. Eigenlijk komt het hierop neer dat het Brussels hoofdstedelijk gewest zich niet meer moet moeien met de zaken van gezondheidszorg. De gemeenschappen moeten dat besturen, zoals trouwens ook het onderwijs. Waar het hier en daar onvermijdelijk is, moeten samenwerkingsvormen op co-communautair niveau doorgaan.

-Moderator: Als U het zo stelt dat het Brussels gewest zich niet meer zou moeten moeien met de gezondheidszorg, vindt u dat we daarover een consensus kunnen bereiken? Tenzij er iemand dat zou willen tegenspreken. Het is wel belangrijk dat we het over een aantal zaken onder Vlamingen eens geraken. Als we het er al kunnen over eens geraken dat het niet goed is dat gezondheidsmateries op gewestelijk vlak beredderd worden, dan staan we een stap verder. Blijft dan natuurlijk wat U daarstraks aangehaald heeft, collega, de zaken die terreingebonden zijn. Dat kan je ook anders organiseren dan nu: in plaats van equipes vanuit Brussel te laten komen, laat je equipes vanuit Vlaanderen naar Brussel gaan. En die zouden waarschijnlijk veel beter tweetalig zijn dan de huidige.

-Dirk Dewolf: Om even op die MUG's terug te komen: wij hebben vanuit de administratie het voorstel gedaan, toen de federale minister bezig was met de regelgeving van die MUG's, om erin te schrijven als erkenningsvoorwaarde dat MUG's steeds zorgaanbod moeten kunnen aanbieden in minstens twee talen: in het Nederlands en in het Frans. Anders geraak je daar niet uit. Aan een unicommunautair Franstalig ziekenhuis, niet onderhevig aan de taalwetgeving, zou je dat als erkenningsvoorwaarde kunnen opleggen. En dat dan toetsen aan klachten die daaromtrent binnenkomen. Het voorstel van normen is niet aanvaard door de federale minister.

-Moderator: Was er nog iemand die iets wou zeggen? Want in verband met die normen en die MUG's en die opvang denk ik eigenlijk wel dat de urgentiediensten als dusdanig onder de taalwetgeving vallen. En dat men inderdaad klachten zou kunnen indienen, en eventueel zelfs bijvoorbeeld schadevergoedingen gaan eisen. Ik kan U vertellen dat het Vlaams Komitee voor Brussel al aan het denken is over dat soort zaken.

-Eric Desmet: Ik wou er toch een concrete vraag bijstellen: waarom vindt men geen Nederlandstalig personeel voor de Brusselse brandweer en voor de Brusselse MUG's? Ik heb de indruk dat dat toch een probleem is.

-Moderator: Daar kan ik straks pogen een antwoord op te geven. Ik ga eerst collega Vankrunkelsven het woord geven. Het is niet de bedoeling dat de moderator alles zegt.

-Patrik Vankrunkelsven: Ik wou een beetje af van het Brusselse vraagstuk, omdat we natuurlijk in een ruimere discussie zitten. Maar ook een heel praktische vraag: ik weet dat Wivina Demeester, toen zij minister van volksgezondheid was, Vlaams minister van volksgezondheid, toch heel wat voorbereidend werk deed en mensen van de administratie erop had gezet. Mijn vraag is: moesten we na de volgende regeringsonderhandelingen, waar toch wat signalen zijn dat dit dossier op tafel komt en bevoegdheden overgedragen worden aan de gemeenschappen..., hoe snel denk je met de Vlaamse administratie daarvoor klaar te zijn? Wordt daar over nagedacht, bereidt men zich daarop voor? Heeft men een aantal modellen? U bent natuurlijk heel voluntaristisch in dat dossier, maar eigenlijk is er meer voor nodig wanneer dit dossier op de Vlaamse tafel komt.

-Dirk Dewolf: Het is inderdaad zo, tijdens de vorige legislatuur, dat er een aantal mensen zijn aangetrokken om zich daarop toe te leggen. Het zal weinig bescheiden zijn om te zeggen dat alleen de administratie daarover kan nadenken. Er is ook nagedacht met een extern studie bureau. Het resultaat van die samenspraak tussen experts, beleid, administratie en het veld zeg maar, was dus een witboek. Wivina Demeester had dus eigenlijk een blauwdruk klaar om dit het proces gestalte te geven. Met deze legislatuur stellen wij vast dat dat punt niet langer op de agenda staat en wij krijgen ook weinig vragen in die richting. Wat niet wil zeggen dat er een aantal concepten van toen niet nog altijd even geldig zijn. Op dat vlak zijn wij natuurlijk onderhevig aan de politieke oriëntatie en de besluitvormingen waar wij ons loyaal moeten bij aansluiten. Er is wel een accentverschil merkbaar.

-David Vits: Ik wil even repliceren hierover: als je afstudeert als verpleegkundige in Vlaanderen en je woont bijvoorbeeld in Halle-Vilvoorde, je krijgt werk in een Nederlandstalig ziekenhuis in Vilvoorde, of je gaat gaan werken in een zogezegd tweetalig, maar in feite Franstalig ziekenhuis waar je doodgepest wordt, waar zal jij gaan werken? Ik denk dat dat de situatie is en dat je daarom geen verpleegkundigen kunt vinden, los van het financiële, want dat is iets anders.

-Moderator: Dank u, David,

-Ik ben **Van Melkebeek**, psychiater. Ik werk in Leuven. Het is een reflectie van een andere orde. In de veronderstelling dat men gedefederaliseerd is en dus bevoegd over preventieve en curatieve geneeskunde, is het toch wel goed dat men ons voorbereidt. Hoe gaan we dat doen: integratie van preventieve en curatieve geneeskunde? Hebben wij daar al goed over nagedacht? Gaan wij solidair blijven met mensen die roofoverval plegen op hun lichaam? Ik werk al vele jaren op spoedgevallen in Gasthuisberg en ik zie daar toch veel mensen die veel drinken, roken, drugs gebruiken, en die komen altijd terug. Ik heb daar soms moeite mee, want ik denk dat ik heel solidair ben, ook met Franstaligen. Defederaliseren

is niet zich desolidariseren. Wij mogen wel eens de vraag stellen of we die solidariteit kunnen behouden. Ik denk dan ook met de genetische counseling dat we meer en meer een risico kunnen gaan analyseren, en dat we de mensen meer kunnen gaan verantwoordelijk stellen voor het onheil. Gaan we daar solidair mee blijven? Gaan de uitkeringsgerechtigden niet het overwicht nemen op de bijdragebetalenden? Gaat het verzekeringsprincipe nog kunnen hardgemaakt worden? Iedereen is unaniem dat dit niet kan blijven bestaan. We werken er al vele jaren aan, aan die integratienormen, hopen dat het zo vlug mogelijk in orde komt. Een ander moment, waar ik ook even zou willen bij stilstaan, is de preventie. Ik werk de laatste jaren als gerontopsychiater met hoogbejaarden, de vierde leeftijd, en ik zie dat de preventie vaak te laat is. Het grote probleem is de integratie van die acute zorg en wat ik noem de langetermijnzorg. Het is allebei uitermate edel werk, maar je ziet dat de mensen in Gasthuisberg er maar heel kort mogen blijven en dan worden verwezen naar psychogeriatrische instellingen. Ik krijg daar veel aanvragen voor. Dagelijks. Ik zie dat dat nog geen naadloze integratie is: de acute zorg en de lange termijnzorg. Dit zijn toch allemaal dingen, waarover we ons moeten ergeren ons leven lang. In volgende colloquia en discussies moeten we eens goed uitmaken, wanneer wij het kunnen en mogen doen, hoe we het gaan doen. Dat is een hard argument om ons te verdedigen. Dan zeggen we: wij gaan niet over een nacht ijs en we weten hoe we ons daar in de toekomst tegen gaan opstellen om het geheel te veranderen in de samenleving.

Dirk Dewolf: Dat zijn wat oratorische vragen. Het is ten gronde natuurlijk zeer belangrijk, maar langs de andere kant denk ik dat het ietwat beter aansluit bij het referaat van Dr. Garmijn over wat we nu gaan doen qua integratie. Uw eerste beschouwing overstijgt eigenlijk dit debat en is een ethische reflectie over solidariteit. Dat is een bijzonder moeilijk vraagstuk. Het gaat nog veel moeilijker worden in de toekomst, met de genetica die een enorme vlucht gaat nemen.

Over het tweede aspect wil ik iets zeggen: over integratie preventie-curatie. Die is bezig. Ik geef een voorbeeld: de borstkankeropsporing. Een sector, namelijk de radiologen, bij uitstek de technici, die nooit iets anders gewoon geweest zijn dan discussies in het RIZIV, over zoveel geld voor zoveel foto's, worden nu geconfronteerd met de Vlaamse gemeenschap die een brief stuurt en vraagt: zeg jongens en meisjes, willen jullie meedoen aan een mammografische screening. Zo ja, dan moet je aan technische voorwaarden voldoen: een goede mammograaf, uw foto's moet je deftig opsturen. Die worden gekeurd. Je krijgt daar een soort cultuurschok binnen een discipline, en die schok is goed aangekomen. Het ontwerp en het programma is goed op poten gesteld. Maar, in realiteit, geraken de radiologen - ik weet niet of er hier aanwezig zijn - nu betrokken bij een preventie-programma van de Vlaamse gemeenschap. Na een jaar bloed, zweet en tranen moet ik terugkijken op 160 mammografische eenheden die alle vrouwen tussen 50 en 66 jaar screenen, maar met de onvolkomenheden van dien. Maar de stap is gezet. Zo krijg je stilaan een vorm van integratie.

-Moderator: Ik had graag eens uw visie gehad, collega Peeters, U, die aan de ander kant zit van de tafel. Het lijkt mij de moeite.

-Jan Peeters, radioloog in Gent: De weerstand die jullie voor een stuk ondervonden hebben van uit radiologische kringen, berust voor 90% op wetenschappelijk gebaseerde argumenten in die zin: wij zijn absoluut niet tegen het screenen van mammografie. Wij zijn daar 200% voor, als die correct geschiedt, en als die ook vergezeld kan worden van een aanvullend echografisch onderzoek op het ogenblik van de screening. Het is absoluut bewezen dat als men mammografie met echografie combineert, vooral bij radiodense borsten, dat je tientallen letsels eruit kan halen, die men anders mist. En waar wij tegen zijn, is het feit dat men mensen valse zekerheden mee naar huis geeft. Men doet een mammografie en zegt: kijk mensen, hier heb je twee fotokes van iedere borst en we zien er niks op. Te beginnen: ik werk nog altijd in een dienst waar we drie foto's per borst nemen. We werken al jaren zo en ik ben nu 18 jaar bezig. De mensen van de radioprotectie gaan steigeren, maar als ik de tientallen kankers op een rijtje zou zetten die daarmee eruit gehaald zijn en die anders zouden gemist zijn, dan zouden jullie anders spreken. Dat is een zaak. Ten tweede: met het aantal tumoren die ik gevonden heb, louter echografisch en die met een gewone screeningmammografie met twee opnames per borst gemist zouden zijn, daar vul ik hier de ganse zaal mee.

-Moderator: Zo groot is die nu ook weer niet

-Jan Peeters: Nee, maar ik kan ze gewoon naast mekaar leggen, niet op mekaar. Dat was een van de grote redenen waarom wij steigerden. Ik kom trouwens uit Gent en wij zijn al 8 jaar bezig met het screenen, lang voor de Vlaamse gemeenschap ermee begon. Wij zijn al zes jaar langer bezig, wij zaten al het einde van onze derde screeningsronde, daar kun je ons niets van verwijten. Ik heb op mijn dienst twee erkende toestellen staan, al onze radiologen zijn erkend. Een van onze mensen zit als tweede lezer, enz, enz. Waar jullie nog alles niks voor uitbetaald hebben, maar dat is iets anders. Het steigeren gaat niet om de normen die men ons oplegt, onze apparatuur is erkend: onze... er komt regelmatig kwaliteitscontrole enz. Het gaat zuiver om het wetenschappelijke feit dat men mensen valse geruststellingen meegeeft. Dat is fout. Plus een tweede zaak: mensen komen gewoon op screening. Per definitie mogen zij geen dokter zien, want het is screening. Dus de techniek pakt twee foto's, komt ze tonen, kwalitatief zijn ze in orde, patiënt mag naar huis. Je mag die persoon niet waarschuwen in geval van een manifest maligne tumor. Ik heb er een aantal. En je moet die vrouw naar huis laten gaan. Dat moet dan voor een tweede lezing naar het universitair ziekenhuis. Is er twijfel, dan komt er nog een derde lezing. Soms is dat 14 dagen, eer die patiënte uitslag heeft, terwijl ik op dat moment duidelijk

weet dat die dame kanker heeft, maar ik mag het haar niet zeggen. Ik moet eerst de consensus van die tweede lezer hebben. Vindt U dat normaal ?

-Moderator: Collega, niks houdt u toch tegen de huisarts van mevrouw op de bellen...

-Jan Peeters: Mag niet, ik moet eens consensus krijgen van een tweede lezer. Dat is het systeem van de tweede lezing. Dat spijt mij.

-Moderator: Dat lijkt mij in tegenspraak met de meest fundamentele regels van de deontologie.

-Jan Peeters: Het mag niet, het mag niet. Die discussie hoort hier helemaal niet thuis. Het is omdat men mij vraagt om te reageren,...

-Moderator: Dan zullen we ze hier ook afsluiten. Ik moet wel zeggen dat uw betoog voor iets dat naar wetenschappelijke zaken wijst bijzonder helder was. Laat ons even terugkomen naar onze integratie van verzorging en voorzorg, want daar waren we mee bezig. Met de eventuele moeilijkheden die dat kan geven, wanneer dat op een niet al te duidelijke manier gecoördineerd wordt door de verschillende beleidsniveaus. Zijn er mensen die daarover nog een en ander wensen in te brengen ?

-Patrik Vankrunkelsven: Er was een tegenspraak tussen de argumentatie van Dirk Dewolf rond het brengen van ook de curatieve gezondheidszorg op Vlaams niveau, en de aandacht die hij besteedt aan de culturele verschillen in het medische aanbod en de medische cultuur in het algemeen, en waar Tegenbos zei: eigenlijk zijn de verschillen voor een stuk weggevlakt. Het enige verschil is dat Wallonië eigenlijk iets later of wat achterop hinkt, afhankelijk of ge Franse of Anglosaksische literatuur leest, enfin: dat wordt geminimaliseerd. U zei: ik heb daar wel wat gegevens rond, het zou mij wel interesseren om te zien wat soort gegevens dat dan wel zijn. U hebt al een aantal voorbeelden gegeven, maar misschien kunt U snel nog een aantal andere aspecten weergeven.

-Dirk Dewolf: Ja, ik zal u straks die referenties geven. Er komen een aantal zaken uit enquêtes die de huisartsen gevoerd hebben, een aantal zaken uit studies, die de provincie Henegouwen gedaan heeft, er is een studie bij van het federale ministerie van volksgezondheid, zeker wat die hospitalisaties betreft, maar ik zal U straks de referenties geven. Op dat vlak ben ik het niet eens met Guy Tegenbos. Ik kan er wel inkomen dat dat de indruk is van de beschouwer, de man die van op de zijlijn het veld overschouwt en zegt: er is alleen maar een verschil op de tijdslijn. Maar als we rond de tafel zitten met mensen uit de andere gemeenschap, en dat gebeurt, en dat is niet met getrokken messen, verre vandaar, dan moet ge toch vaststellen dat de idee, zoals die in Vlaanderen sinds 1999 bestaat: een gezondheidsdoelstelling, a health target..., de Franstaligen zijn daar helemaal niet mee mee. Een klein beetje ambitie in uw overheidsapparaat brengen, dat is totaal vreemd aan Franstalige kant. Het is een van hun grote handicaps. Wij als Vlaamse gemeenschap en administratie willen vooruit met een aantal zaken en aan Franstalige kant ziet ge die ambitie niet, integendeel. Zoals vorig jaar met de meningitisvaccinatie: omdat we er in Antwerpen met een serieuze cluster zaten, is iedereen gevaccineerd. De Walen zouden niet liever hebben dan te zeggen: federaal, lost gij dat probleem eens op, laat ons dat vaccinatiebudget terug federaal zetten, want we hebben te weinig geld en si en là. Dat is enorm handicaperend. Het is mogelijk zoals Guy Tegenbos zegt, maar wat is het verschil op de tijdslijn ? Het heeft te maken met een maatschappelijk project. Ik voel die ambitie aan Vlaamse kant zeer degelijk, zowel in het parlement, bij de regering als binnen onze eigen administratie. Ik moet zeggen: voor gezondheidszorg was ze sterker aanwezig bij de vorige regering.

-Moderator: Van uit de andere kant misschien kan ik uit persoonlijke ervaring wat vertellen. Ik doe hoofdzakelijk expertisegeneeskunde in Brussel. Ik zie dus expertisedossiers in het Nederlands en in het Frans. Ik ben onder andere ook nog beëdigd vertaler bij het hof van beroep en zo, mijn Frans is redelijk goed. Ik werk door de dossiers in twee talen zonder moeilijkheden. Het verschil in medische cultuur en aanpak is ontstellend als je de twee dossiers naast mekaar legt. Zelfs het diagnosesysteem is niet hetzelfde: zij hanteren andere ziektebegrippen. Dit is totaal verschillend. Ik zie dat de collega daarop wenst in te pikken ?

-Jan Peeters: Wel, ik had net hetzelfde opgeschreven. De fout daarvan ligt volgens mij voor een stuk in de opleiding. De opleiding aan de Franstalige universiteiten is inderdaad meer gefixeerd op zware medische onderzoeken, en eens dat je nog wat verder gaat bestaat er de 'evidence based medicine'. We hadden een bijeenkomst met de Vlaamse en Franstalige radiologen, pediaters enzovoorts over het banale probleem appendicitis. Een kleine komt binnen in een ziekenhuis: pijn rechter fossa iliaca. Wat moet je daar nu mee gaan doen? Wel, in Vlaanderen: ofwel is het zo evident, en dan gaat men opereren. Is er twijfel, dan doen wij een echografie. Is die positief, dan gaat die appendix eruit. Is het negatief, dan wachten we. De Franstaligen waren het daar absoluut niet mee eens. En op kop een aantal Franstalige professoren van radiologie, waarvan je toch beter zou verwachten. Die eisten dat daar in het begin een CT zou gebeuren. Dat is zoals 'evidence based medicine': een begrip doorgegeven en in de toekomst staat dat zo vast.

-Moderator: In Wallonië, maar internationaal niet, hé.

-Jan Peeters: Internationaal niet, maar dat zijn nationale normen en de Vlamingen hebben daar weer bakzeil gehaald: wij moeten toegeven. Zij eisten geen echo, maar CT-scan. Punt en gedaan. Een CT kost drie keer zoveel als een echografie, hè !

-Moderator: Het is inderdaad ontstellend als je ziet hoe verschillend dat is. Daarenboven: zij kennen geen internationale literatuur. Zij lezen geen Engels, zij lezen zeker geen Duits. Nochtans in het Duits wordt ook het een en ander gepubliceerd. Laat staan dat ze samenvattingen van het Japans of Russisch kunnen lezen. Ze weten het gewoon niet. Zo eenvoudig is het. Ge denkt soms dat ge in een dorp in Midden-Afrika zit. Dat is opvallend.

-Jan Peeters: Dat is een belangrijke culturele factor hoor. Het begint bij de opleiding.

-Moderator: Wij hebben nog drie minuten. Ik denk dat we dit duidelijk genoeg hebben gesteld. Ik stel voor dat, indien iemand nog iets wenst toe te voegen aan de discussie, hij het nu doet en anders ronden we af.

-Eric Desmet: Ik wou eigenlijk zeggen, voor dat ge kunt overgaan tot integratie, moet ge een eigen beleid hebben. Ik stel vast, in mijn eigen sector, in sommige ziekenhuizen, dat het beleid van de Vlaamse gemeenschap helemaal anders is dan van de Franstalige gemeenschap in Brussel. En dat de Vlamingen te weinig Vlaamse reflex hebben. Ik verwijs naar subsidies voor ziekenhuizen: er is een verband tussen Vlaamse subsidiëring en federale subsidiëring. Ge krijgt de 40 % federaal maar als ge de 60 % van Vlaanderen gekregen hebt. Wat stelt ge vast? Drie jaar terug in Vlaanderen: zeer stringent beleid, met vele procedures, in ga er niet verder op in. Terwijl men in Wallonië een brief stuurt op het zelfde ogenblik: “étant donné l'état des hôpitaux”, moeten er subsidiedossiers ingediend worden, enz. Dat betekent: die federale pot wordt vanuit het stringente beleid van Vlaanderen en het mindere stringente beleid van Wallonië scheefgetrokken. Dat is een voorbeeld, er zijn er talrijke. We spraken daarjuist over radiologie, de forfaits voor beeldvorming, de forfaits voor klinische biologie, enz. Leg de cijfers naast mekaar. Ik wil zeggen: ge kunt discuten over integratie en overdragen van bevoegdheden enzovoort, maar daarvoor moet ge een beleid hebben, een beleid gericht op Vlaanderen. Maar ge moet ook in federale context blijven nadenken, want dat heeft zijn consequenties op dit moment. Later zal dit misschien anders zijn.

-Moderator: Zijn er nog mensen die wensen wat te zeggen.... dan moet ik U danken voor uw deelname, vooral diegenen die actief zijn tussengekomen en vooral diegenen die zeer interessante ideeën hebben aangebracht. Dank U wel.



Welke krachten houden de integratie nog tegen?

Moderator : Prof. Dr. Luc Crevits

- **Fernand Van Lierde** : Ik moet zeggen dat ik verkocht was door de opmerkelijke analyse van meneer Tegenbos, waarvoor ik mijn hoed afdoe. Dat zijn verschillende elementen die we eigenlijk nooit of heel weinig te horen krijgen maar het is mooi om dat allemaal zo op een rij te zien. Wat ik wilde aanbrengen is dat er in ons geheugen toch zit, de tegenstand die er is aan Franstalige kant en vooral van socialistische partijen om verder te gaan in de defederalisering. Ik zie hier in een krant, die u bekend is, staan op 2 september dat Di Rupo zich uiteraard kant tegen de defederalisering van de sociale zekerheid, maar hij ging nog een stap verder met zijn voorstel om het preventief gezondheidsbeleid opnieuw van de deelstaten naar het federale niveau over te hevelen. Op 9 september komt er een resolute afwijzing van elk plan voor de splitsing van de sociale zekerheid. Nu, op 12 september is er een andere klank en die komt vanuit de richting van Waals minister Kubla die zegt : “we moeten zelf breken met een Waalse traditie dat de gemeenschap zorgt voor een job en Wallonië moet zijn subsidiecultuur afbouwen” en.... “ik vind dat de regio’s moeten samen gaan zitten en een lijst van federale materies moeten identificeren zoals fiscaliteit, juridische structuren en sociale zekerheid, om die aan te pakken voor beter gebruik binnen de gewesten”. Dit zijn dus twee tegengestelde klanken maar in welke mate wegen die tegen mekaar op dit moment en heeft Kubla tegenover een Di Rupo inderdaad iets te zeggen, iets aan te brengen. Is dat een teken dat er iets aan het kerens is bij een deel van de Waalse politici of is dat een geluid zonder grond ?

- **Guy Tegenbos** : Wat ik daar over denk: de essentie van de zaak is dat Wallonië moeilijk te overtuigen valt van de defederalisering van de sociale zekerheid, omdat ze daar geen belang bij hebben. De geldstroom is namelijk in hoofdzaak in hun richting en dat is hun redenering. Dat is ook het belangrijkste gegeven voor Di Rupo. Zolang we daar geen druk kunnen uitoefenen om dat te compenseren, ofwel door zelf te zeggen: we maken een financiering waarbij er niets meer is, ofwel door de druk op andere punten, de prijs van andere punten over te maken in de discussie, denk ik dat er weinig twijfel kan over bestaan dat Wallonië ooit voor zal zijn . Je kunt dat dus wel bespreken met andere elementen. Wat je bij Kubla ziet, is het besef dat hij op die manier vaak beter beheer heeft. Wat ik denk, is dat het toevoegen van de sociale zekerheid in dat lijstje, dat dat een slok op de borrel scheelt. Maar het mechanisme dat eigen beheer beter beheer is, is wel aanwezig ook in Waalse politieke kringen, ook in Waalse academische kringen, maar het komt niet aan de orde zolang ze daar geen belang bij hebben. Dat gedachtegoed is iets meer aanwezig bij de MR dan bij de PS: laat dit duidelijk wezen. De verhoudingen tussen MR en PS zijn wat ze zijn. Ze zullen wel geleidelijk veranderen, maar revoluties verwacht ik verder niet.

- **Moderator** :

Is iedereen het eens met deze stelling? Suggesties?

U zei, meneer Tegenbos, dat er elementen zijn ter bespreking, kunt u misschien daar eventjes over uitweiden?

- **Guy Tegenbos** : Het belangrijkste element dat ik aangestipt heb is, dat je de Franstalige partijen of partners, je kunt daar nuanceren, dat je hen dus kunt beloven of dat je hen bepaalde zekerheden kunt geven dat het niet tegen hun belangen ingaat. De afspraak is eigenlijk onder Vlamingen al gemaakt : we zijn bereid om solidair te zijn in de financiering van de gezondheidszorg als we maar eigen richtingen geven in de uitgaven van die sector. Dat is één van de belangrijke mechanismen die we kunnen bespreken. Een ander belangrijk mechanisme, en dat was mijn tweede grote strategie van daarstraks, dat is de strategie die in het onderwijs positief is bespeeld evenals in het Copernicusdossier, en dat bewijst dat wat Luc Van den Bossche aan het doen is in deze sector, dat is de Vlaamse visies doorduwen zoals ze nu zijn . De grote waarheid in die sector is dat Vlaanderen veel dichter aansluit bij de internationale trends . Daar gaat het over: wij zijn rapper in het volgen van die trends dan zij. Wat je dus kunt doen is, via het federale beleid de Vlaamse visie die hen niet zint doorduwen zo krachtig mogelijk, waardoor je de prijs op zekere manier bepaalt: het geld dat zij blijven krijgen zal wel zachtjes zakken. En ze gaan een aantal dingen moeten doen om federaal mee te werken met dingen, die hen niet zinnen. Zo kun de verhouding van de prijzen doen veranderen . Dat zijn enkele strategieën die je in dit dossier kunt volgen.

- **Geert Debruyne** van de Vlaamse Vereniging van Obstetris en Gynaecologen. Als je die strategie verder wil ontwikkelen, en dan vooral wil spreken met de minister van begroting en sociale zaken, moeten we dan op federaal niveau niet een nog sterkere minister – een Vlaamse minister uiteraard - van federale gezondheidszorg hebben ? En daar hebben we zowel in de vorige als in de huidige legislatuur wel bijzonder zwak gescoord. Ik heb daarbij nog een tweede vraag: als ons model van echelonnering het model zou zijn naar de toekomst toe, en u haalde het al aan dat wij op het Vlaamse vlak al stukken verder staan dan de Walen of de Franstaligen, moeten we dan ook in Vlaanderen niet echt nog verder doorvoeren wat we nu al kunnen op gebied van echelonnering ? Dit is natuurlijk wel beperkt omdat federaal er voor een deel nog tussenzit.

- **Guy Tegenbos** : Het antwoord is tweemaal ja.

- **Toon Malfliet** (V.A.S): Ik vrees dat de zaak niet zo simpel is . Men spreekt hier over uitgaven in gezondheidszorg: aan Vlaamse kant en aan Waalse kant. Ik zou willen in herinnering roepen dat een tiental jaar geleden er een proces geweest is van de ziekenfondsen, en daar is vastgesteld dat er tussen de dertig en de veertig miljard uitgaven gedaan waren bij het socialistisch ziekenfonds, waar geen rekeningen tegenover stonden. Dat wil zeggen: er zijn geen ziekenhuizen mee betaald, er zijn geen artsen mee betaald, er zijn geen paramedici mee betaald, geen pensioenen. Die dertig à veertig miljard zijn verdwenen. Er is een vonnis geweest van de rechtbank. Ze zijn veroordeeld geweest, en de rest is folklore: er is een expert aangesteld, die moest aangesteld worden door het RIZIV, waar de mutualiteiten de meerderheid hebben, dus die experts zijn nooit aangesteld geweest en het geld werd nooit gevonden. Ik heb daar herhaaldelijk politici over aangesproken. Ze hebben me elke keer gezegd: ge riskeert een crisis in ons land. Een politieke crisis. Zolang we daar niet verder kunnen op ingaan, ... want dat is eigenlijk de smeerpijp waardoor gelden van Vlaanderen naar Wallonië versast worden. Niet om in de geneeskunde te steken, maar om te verdwijnen.... Zolang we niet de politieke moed kunnen opbrengen om daar op in te gaan, denk ik dat we niet verder kunnen gaan om structurele verbeteringen te negociëren. Verscheidene studies bewijzen het, niet alleen bij ons, maar ook de Franse, de Duitse , de Nederlandse, de Engelse. Dit is een catastrofe: ik ben vorig jaar naar de algemene vergadering geweest van de British Medical Association, vroeger waren zij het model voor de rest van de wereld. Nu zijn ze failliet. Vooral de huisartsen denken dat ze gaan verdwijnen. Mijn voornaamste interventie was: quid met die sommen die verdwijnen?

- **Reinhilde Raspoet** : Ik sidder een beetje bij de woorden die u uitsprak. Waarom zijn we juist tegen al die geldelijke transfers, zeker zonder zichtbaarheid. Ik bedoel daarmee: zijn dat dan meer financiële toegevingen om meer bevoegdheden te krijgen? Iets dat we rechtmatig zouden moeten kunnen verkrijgen, ik ben daarvan overtuigd....

- **Guy Tegenbos** : Ik heb geprobeerd te kijken naar wat voordeel je kan verkrijgen in het huidig politiek systeem: wat kun je volgens de interne logica van het huidig politiek systeem doen? Als je twee partners in één politiek systeem wil doen samenwerken, iets wat jantje wel wil en pietje niet... dan is maar één mechanisme, en dat is het mechanisme van de ruil. Je m'excuse, dat kan wel onrechtvaardig zijn . Als het onrechtvaardig is moet je het niet doen, maar het enige mechanisme dat daarvoor binnen België kan bestaan is ruilen.

- **Moderator** : Wat zou u willen ruilen?

- **Guy Tegenbos** : ...financies....

- **Pol Jongbloet**, tandarts : Vind je dat zinnig? Kan de Vlaamse gemeenschap dat blijven opbrengen in de toekomst? Kunnen we die transfers blijven dragen? Wat ik bedoel: in de sterke jaren: ja, maar als het minder goed gaat ? En ten tweede: als de politici zeggen “wij willen in dit systeem blijven”, maar we zijn bereid in de toekomst elk jaar zoveel over te dragen?

- **Moderator** : Ik stel voor dat we eerst hier op reageren, en dan op mijnheer Malfliet.

- **Guy Tegenbos** : Wat ik aanduid is een proces: ik zeg niet hoever je daar in moet gaan. De politiek komt in zo een federaal stelsel tot besluitvorming met grendels. Je moet wel kunnen ruilen. De mooiste voorstelling van ruilen is een zoek: als een zoek in Tunesië is zegt hij: “het is duizend” en ik zeg: “tien”. En waar je uitkomt, dat is ergens tussenin. Dat is ook een van de belangrijke taken van een politieker te zien waar je uitkomt, en dat is een techniek, en dat is ook voor uzelf normen zetten, criteria zetten en grenzen trekken. Ga ik uitspraken doen over individuele ruiloperaties, die zo hebben plaatsgehad ? Ik zie dat sommige beter gelukt zijn dan andere. Ik zie dat bij sommige ruiloperaties alleen maar toegegeven werd. Dat je een overgangperiode hebt, waarin je je verantwoordelijkheid wist te nemen, maar waar je geleidelijk aan tot een zeer rationele sleutel komt. In andere materies heb je permanent blijvende overdrachten. Ze vinden daar soms verantwoordingen voor. Ik wil niet zeggen: tot waar kun je in dit dossier gaan? Ik zeg alleen: wil je in dit systeem iets bereiken, heb je het mechanisme van de ruil. Wat zijn de gevaren van de ruil, enzovoort...

- **Moderator** : Is er een reactie op dit gegeven ?

- **Guy Tegenbos** : Eigenlijk is het meestal niet zo simpel. Maar we zijn aan het afwijken van de vraag van dokter Malfliet, maar ik kom daar straks naar toe. Het Europees mechanisme is niet zo simpel, want de synthese die men in Bologna gemaakt heeft, namelijk de bachelors-masters, de structuur, dat was de synthese, dat was het antwoord, dat was niet de vraag. Ik denk ook niet dat de vraag in de huidige Europese of de toekomstige Europese landen uitdrukkelijk is naar: “geef ons de geëchelonnerde gezondheidszorg”. Ik denk niet dat dat de vraag is; de motoren voor dat soort dingen, de vragen voor dat soort dingen liggen meestal op een lager abstractieniveau en in de gezondheidszorg zie je een aantal vragen rijzen die er toe neigen te zeggen: er gaat wat gebeuren op Europees niveau in de gezondheidssector. Wat? Dat weet ik niet. Welke vragen kunnen dat zijn? Ik ben toevallig in Duitsland en ik wil in Duitsland verzorgd worden; dat zijn verzekeringsvragen; dat zijn vragen over dit of dat geneesmiddel: is het daar al wel erkend en hier nog niet? Dat zijn de vragen die daar leven. Andere vragen van een ander niveau zijn: overal in Europa hebt ge een regelgeving voor aanvullende ziektekosten. Bij ons vindt ge daar geen uitsluitel over. Dit zijn de inputs die op dit ogenblik Europees komen naar ons en zo komen ook inputs naar andere Europese landen. Wat daaruit als synthese gaat naar voor komen,

daar heb ik echt nog geen idee over. Ik ken dat nog niet genoeg, ik heb daar nog geen zicht over, dat weet ik dus niet. Maar er is wel een druk aanwezig in Europa en soms kan je die druk wat sturen, meestal kun je die niet sturen en overkomt er u iets. Maar die Europese 'deus ex machina', die bestaat wel. Wat daaruit gaat voortkomen? Ik weet het niet. U kunt dat waarschijnlijk beter voorspellen als je de 15 of straks de 25 systemen kent en ziet wat daar in zit als mechanismen.

- **Toon Malfliet** : Wel om te beginnen zou ik willen stellen, ik ben niet helemaal zeker want ik ben er al een beetje uit, maar ik weet dat Bologna niet toepasselijk is op de geneeskunde.

De implementaties in de geneeskunde zijn onderworpen aan een sectorieel richtlijn die dateert van 1975. Maar dat gaat over diploma's en niet over de beroepstitels.

Het is duidelijk dat die richtlijnen lang op voorhand worden voorbereid. Dat is het probleem met de geneeskunde maar dat zal niet uit de lucht vallen. Dat is al 20-25 jaar dat men daar mee bezig is. Alleen is men in België niet geïnteresseerd in wat er in Europa gebeurt. Ik heb altijd last gehad, ik heb mij er mee bezig gehouden in het verleden. Ik heb altijd enorm last gehad om gelijk welk medium warm te maken; ik heb trouwens nooit de kans gehad om de Belgische artsen voor te bereiden op de richtlijnen die kwaad bloed zullen zetten hierover... en ik heb mijn best gedaan om te informeren, ... maar de media?

- **Stefaan Hamson** (Verbond der Vlaamse Tandartsen) : Ik zou eerst en vooral Guy willen bedanken voor de promotie die we gekregen hebben. Tot nu toe waren we corporatisten, nu zijn we neocorporatisten.. Er beweegt duidelijk iets. Ik heb één probleem met uw voordracht waarin je dus de krachten aangehaald hebt die de mogelijke defederalisering tegengaan. Maar wat ge toch vergeten zijt te bespreken, is de verzuiling van de gezondheidszorg. Een zeer zwaar probleem, waarbij altijd toch een achterliggende idee is van politiek, die dus de sociale zekerheid duidelijk aanwendt in stemmenronselarij en uitdelen van allerhande voordelen.

Dat is één van de redenen die meebrengen dat zo weinig aan gezondheidsbeleid gedaan wordt, dat de gezondheidszorg eerder in zuiver politieke arena staat dan in de mogelijkheid om werkelijk te dienen waarvoor ze dient. En als wij aan onze gezondheidsbeleid binnen onze sector, en ik spreek dan over de tandheelkunde, iets willen doen, dan zijn we neocorporatisten. Verder in de remedies is het zo dat zeker en vast het fiscaliseren van de gezondheidszorg, van een deel van de gezondheidszorg, een absoluut goede zet zou zijn om dat op één of andere manier te kunnen naar voor brengen. Verder had ik toch wel een opmerking op de laudatio van Vandenbroucke, waarbij gezegd wordt dat hij de internationale trends het snelst omzet in Vlaanderen. Dan zie je dat hij vanuit Vlaanderen komt en dat gaat doordrukken op federaal niveau. Het is jammer dat de minister in een land waar de National Health Service zoveel schade aanricht, zijn scholing gekregen heeft, vooraleer hij naar België gekomen is om minister te worden . Maar het zijn niet de internationale trends die hij gaat doordrukken, maar wel de sterke neiging naar collectivisering.

Een ander punt in verband met de transfers, die daar juist besproken zijn: het is onmogelijk om met de minister – de huidige minister althans en ook met zijn voorgangers - om de transfers, die volledig onverantwoord zijn, uit te vlooien. De misbruiken worden in stand gehouden, en dat heeft te maken met de verzuiling, waar ik het in het begin over had. Het is dus onmogelijk om te gaan zorgen dat de budgetten beheerst worden , zeker en vast niet deze die ten onrechte aangewend worden, en dat is een zeer, zeer zwak punt.

Daardoor zeggen andere politieke strekkingen: wij gaan niet meer investeren in de gezondheidszorg en sociale zekerheid, ondanks dat iedereen weet dat het nodig is. Wij willen niet meer investeren, zolang als de misbruiken niet weg zijn . En daar hebben ze misschien gelijk in.

En dan een ander punt: de laatste remedie, die daarstraks werd aangehaald, maar die ik wel zou willen benadrukken, dat is dat Vlaanderen zou kunnen meewerken aan het defederaliseren van de neocorporatisten. Als wij ernaar zouden gaan streven dat inderdaad die lobby's, die we toch zijn, laat ons dat duidelijk zeggen, zich gaan opsplitsen naar Vlaanderen toe, dan gaan wij duidelijk onze accenten kunnen doordrukken. Tenslotte liggen wij aan de basis van veel van die beslissingen. Dan gaan wij, zoals Guy voorstelde, de Vlaamse visies doordrukken en federaal tot stand brengen. Ik zou toch duidelijk willen vragen dat Vlaanderen daaraan meewerkt en dat, niet zoals nu gebeurt, de klassieke artsenbonden geweigerd worden in het nieuwe overleg over de toekomst van het gezondheidsbeleid in Vlaanderen. Ik kan U daar één heel simpel voorbeeld van geven: toen het VIPOP zoveel jaren geleden werd opgericht, werd er duidelijk gezegd: diegenen die daar bijkomen, die moeten een syndicaal geurtje hebben. Het zijn tenslotte die Vlaamse krachten, die nu federaal werken, die later in Vlaanderen aan de bak zullen moeten komen om de belangen te verdedigen en het zou best zijn ze daarin te betrekken . Excuseer dat ik zo lang geweest ben.

- **Moderator** : In uw pleidooi zitten meerdere aspecten, waarvan ik denk dat ze stuk voor stuk aanleiding kunnen geven tot discussie. Ik zou eerst op het punt van de verzuiling willen terugkomen. In welke mate kan de verzuiling remmend werken op de verdere ontwikkeling?

- **Louis Ide** (N-VA): Ik volg mijnheer eigenlijk dat minister Vandenbroucke mijns inziens gevangen zit in het carcan van de P.S. en de mutualiteiten. Het aspect van ontzuiling en verzuiling vond ik net iets te weinig aanwezig in het betoog. Ook zou ik graag van mijnheer Tegenbos willen horen hoe hij denkt dat minister Vandenbroucke de Vlaamse visie doordrukt in het federale beleid, want een paar maand geleden schonk de minister de klinische biologie nog een paar miljoen euro, waarmee hij eigenlijk de transfers erkende, maar nauwelijks een paar weken terug compenseerde hij dat

door een nieuwe B-8 in te voeren, waarmee hij eigenlijk alleen het moeilijk publiek in Franstalig België erkende. Voor mij is dat depannage, en ik zie niet in hoe hij de Vlaamse visie doordrukt in het federaal beleid.

- **Guy Tegenbos:** Verzuiling: je moet dat goed definiëren. Het geven van voordeeltjes aan..., dat is niet verzuiling. Verzuiling is de band tussen de partijen en de bonden enzovoorts. En dat heb ik vermeld in mijn uiteenzetting daarstraks. Het feit dat belangrijke actoren in het veld nog altijd federaal denken: dat is juist. Het socialistisch ziekenfonds denkt nog altijd federaal. Binnen het socialistisch ziekenfonds krijg je wel wat Vlaamse en Waalse kernen,... . De ode aan Vandenbroucke heb ik niet gebracht hoor. Laat dit duidelijk zijn. Het is een minister, die meer dan zijn voorgangers elementen van het Vlaams gedachtegoed in het federaal beleid doorduwt. Maar dan zeg ik niet, dat al wat hij doet, dat ik daar enthousiast over ben. Ik zeg wel dat hij een aantal elementen van Vlaams beleid hiermee doorduwt. Bijvoorbeeld in verband met huisartsengeneeskunde, bijvoorbeeld het beklemtonen van grote artsencentra wat in Vlaanderen manifest bezig is. Bijvoorbeeld de responsabilisering die hij beloofd heeft door te voeren in de ziekenhuizen. Ik heb daarstraks daaraan toegevoegd dat dit maar werkt als hij verder harder en dieper gaat. Je kunt zijn politieke positie ook inschatten, hè. Hij zal dat nooit harder en dieper doen als daar nooit duidelijk voor “gepushed” wordt.

- **Moderator:** Nu we toch bij minister Vandenbroucke beland zijn: kunnen wij dan misschien verder gaan met het begrip collectivisering?

- **Guy Tegenbos:** Neocorporatisme: ik wil daar even duidelijk over zijn. Ik ben niet tegen; ik vind het zelfs een democratisch recht van beroepsorganisaties, om op te komen voor hun belangen, en de belangen van hun leden te verdedigen. Dat is het democratisch recht en zelfs meer dan dat. Met de organisatie van de gezondheidszorg doe je er goed aan om die krachten te horen, om die belangengroepen al dan niet te organiseren om in bepaalde aspecten van het beleid een rol te spelen. Neocorporatisme daarentegen is als je een beheer van een stelsel toevertrouwt aan belangengroepen. En dat is nog altijd de constructie die bestaat in de ziekteverzekering. Het beheer van de ziekteverzekering is feitelijk toevertrouwd aan belangengroepen. De overheid pikt dat hoe langer hoe minder, “overruled” die hoe langer hoe beter, en Vandenbroucke doet dat nog veel meer dan zijn voorgangers. En dat is goed, want de politiek moet haar rol spelen. Wat ik aanval, als zijnde niet democratisch en niet efficiënt, dat is dat je een beheer van dit soort rollen toevertrouwt aan belangengroepen, en daarvan uitgaat. Dat is de voorstelling van het neocorporatisme: als iedereen zijn belang heeft verdedigd, dan heb je het algemeen belang verdedigd. Dat is niet waar: en het voorbeeld waar Dr. Malfliet naar verwees – volgens mij is dat geschiedenis, belangrijke geschiedenis – is een van de uitwassen van een neocorporatistisch systeem. Als wij er belang bij hebben, als wij vinden dat wij als partners in dat spel moeten zwijgen, dan gebeurt dat. Wij hebben daar onderling belang bij, maar dat is niet het algemeen belang. Dit is een voorbeeld waar neocorporatisme kan ontsporen. Zeg ik daarmee dat je artsen en ziekenfondsen ook zo noemt? Zolang je belangrijke organisaties in het beleid niet betreft, zoals Vlaanderen dat op dit ogenblik doet, zeg ik nee. Stefaan Hamson heeft, denk ik, een vinger gelegd op een wonde. Of dat de juiste vinger is, dat weet ik niet, maar hij heeft de vinger gelegd. Wat gebeurt er in Vlaanderen niet of veel te weinig? Men betreft bij het Vlaams gezondheidsbeleid te weinig systematisch de groepen van de gezondheidsactoren. Waarom doet men dat zo weinig? Omdat men gezien heeft op federaal niveau wat ge krijgt als ge ze teveel macht geeft. En die reflex om dit soort groepen te betrekken wordt stelselmatig onderdrukt uit schrik voor Dit is onverstandig. Maar als men die groepen betreft moet men dat verstandiger doen dan wat we op federaal vlak georganiseerd hebben: je moet hen nooit het beheer geven. Het kan best zijn dat het zinvol is op bepaalde ogenblikken vakbonden van artsen of tandartsen te betrekken, maar het kan best beter zijn op andere ogenblikken niet vakbonden, maar wetenschappelijke verenigingen van artsen erin te betrekken. Daarover hebben we ook niet in Vlaanderen systematisch nagedacht. Men zou dat best eens doen. Hoe organiseer je dat het best? Hoe organiseer je de inbreng van de beroepsgroepen het best in het beleid, zonder in het neocorporatisme terug te vallen en zonder in een gecrispeerd afhouden van die groepen te vervallen?

- **Moderator:** U zou de Medicomut afschaffen? Medicomut als instituut?

- **Guy Tegenbos:** Wat je moet hebben voor de artsen, de kinesistengroepen, enz ... is een plaats, een orgaan, waarin je, zoals vakbonden en werkgevers een soort CAO kunt afsluiten over het inkomen. Je kunt dat lichtjes bijsturen door de overheid, die daar verstandig mee omgaat, in functie van de gezondheidspolitiek die zij willen voeren. Wat is nu de Medicomut? Dat is zo een groot log ding, dat zegt: wij doktoors, wij ziekenfondsen, wij beslissen, ziekenfondsen, artsen, op basis van onze wederzijdse belangen, wat het gezondheidsbeleid gaat zijn. Nee, de Medicomut moet mijns inziens een paritair comité worden. In een paritair comité van de textiel onderhandelen ze niet over welke de beste politiek is om kleren te verkopen aan de Verenigde Staten. Daar houden ze op de achtergrond wel rekening mee. Een paritair comité bepaalt zulke dingen niet.

- **Moderator:** Ik moet eventjes tussenkomen. Wij hebben nog een tiental minuten, en er komen meer en meer reacties van de zaal. Eerst heb ik Dr. Debruyne daar op het puntje van zijn stoel zien schuiven.

- **Geert Debruyne:** Mijnheer Tegenbos, is het probleem op dit moment niet dat er in Vlaanderen geen minister van gezondheid is? Hebben we dat niet vastgesteld sedert drie jaar? Het is in "Artsenkrant" gekomen, ik dacht ongeveer anderhalf jaar geleden. Mevrouw de minister heeft dan een recht op antwoord gekregen, waar ze een aantal doodoeners gezegd heeft, maar is er sindsdien eigenlijk al een beleid gevoerd? U zegt dat de syndicaten in Vlaanderen te weinig rekening houden met artsen, maar als er gewoon niks gebeurt, dan moeten ze maar de artsensyndicaten opdoeken. Ik zit in de werkgroep over de borstkankerscreening. Ik noem dat een onding, want wij hebben daarover vergaderd tot en met, maar de aanpak van het dossier is eigenlijk bijna onder de tafel geveegd.

- **Guy Tegenbos:** Ik denk dat dat juist is. Ik denk ook dat het middenveld haar te weinig ter verantwoording heeft geroepen daarover.

- **Ingrid van Kessel** (Vlaams parlementslid): Ik wou reageren op de stelling van de positie van de Medicomut, het beheer dat daar gevoerd wordt, dat voor mij een grote kracht is voor de moeilijke of bijna onbestaande weg naar de defederalisering. Ik poog hier als parlementslid de afgelopen 6 – 7 jaar dat te volgen en het is zeer frustrerend te moeten vaststellen dat diegenen, die op democratische wijze bijna ter verantwoording geroepen worden voor het gezondheidsbeleid, heel weinig mogelijkheid hebben om een effectief gezondheidsbeleid te voeren. In de Medicomut zijn niet alleen de mutualiteiten, maar ook de artsensyndicaten in de eerste plaats federaal gestructureerd. Het verbaast mij dat bij de laatste artsenverkiezingen daar weinig mobilisatie was van de artsen. Als ik het cijfer goed in mijn hoofd heb, dan zijn 28 % van de artsen gaan stemmen. En dan was het ten voordele van de Vlaamse tak van de huisartsen, die misschien iets sterker vertegenwoordigd zijn, maar dit heeft geen verschuiving teweeg gebracht.

En daar gaan we weer voor de volgende jaren in de Medicomut. De federale organisatiestructuur van zowel de artsensyndicaten als de mutualiteiten hebben een groot impact op het proces van de defederalisering. Daarom zitten we niet in discussiegroep 1 of 2, want daar zijn ze allen overtuigd. En dat we een Vlaamse minister hebben die daar heel weinig aan doet. Ik behoor tot de CD&V, en ik zeg dit niet vanuit de normale reactie van een oppositiegroep. Ik kom uit de Kamer, en zit nu in het Vlaams Parlement. Ik zit al drie jaar te popelen op mijn stoel om iets te doen rond gezondheidsbeleid, ik moet u zeggen dat ik op dat gebied heel de tijd met mijn vingers heb gedraaid.

Het preventiedecreet: hoelang zitten we daar al op te wachten? Het is er nog steeds niet. Ik wil nog één ding zeggen: ik betreur dat er zo weinig eensgezindheid is in het artsenkorps zelf. Ik vind het een goede zaak dat Vandembroucke - en dat vind ik wel een Vlaams accent - een groot accent legt, schoorvoetend weliswaar, op de huisartsgeneeskunde. Want er zijn verschillende meningen in de artsensyndicaten, om het BVA niet te noemen, tussen de ene groep van artsen, de specialisten, en de huisartsen aan de andere zijde. Ik wil het woord echelonnering niet meer gebruiken, dat is versleten tot op de draad, maar als er daar vanuit het beleid meer bondgenootschap zou zijn van de belangengroep zelf, ik denk dat we dan een stap in de goede richting zullen zetten.

- **Moderator:** Er zijn meerder reacties.

- **Jan Van Duppen:** Ik ben huisarts en Vlaams volksvertegenwoordiger van de Sp-a, een collega van Ingrid in dezelfde commissie. Ik ga U zeggen dat ik mij aansluit bij wat zij hierna gezegd heeft. Dat is één. Twee: de verklaring waarom in het Vlaams parlement en op Vlaams niveau weinig of geen aandacht geschonken wordt aan de eisen van het artsenkorps, heeft te maken met het feit dat het daar niet over gaat. Wij gaan niet over de centen van onze collega's praten: steek dat toch niet in uw hoofd. Maar ik heb een heel andere vraag aan de heer Tegenbos in verband met zijn strategie die ik bijzonder boeiend vind van het doordrukken van Vlaams gedachtegoed op federaal niveau. Wij staan de volgende jaren voor twee zeer belangrijke, zeer zware demonen op dit vlak: de eerste en de snelste is 2004. De ouderen onder U zullen dat zeer goed weten. In 2004 komt er een nieuw contingent, het eerste contingent van na de numerus clausus. Dat contingent is asymmetrisch: dat weten we allen, om verschillende redenen. Redenen van politieke, van sociale en psychologische aard. In Wallonië zullen, ik heb mij suf zitten zoeken over de juiste cijfers, en Ingrid zal er misschien meer over weten omdat dit een federale materie is...

- **Prof. Gaston Verdonk:** 260....

- **Jan Van Duppen:** Wat?

- **Prof. Gaston Verdonk:** ... In Wallonië, 260 artsen toegestaan worden.

- **Jan Van Duppen:** En hoeveel gaan er op de markt komen? Er gaan er volgens mijn schattingen tussen de 600 à 700 afstuderen, en slechts 260 daarvan zullen actief in de markt van geluk en welzijn weerhouden worden. In Vlaanderen is dat getal een beetje hoger, maar er zullen er niet veel meer buiten komen. Dat is de eerste hefboom waar het over gaat. Nu wou ik eens graag weten van de heer Tegenbos, die zeer goed op de hoogte is van de pijnpunten die zich daar vormen, hoe onze Waalse voorzitter van de PS, Elio Di Rupo, gaat verklaren aan zijn achterban: "Mais quand-même, mes chers compatriotes, qu'est qu'on va faire ? Des jeunes gens, qui ont travaillé des années et des années, qui ont fait leur meilleur possible pour obtenir leur diplôme, aussi excellent comme medecin ; qu'est ce qu'ils vont faire?" En mijn tweede vraag: in 2020 zullen wij in dit land met 1 miljoen 85-plussers zitten. En vele onder U zullen daar bij zijn. Wie zal ons passen, wie zal ons nat houden, wie gaat ons verzorgen? Zullen wij dat doen in gesloten instellingen, zoals men

in Frankrijk nu reclame maakt voor aandelen in rusthuizen – “les oubliettes” – voor Alzheimerpatiënten? Want dat is interessant om in te investeren. Ik denk dat dat de tweede hefboom gaat zijn, want dat is financieel niet draagbaar. Maar nog erger: gaan wij voldoende equivalenten vinden die fysiek dat werk kunnen doen, voor onze 1 miljoen 85-plussers? Vindt U dat realistisch of zegt U: wij gaan dat onder de mat vegen ?

- **Louis Ide**: voor de NV-A. Zeer kort, collega: ik denk dat de MR al gereageerd heeft . Voor hen kan de numerus clausus en de contigentering niet. Ze zijn naar de Raad van State getrokken. Zij wensen de contigentering te breken. Als dit doorgaat zal Vlaanderen tweemaal betalen. Twee maand geleden heeft minister Vandembroucke mij verzekerd dat hij het been zal stijfhouden. De vraag is of hij in 2004 nog minister is??

- **Guy Tegenbos** : Ik wil toch even een paar dingen oppikken die gezegd geweest zijn. Ik denk dat daarover in het Vlaams parlement, toch onder parlementairen die zich met gezondheidszorg zouden willen bezig houden, een consensus bestaat. Mijn verslaggever zou graag hebben dat U daar reflectie aan geeft. Het punt van de 85-plussers: ik denk dat dat één van de belangrijkste factoren wordt in de sector van de gezondheidszorg. Hoe gaat dat exact evolueren ? Daar kan ik U voorlopig nog geen antwoord op geven. Als wij er de huidige procedures gaan op toepassen, gaat het niet.

Dan uw numerus clausus. Wat we moeten doen is duidelijk en klaar leren denken daarover, of een gemeenschap haar aantal studenten beperkt. Wat alsnog federaal is, en daar hebben wij belang bij, is de toekenning van beroepstitels. Daarvoor zijn duidelijke beperkingen afgesproken in het verleden, daarvoor geldt die 260, en die 260 moeten gehandhaafd worden. Wat ik hoor van Vandembroucke, is dat hij dat wil naleven. Wat ik U voorspel is dat hij of zijn opvolger maar zal naleven als er daar voldoende druk op is. Is het uitgesloten dat daar voldoende druk op is? Neen, dat kan wel. Als ik terug kijk naar de jaren 80 en naar de sectoren die ik daarstraks vermeld heb voor de strategie van Vlaams doorlichten van het federaal niveau, dan zie ik dat het op andere punten wel gelukt is. In de onderwijssector dacht men dat het ook niet zou lukken en een aantal bezuinigingen zijn daar wel doorgedrukt. Copernicus: ook iedereen voorspelde: ze gaan dat niet pikken. Het is hen wel opgedrongen . Dus het kan, als ge er maar goed op duwt; maar verwacht niet dat ze dat vanzelf doen!

- **Moderator** : We hebben nog drie minuten. Drie reacties van 1 minuut.

- **Anny Dierick**: Het zijn allemaal politici die het woord voeren. Ik zou ook graag een woord zeggen. Ik ben geen politicus, ik ben geriatr van het Onze Lieve Vrouwziekenhuis van Aalst. Het is politiek gezien erg ontmoedigend, we zijn veel te lijdzaam, dat weten we allemaal. Ik wil inspelen op het feit dat men steeds zalvend spreekt over de vergrijzing van de bevolking; dat heeft natuurlijk iets te zien met onze hoogtechnologische gezondheidszorg. Wat ik heel erg vind, en dat wordt altijd gezegd, ze gaan dat niet meer kunnen betalen. Ik denk dat ze dat niet redelijkerwijze bekijken: waarom kunnen niet meer mensen in de gezondheidszorg gaan werken? Waarom wordt dat niet gewaardeerd? Mensen die op de geriatrie staan, mensen die in rusthuizen gaan werken worden niet gewaardeerd. Daarom zijn er ook zo weinig mensen die dat doen, in die arbeidsmarkt die zeer arbeidsintensief is. En we moeten geen mensen daarvoor van straat halen, onze verpleging is geëvolueerd, en mag geapprecieerd worden. Als er over verpleging gesproken wordt, is het altijd hoogtechnologie. Ik vind dat het nu de beurt is aan de media, om die mensen te appreciëren en te zeggen: daar ligt een beroepsmogelijkheid voor U, dat is de toekomst. Daar is een kans voor zovele andere beroepen en voor zo een elementair beroep, daar zou geen geld voor zijn? Ik denk dat ge dat prioritair moet stellen, naar de toekomst toe. En dat is de taak van de parlementsleden. Men zegt altijd: de jongeren moeten betalen voor de ouderen. Dat is niet waar: de ouderen hebben betaald daarvoor. En dat is het verkeerde: het opjatten van generaties. Ik krijg altijd van die denigrerende opmerkingen van: wie gaat de pampers aandoen en er wordt nog veel platter gezegd. Ik sta daar niet achter. De media zouden daarvoor meer aandacht moeten hebben.

- **Moderator**: Dank U, collega. Ik geef symbolisch het laatste woord aan de heer Van den Brande.

- **Luc Van den Brande**: Dank u wel, voorzitter. Ja, mevrouw, ik wil U ten volle bijtreden. Een conflict tussen generaties is absoluut niet aangewezen. Ik vind dat die solidariteit een pijler is van een maatschappij die gesteund is op zekere waarden.

Drie korte bedenkingen:

Eén: het zijn dus ook bedenkingen naar Guy Tegenbos toe. Zijn logica is gevat door het systeem. Ik denk dat we in algemene beleidstermen, waar de doelstellingen toch gemeenschappelijk zijn, we goed moeten voor ogen houden dat de strategie, die op het vlak van onderwijs gevoerd wordt, niet noodzakelijk de juiste strategie is om naar gezondheidszorg te huldigen. Al datgene wat wij nu zijn, dat is een Vlaams gegeven. Ik denk altijd van de drie geesten: de gemeenschap, de gemeente, en het geheel; dat is het lokale, de Vlaamse gemeenschap en Europa. Welnu: Bologna heeft natuurlijk te maken met het ankerprincipe van het vrije verkeer van goederen, diensten, kapitaal en mensen. Het heeft niet te maken met de onderwijsbevoegdheid, maar met : hoe organiseren wij dat en hoe krijgen we daar gelijk. Dus het eerste punt: laten we goed opletten dat we leren uit strategieën van bevoegdheidoverheveling, maar laten we niet denken dat we ze identiek kunnen toepassen.

Twee: ik geloof dat we moeten, we, dat is iedereen op zijn of haar terrein, dat we moeten een aantal zaken objectiveren.

Dat is niet gemakkelijk. Ik geef een voorbeeld: hoe komt het dat de zeer waardevolle idee van '93 over het tweepijlersysteem, dat dit nog eens cyclisch naar voor komt, maar het eigenlijk een objectieve basis is om het onderscheid te maken tussen de inkomensvervangende en de kostencompenserende takken in de sociale zekerheid. Ik denk dus dat we misschien tactisch gezien niet direct moeten zeggen: "wij willen de kostencompenserende in het ene bevoegdheidsniveau houden, en in het andere de inkomensvervangende, maar het als een objectief waardevol onderscheid van organisatie aannemen. Wij zeggen allemaal, en het is juist, de huidige financiering van het systeem is buitengewoon arbeidsvernietigend, want het pak van de middelen drukt op arbeid. Maar we moeten goed beseffen, ik heb hier ook geen antwoord op gehoord vandaag, wat de alternatieve financiering is van datgene, wat je niet meer langs bijdragen genereert. Dus met andere woorden: als we spreken over 7 of 8 of 9 %, wat we op die manier aan verlichting kunnen opbrengen, moet dan gefiscaliseerd worden. En dat wil dus zeggen dat er een omslag moet komen, niet van alleen de arbeidsbevolking, maar naar heel de bevolking. Als we daartoe bereid zijn dan hebben we morgen een zekere sleutel in de hand om naar die alternatieve financiering te komen.

Drie : ik zou doorheen uw drie punten van strategie: overtuigen, ruilen en conceptinbreng, absoluut pleiten dat we, wat ik zou noemen, maximaal het terrein bezetten. En daarmee bedoel ik: in de organisaties, op de plekken waar de corporatisten en neocorporatisten op post staan. Want laat me toe hier te zeggen, er zijn politiek Vlaamse Vlamingen en Belgische Vlamingen, maar dat is zo in alle sectoren van de samenleving. Ik kom heel veel Vlaamse ondernemers tegen die Belgische ondernemers zijn. Het is een verantwoordelijkheid: het terrein bezetten, en de bevoegdheden zoals ze nu zijn maximaal benutten. Als we dit maximaal doen, dan denk ik dat er een heel pak kan gebeuren, dat wel dicht bij het conflictmodel ligt, maar sommige dingen moeten soms langs een conflict tot een oplossing komen. De zorgverzekering, en laten we nu niet zeggen dat ze ideaal is enzovoort, was absoluut onbespreekbaar tot op het ogenblik dat we gezegd hebben: we doen dit en we leggen dit voor aan de rechtsinstanties, geen probleem, en dan kunnen sommige dingen. Ik stel mij soms de vraag: als we het hebben over de twee takken - gezondheidszorg en familiale kinderbijslag – dan denk ik dat het perfect binnen de huidige bevoegdheid mogelijk is, los van de sociale zekerheid, om een eigen systeem van kindertoelagen of kinderondersteuning op het Vlaamse vlak tot stand te brengen. Ik pleit, als niet tegengesteld aan uw drie punten enzovoort, voor objectivering van een aantal zaken, omdat ze op zichzelf intrinsiek goed zijn, en twee: voor het maximaal bezetten, intellectueel, inhoudelijk naar concepten toe, van mensen en van verantwoordelijkheden.

- **Moderator** : Dank u voor uw opmerkingen, voor uw uiteenzetting. Gezien het uur moet ik de officiële discussie hier afbreken. Ik nodig U uit om in een meer gemoedelijke, een meer persoonlijke sfeer, verder te discuten tijdens de broodjesmaaltijd , die U kunt nuttigen in de Schelp.

Op mijn beurt wil ik alle aanwezigen, alsook de discutanten, van harte danken voor hun aanwezigheid en hun medewerking.



Discussiegroep I: Waarom integratie van preventie en verzorging op éénzelfde beleidsniveau ?

- Bart Garmijn stelt zich voor:
Hij is momenteel bedrijfsarts. Studeerde aan de K.U. Leuven- richting Maatschappelijke Gezondheidszorg. Volgde opleiding Epidemiologie. Is sinds meerdere jaren WVVH stafmedewerker. Stond mee aan de wieg van de logo's.
- Re- federalisering
De huidige overheid gaat terug de weg op van re- federalisering (zie zorgprogramma's, D.G.T in de eerste lijn, tegenwerken van Vlaamse zorgverzekering). Beseft men dit en wat is hier tegen te doen?
De aanwezigen beseffen niet dat dit gebeurt wat de stelling bewijst dat dit allemaal erg subtiel gespeeld wordt. Wij moesten dus zeer waakzaam blijven en bondgenoten zoeken (ook politici die openlijk kiezen voor een ge- integreerde Vlaams gezondheidszorgbeleid) en ook de splitsing van volksgezondheid en sociale zekerheid aan de orde stellen.
- Wat betekent dit alles voor Brussel?
Vraagsteller vermoedt dat de Vlaamse Beweging onvoldoende nadenkt over het lot van de Brusselse Vlamingen (patiënten en zorgverstrekkers) dat Brussel niet klaar is om een keuze te maken (v.b. quid RVT, vaccinatieprogramma). Bart Garmijn ziet hier geen echt probleem (cfr. splitsing C.M.) en vindt dat de Brusselaars de keuze zullen hebben tussen verschillende systemen. Zijn voorstel voor sub- identiteit krijgt heel wat commentaar.
- Wat zijn concrete financiële voordelen van integratie?
De structurele en organisatorische voordelen zijn duidelijk maar wat is de financiële meerwaarde? Is er kosten besparing? Hoe aantonen dat Vlaanderen er concreet op vooruitgaat door integralenaanpak. Is er aanvankelijk geen grote investeringskost?
- Er is dringend nood aan een uitgeschreven document over het gezondheidszorg beleid in Vlaanderen.
Hierbij wordt verwezen naar de preventienota (met vijf prioriteiten) van de vorige regering.
Er moet beschrijving komen van doel, middelen, winsten en verbeteringen.
- Vlaamse gezondheidszorg = Gezins- en vrouwvriendelijk
De vrouw is binnen de maatschappij de behoudster van de gezondheidszorg. Zij integreert spontaan preventie en curatie. Gezondheidszorg is een maatschappelijk gebeuren (cfr. preventie en zorg van depressie)
Vrouwenorganisaties, het maatschappelijk middenveld en de media moeten deze gedragsverandering mee sturen. Ook het onderwijs heeft een belangrijke taak bij het aanvaardbaar maken van preventie. Er moet voldoende professionele ondersteuning komen voor zelf- en mantelzorg.
- Wat doet het beleid?
Van uit de gezondheidssector worden vele adviezen gegeven (roken, verslaving, verkeersveiligheid) maar school en bevolking en beleid volgen of steunen deze programma's onvoldoende. Toch moet er ook plaats zijn voor de eigen verantwoordelijkheid en de overheid mag niet te dwingend zijn.
- Een ethische discussie
Moet de politiek de maatschappelijke trends volgen of moet zij zelf een keuze maken. Kiest men terug voor de centrale plaats van het gezin en is de holistische aanpak gestuurd door historische, sociale en culturele achtergronden?
Vlaanderen lijkt te kiezen voor integratie van zorg en preventie, voor vrouw- en gezins- gestuurd, en voor een belangrijke taak van het onderwijs.
- Vlaamse Gezondheids Raad
Is momenteel geen voorbeeld van transparantie en de samenstelling is maar pseudo representatief voor Vlaanderen. De echte deskundigen komen onvoldoende aanbod.
Competent advies over gezondheidszorg moeten komen van wetenschappers en maatschappelijke relevantie hebben. Een gedreven ambtenarij, die weet wat goed is voor de bevolking moet het geheel schragen.
- Algemene doelstelling van gezondheidszorg
 - voorkomen van ziekten en ongevallen
 - zorg bieden aan bestaande nodenbeiden zijn niet gediend door een artificiële scheiding.

Chris Geens



Discussiegroep II: Waarom zijn de gemeenschappen het betere integratieniveau?

Een eerste reeks vragen en opmerkingen handelde over de transfers in de sociale zekerheid. Hier werd de vraag gesteld hoe men een onderscheid kan maken tussen cultuurgebonden en objectiveerbare verschillen in de gezondheidskosten.

Antwoord: er bestaan algemeen aanvaarde instrumenten om de gezondheidsgraad van een bevolking te meten. In België wordt dit o.a. gebruikt in de "minimale klinische gegevens" en de "minimale psychiatrische gegevens". Het verzamelen van deze gegevens is wel niet volledig objectief. De ziekenhuizen moeten deze gegevens verstrekken en zij weten wel dat daar financiële consequenties aan verbonden zijn. Toch zijn deze gegevens bruikbaar. Het is op basis van deze gegevens dat het verschil in kosten voor de behandeling van appendicitis tussen het Noorden en het Zuiden van België kon aangetoond worden.

Er wordt gewezen op het verschil in transfers via uitgaven in de sociale zekerheid en via de inkomsten. Het grootste deel van de transfers zou liggen in de inkomsten en dit verschil is te wijten aan het feit dat er in Wallonië minder sociale bijdragen worden geïnd. Er wordt voorgesteld bij het splitsen van de sociale zekerheid in een eerste fase enkel de uitgaven te splitsen en niet te raken aan de inkomsten. Uit de discussie blijkt dat dit een interessante denkpiste is.

Er wordt gevraagd in hoever de Vlaamse administratie een eventuele overdracht van de bevoegdheid over curatieve geneeskunde reeds voorbereid heeft. Dit kan van belang zijn indien na de komende verkiezingen dit een onderwerp wordt van de regerings-onderhandelingen.

Antwoord: tijdens de vorige legislatuur werd onder de bevoegdheid van minister Wivina De Meester hierover reeds heel wat studiewerk verricht. Dit werk werd gedaan door de Vlaamse administratie in samenwerking met een extern studie bureau. Onder de huidige Vlaamse regering is dit studiewerk stilgevallen, maar de resultaten blijven beschikbaar.

Er wordt gevraagd welk beleid de Vlaamse regering zou voeren indien ze de bevoegdheid zou krijgen voor een geïntegreerd gezondheidsbeleid. Welke houding zou ze aannemen t.o.v. de verantwoordelijkheid van en de solidariteit met patiënten die de preventie verwaarlozen of weigeren of die roofbouw plegen op hun eigen gezondheid.

Op die laatste specifieke vraag wordt geen antwoord gegeven. Op de vraag naar het beleid in 't algemeen wordt geantwoord dat de Vlaamse regering nu reeds een beleid voert dat ook de curatieve sector aanbelangt. Dit wordt gestaafd met het voorbeeld van de radiologie, die nu door de Vlaamse regering betrokken werd bij het preventiebeleid inzake borstkanker. Hiervoor is er een zeer goede medewerking bekomen van de radiologen.

Door een radioloog wordt kritiek uitgebracht over de feitelijke uitvoering van dat beleid, dat niet voldoende zou beantwoorden aan de huidige wetenschappelijke normen. Er is geen kritiek op de principiële waarde van dat beleid.

Er wordt een vraag gesteld over het belang van het verschil in medische cultuur tussen Vlaanderen en Franstalig België. Volgens de inleiding van Dirk Dewolf zou er een belangrijk verschil zijn. Volgens Guy Tegenbos zou dit te herleiden zijn tot enkele jaren achterstand van de Belgische Franstalige medische wereld.

Verskillende tussenkomsten benadrukken dat er een belangrijk verschil bestaat: een verschil in aanpak van medische problemen en een verschil in fundamentele medische begrippen. Dit alles zou steunen op een verschil in medische opleiding. De Franstaligen zouden te weinig contact hebben met de internationale medische wetenschappelijke literatuur en zodoende een achterstand hebben op de huidige stand van de medische wetenschap.

Er werden verschillende vragen gesteld en opmerkingen gemaakt over de taaltoestanden in Brussel en vooral in de Brusselse ziekenhuizen. Hierbij werd soms afgeweken van het onderwerp van de discussiegroep. Deze tussenkomsten kunnen als volgt geresumeerd worden:

Vrijwel iedereen is het erover eens dat het bi-communautaire model gefaald heeft. Als mogelijke weg naar verbetering worden twee verschillende oplossingen verdedigd, namelijk: het co-communautaire model en het oprichten van eigen Vlaamse instellingen in Brussel. Onder co-communautair model wordt dan verstaan dat de gezondheids- en welzijnsinstellingen in Brussel zouden samen beheerd worden door de Vlaamse Gemeenschap en de Franstalige Gemeenschap. Er bestaat een consensus voor het afwijzen van een gezondheidsbeleid en een beheer van de gezondheidsinstellingen door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Een aantal tussenkomsten stelt dat het co-communautair model niet kan werken omdat samenwerking met de Franstaligen onmogelijk zou zijn. De Franstaligen zouden namelijk een tweetalige gezondheidszorg in Brussel niet willen en bijgevolg tegenwerken waar ze daartoe de macht hebben. Als voorbeeld wordt de Iristructuur aangehaald, dit is een samenwerkingsverband tussen de vroeger OCMW-ziekenhuizen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Die structuur moest er o.a. voor zorgen dat de tweetaligheid van die ziekenhuizen zou verbeteren. Dit is helemaal niet gebeurd en dit falen zou te wijten zijn aan een actieve politiek van bovenaf.

Robrecht Vermeulen

14 september 2002



Discussiegroep III: Welke krachten houden de integratie nog tegen?

Integratie curatieve en preventieve gezondheidszorg.
Hoe zijn die krachten (misschien) te overstijgen?

Guy Tegenbos - Politiek redacteur - De Standaard

Beste vrienden en vriendinnen.

Vooreerst graag dit: Een politiek redacteur van een voornaam dagblad begint zijn uiteenzetting met ons aan te sporen Willem Elschot te lezen, nl. Kaas en Lijmen. Was dit als cultuurspreiding bedoeld? Of was het toch een boodschap, nl. hoe men een taak of een opdracht zou moeten uitvoeren en deze taak niet uitvoert. Dit is natuurlijk juist toepasselijk op de Belgische, nationale of federale overheden in hun volksgezondheid en sociale zekerheidsbeleid.

Punt I

Integratie curatieve en preventieve gezondheidszorg

Hierover zijn wij het in Vlaanderen volledig eens en werd in de discussies van groep I en II afdoende besproken.

Punt II

Welke krachten houden integratie tegen?

Vooreerst zijn er de structuren: door de wet Moureaux, is de volksgezondheid een onderdeel van de ganse sociale zekerheid.

Dit mondt uit in een ondergeschiktheid zowel in structuur als in administratie. Trouwens deze administratie is grotendeels samengesteld uit ambtenaren benoemd langs hun Franstalige, rode partijkaart. Persoonlijk hebben wij het al tientallen jaren ondervonden als voorzitter van de erkenningscommissie-pneumologie en als Belgische afgevaardigde sedert 1967 bij de UEMS allergologie, waar in Europa der 15 alleen België geen erkenning of opleiding bezit ... omdat de Franstalige universiteiten geen interesse hebben. Zo kan er ook in Vlaanderen geen orde op zaken gezet worden. Een tweede negatief luik is zeker de quasi unitair Belgisch samenstelling der artsensyndicaten en de volledig unitair Belgisch gestructureerde en denkende mutualiteiten en syndicaten. Dit heeft dan weer te maken met de verzuiling van deze beleidsorganen.

Deze politieke organen zijn natuurlijk ook nog schadelijk voor het eigenlijk beheer. Als voorbeeld werd door een aanwezige naar de fraude of diefstal van de socialistische mutualiteiten verwezen, nl. de 30 miljard BF waarvan het dossier (zelfs na gerechtelijke veroordelingen) naar de prullenmand werd verwezen.



Nog een ander probleem werd opgeworpen:

Er zijn langs geneeskundige zijde alleen syndicale organisaties als vertegenwoordiger van het geneeskundig korps aanwezig. Hier ontbreekt toch duidelijk een wetenschappelijke onderbouw van vele discussieproblemen. Hier zou het VVMV (Verbond van Vlaams- medisch- wetenschappelijke verenigingen) een duidelijker rol langs Vlaamse kant kunnen spelen.

Ook daarom stelt zich duidelijk de vraag: moet de Medico-Mut niet hervormd worden?

Door vertegenwoordiger van regering en oppositie werd in de discussie beklemtoond dat de parlementscommissie volksgezondheid geen werking of inbreng heeft in het gebeuren. Deze mogelijkheden zouden toch maximaal moeten benut worden. Het is zeker duidelijk dat er in een volgende Vlaamse regering een Vlaams minister van Volksgezondheid moet komen: een politicus met verstand en ruggengraat die een eigen beleid moet uitstippelen en doorvoeren.

De zorgverzekering is hiervan een duidelijk voorbeeld.

Punt III

Hoe zijn die negatieve krachten (misschien) te overstijgen?

Vooreerst is er het zgn. Ruilen: tot op heden zijn alle staatsvormingen een ruilhandel (zelfs een koehandel) geweest tussen de 2 gewesten: Vlaanderen kreeg er enkele bevoegdheden bij en Wallonië kreeg veel geld.

Maar voor de volksgezondheid en de sociale zekerheid worden deze bedragen zo groot, dat na de splitsing tot federaal budget een echte lege doos zou worden.

Maar misschien kunnen wij beginnen met deelbevoegdheden te ruilen, zoals de ziekenhuissector; want van 1 stuk komen er zeker 2 en zo brokkelt het unitair bastion af.

Wij kunnen natuurlijk ook het Vlaams beleid federaal doordrukken, tegen de zin van de Franstaligen. Wij zagen dit een tiental jaren terug met het onderwijsbeleid en zo juist met het Copernicus-akkoord. Zo zouden de Walen zelf over de brug komen ...

Waar vinden wij bondgenoten?

Zeker zullen de werkgevers graag vernemen dat de ziekteverzekering minder zou gaan wegen op de arbeidskosten. Deze bedragen, nu 9 %, zouden dan door de gewone belastingbetalingen over de ganse bevolking gespreid worden.



Als besluit nog dit:

Wij hebben getracht een benadering te geven van het referaat van Guy Tegenbos en de interventies uit het volbezette auditorium, waar iedereen wegens het tijdsgebrek niet kon aan bod komen.

Het is overduidelijk dat de ziekteverzekering scheef gegroeid is zowel qua administratie als beheer.

Ondanks de gespierde verklaringen van de politici en zelfs de Vlaamse regering, staan wij nog nergens en moet er nog een lange, harde weg bewandeld worden. Maar dit moet dan ook een eensgezind en apolitiek streven zijn voor een betere geneeskunde, zowel voor de ziekteverzekering zelf als voor de geneesheren en de patiënten.

Dr. Robert de Beule

INTEGRATIE van PREVENTIEVE en CURATIEVE GENEESKUNDE Naar een VLAAMS GEZONDHEIDSBELEID

Dat er een noodzaak bestaat om tot een samenhangende aanpak inzake preventief en curatief beleid en tot een socialere en efficiëntere aanpak van de gezondheidszorg te komen, heeft de eerste inleider op overtuigende wijze aangetoond. Dat de Gemeenschappen het aangewezen niveau vormen om de integratie van preventieve en curatieve gezondheidszorg te realiseren, dat er geen weg terug is naar een unitair gezondheidsbeleid, werd treffend gestaafd door de tweede inleider.

Nochtans hoeven de politieke partijen in Vlaanderen daar niet meer van overtuigd te worden, want ze zijn het al:

- Het blijkt immers uit de standpunten dienaangaande die door de oppositiepartijen CD&V en VB en N-VA zijn ingenomen.
- Het staat ook in vrijwel identiek diezelfde bewoordingen in de Vlaamse regeringsverklaring van juli 1999, die werd ondertekend door de VLD, Spa, de toenmalige VU en Agalev.

Om dit te illustreren lees ik het volgende citaat:

“... de overheveling van het gezondheids- en gezinsbeleid naar de deelstaten, met name de normerings- en de uitvoeringsbevoegdheden, is dode letter gebleven.

Nochtans zijn dit bij uitstek persoonsgebonden en dus gemeenschapsmateries. Een efficiënt beleid is terzake alleen mogelijk wanneer de preventieve en de curatieve component op elkaar worden afgestemd. Vlaanderen is het erover eens dat de gezondheidszorg en de gezinsbijslagen overgeheveld moeten worden naar de deelstaten. Vlaanderen moet terzake een efficiënt beleid kunnen ontwikkelen dat de specifieke demografische en sociale karakteristieken van de Vlaamse gemeenschap in rekening brengt.” Einde citaat.

Deze woorden, die een perfecte samenvatting zijn van de materie vandaag besproken en de verzuchtingen daaromtrent, zijn niet deze van een verzuurde Vlaamse beweging die de grieventrom roffelt, maar ze komen uit “Het Vlaams Manifest” van Patrick Dewael, Vlaams minister-president en zelfs al Belgisch minister van staat!

Mevr Vogels, Vlaams minister voor Welzijn en Gezondheid, in een interview met de GvA van 04/03/2002 zegt het zo:

“... we zitten in een politiek gefederaliseerd systeem dat niet meer stopt. En waarbij er meer nood is aan homogene bevoegdheidspakketten om een vlotter en beter beleid voor de burger te kunnen uitwerken. ...

Het lijkt me wel nodig dat er toch beslissingen worden genomen. In het belang van de burger die een doorzichtig beleid wenst. Die burger weet nu niet meer wie voor wat bevoegd is. Dat tonen de voorbeelden aan ...

(En meer specifiek in betrekking tot het thema van vandaag) ... Als Vlaanderen echt een preventief beleid wil voeren, hebben we meer geld nodig (uit de federale pot). Nu beschikken we over 87 miljoen euro terwijl de federale minister van Sociale Zaken een budget van zowat 14 miljard beheert ...”

In het vooruitzicht van het colloquium van vandaag heb ik de verschillende partijvoorzitters aangeschreven, en specifiek gevraagd naar hun standpunten ivm een toekomstig Vlaams gezondheidsbeleid.

Volgens de **N-VA** zit de gezondheidszorg gevangen in een unitair Belgisch carcan, waardoor elk toekomstgericht, humaan en betaalbaar gezondheidsbeleid, aangepast aan de Vlaamse noden, onbestaande is. De N-VA wil daarom de snelle en integrale overheveling van het gezondheidsbeleid naar de gemeenschappen. Ook inzake gezondheidszorg dienen de gemeenschappen verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen beleidsvisies en het eigen consumptiepatroon (document “De Vlaamse huisarts in een Vlaams gezondheidsbeleid”, zie ook <http://www.n-va.be/huisartsen>).

In de congresbesluiten van hun vernieuwingscongres te Kortrijk op 28/29 september 2001 meent de **CD&V** dat Vlaanderen volledig bevoegd moet worden voor de eigen gezondheidszorg en kinderbijslag: de aanpak van zorg, de prioriteiten en keuzes verschillen immers grondig in Vlaanderen en Wallonië.

De **sp.a** verwijst naar zijn “Toekomstcongres” uit 1998, naar het hoofdstuk “Sociale Zekerheid” : Daar lezen we dat de toenmalige SP een stap naar de-federalisering overweegt voor zgn. kostencompenserende vergoedingen. Die risico’s moeten in principe dan ook niet langer uit arbeid, maar geleidelijk uit algemene bijdragen of middelen worden gefinancierd. Kinderbijslagen en geneeskundige verzorging zijn persoonsgebonden aangelegenheden, een bevoegdheid waarvoor de Gemeenschappen sinds 1980 de principiële grondwettelijke bevoegdheid kregen. Efficiëntie pleit voor meer homogene bevoegdheden.

Het **Vlaams Blok** tenslotte pleit in zijn verkiezingsprogramma van 1999 voor de splitsing van de sociale zekerheid, met de volgende argumenten:

“ ...Een Vlaamse sociale zekerheid zou aan Vlaanderen de kans geven zijn eigen beleidsklemtonen te benadrukken. ... zal daarenboven een responsabilisering met zich meebrengen... zou een einde maken aan de huidige versnippering van bevoegdheden, met een verbetering van de efficiëntie van het beleid tot gevolg ...

(en over het thema van vandaag) ...Deze kunstmatige scheiding tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg is uiteraard niet logisch en staat een coherent en efficiënt gezondheidsbeleid in de weg. Het Vlaams Blok eist dan ook de onmiddellijke overheveling van de gehele gezondheidszorg naar de gemeenschappen. ...”

Als men de uitspraken van de politieke actoren, de partijprogramma’s en de resoluties van het Vlaams Parlement evenals de regeringsverklaring van de huidige Vlaamse regering analyseert, blijkt dat vrijwel iedereen het er minimaal over eens is dat een efficiënt beleid, dat tegemoetkomt aan de noden van de bevolking en het algemeen Vlaams belang, slechts mogelijk is als de gezondheidszorg en de kinderbijslag overgeheveld wordt naar de deelstaten, en als daarenboven de preventieve en curatieve component beter op elkaar worden afgestemd.

Als men het daar zo roerend over eens is, zelfs over de grenzen van meerderheid en oppositie heen, en als zelfs sommigen door hun functie tot wat ik zou noemen “de juiste inzichten” komen, ... waarom werd dit dan nog niet gerealiseerd??

Ik kan dan ook alleen maar slechte punten geven aan de Vlaamse regering omdat zij tot dusver niets heeft gerealiseerd van haar voornemen om, ik citeer: “de normerings- en uitvoeringsbevoegdheden betreffende het gezondheidsbeleid en het gezinsbeleid over te hevelen naar de Gemeenschappen”.

Dit voornemen dat in de regeringsverklaring staat, was al een afgezwakte versie van de resolutie die door het Vlaams parlement werd aangenomen op 3 maart 1999, waarin ook de financieringsbevoegdheid voor het gezondheidsbeleid werd opgeëist voor de Gemeenschappen.

De politieke krachten die het quasi unanieme streven van de Vlaamse partijen naar defederalisering stremmen en blokkeren blijken dus niet te onderschatten en werden op zakelijke en onomstootbare wijze geïdentificeerd door de derde inleider.

Hoe sterk zijn onze Vlaamse politieke partijen om het gezond verstand te laten zegevieren en om op te tornen tegen de behoudsgezinde maar op termijn destructieve tegenkrachten die dit proces van defederalisering willen verlammen?

Dat is de vraag die ons zal wakker houden in de loop van de komende 9 maanden die ons nog scheiden van de federale parlementsverkiezingen - of korter, indien de federale regering prematuur haar termijn beëindigt.

Zeg mij welke rationeel denkende partij fatsoenlijke argumenten kan aanbrengen om dit noodzakelijke proces van defederalisering *niet* vooruit te helpen, wanneer blijkt dat een gezondheidszorg die georganiseerd wordt op het niveau van de Gemeenschappen én beter is voor onze gezondheid én beter is voor ons bestuur.

Om elkaar niet mis te verstaan wil ik het nogmaals duidelijk stellen:

Het Vlaams Geneeskundigenverbond en het Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen verwachten van alle Vlaamse politieke partijen dat zij zich engageren om tijdens de komende legislatuur én de normeringsbevoegdheid én de uitvoeringsbevoegdheid én de financieringsbevoegdheid inzake gezondheids- en gezinsbeleid over te hevelen naar de Gemeenschappen, met inbegrip van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Dat de tegenstanders hiervan de intellectuele eerlijkheid zouden kunnen opbrengen om hun versleten tegenargumenten achterwege te laten als zou defederaliseren gelijk staan met de weg opgaan van een collectief egoïsme, ... dat zal wel een vrome wens blijven. De-federalisering is niet gelijk aan de-solidarisering. Dit zeggen wij al lang, maar de media en onze politieke tegenstrevers verzwijgen dit deel van onze boodschap moedwillig. Zo horen wij bijvoorbeeld nooit iets over het zogenaamde "Marshall-plan voor Wallonië" gelanceerd door de groep Meervoud.

Ook het VGV verklaart zich akkoord met het principe dat er op het ogenblik van de toewijzing van de gezondheidszorg aan de gemeenschappen, met de Waalse volksgemeenschap afspraken kunnen worden gemaakt over transparante objectieve vormen van financiële solidariteit.

Onze artsen en gezondheidswerkers moeten – hoe begrijpelijk en terecht ook - ophouden met te klagen over het gebrek aan samenhang of over de communautaire scheefftrekkingen in het gezondheidszorgbeleid. Er moet nu maar eens resoluut gekozen worden voor een behandeling die ingrijpt op de oorzaken, op de structuren. Laten we de symptomatische behandeling staken, het biedt niet het minste perspectief. De etiologische, de structurele oplossing, namelijk een splitsing van de gezondheidszorg, ligt immers voor de hand!

Onze vereniging heeft reeds alle politieke partijen bevroegd over hun standpunt ter zake. Maar we willen nog een stap verder gaan: we willen van hen te weten komen hoe hard er voor zal gevochten worden aan de federale onderhandelingstafel in 2003. Hoe zij de tegenkrachten zullen counteren?

De uitnodiging voor dat gesprek wil ik nu al lanceren.

Besluit

1. Met genoegen stellen wij vast dat ook dit jaar de oproep van het Vlaams Geneeskundigenverbond om na te denken en te discussiëren over de te volgen weg naar een eigen Vlaams gezondheidsbeleid, talrijke artsen, politici en geïnteresseerden, heeft samengebracht in “De Schelp”, met hopelijk een vruchtbare kruisbestuiving tot gevolg.
2. Structuren eenvoudiger en doorzichtiger maken begint bij eenvoudig taalgebruik en terminologie! Coherente bevoegdheidspakketten, normeringsbevoegdheid, kostencompenserende regelingen ... enz. Leg dat maar eens aan Jan met de pet of een schoolgaand kind uit. Het blijft voor de meeste Vlamingen een “ver van mijn bed show”. Hoe wil men dan in godsnaam dat de mensen bewust over deze politieke thema's gaan stemmen? Ik pleit dus voor klare taal, die elke Vlaamse mens verstaat.
3. Onze eisen en argumenten om een Vlaams gezondheidsbeleid mogelijk te maken zijn bekend. De eis is doodeenvoudig resolutie 4 van het vorige Vlaams Parlement over de staatshervorming. Onze argumenten zijn: het leggen van eigen klemtonen, verbetering van de efficiëntie, responsabilisering door toekenning van financiële verantwoordelijkheid, en het stoppen van de geldstromen, waar Wallonië uiteindelijk ook niet beter van wordt.
4. Aangezien alle Vlaamse partijen de overheveling van de gezondheidszorg en de kinderbijlagen in hun programma hebben opgenomen, verwacht het VGV dat deze beloften tijdens de volgende legislatuur worden waargemaakt.

En om te eindigen nog dit:

Bij mijn zus in haar keuken hangt voor het raam een brandglas, met een zaaïende boer, en daaronder het opschrift: “Wees in Vlaanderen, ... Vlaanderlander!”.

Haar man kreeg het van zijn vader en grootvader, beiden artsen uit het Waasland die voor de Vlaamse zaak gestreden en geleden hebben. Het hing bij zijn grootvader trouwens in de wachtzaal. Zo een brandglas kennen de ouderen wellicht beter, voor mij was het nieuw.

Bij elke Vlaamse politieker zou dat brandglas in de keuken moeten hangen. En voor hij of zij met de fiets, de trein of de auto naar het werk in Brussel vertrekt, er eens goed naar kijken, even mijmeren en laten doordringen. Zodat het nog nazindert als hij later die dag het stemknopje moet induwen!

Ik kan het niet genoeg herhalen:

WEES IN VLAANDEREN... VLAANDERLANDER!

14 september 2002

DR. JAN VAN MEIRHAEGHE





Met bijzondere dank aan de sponsors :

Verbond van Vlaamse Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (VVMV)

Doktersgild Van Helmont

Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen (OVV)

De firma MEDTRONIC

Dr. Robert de Beule

De Heer Jozef Versele - Brouwerij Van Steenberge



Augustijn



Lidgeld V.G.V.

Gewoon lid	€ 45.00
Tot 10 jaar na diploma	€ 20.00
Arts zonder praktijk	€ 20.00
Steunend lid	€ 75.00
Artsenkoppel	€ 50.00
Artsenkoppel (tot 10 jaar na diploma of zonder praktijk)	€ 25.00
Abonnement "Periodiek/Nieuwsbrief" voor niet leden	€ 20.00

Postrekening nr. 000-0145403-97 Kredietbank nr. 407-3062251-47 Generale Bank nr. 220-0661040-21

Secretariaat V.G.V.: Ergo de Waellaan 3 – bus 14
2100 Deurne – Antwerpen - Tel: 03/322.28.50 – Fax: 03/322.45.14
e-post: vgv@vz.uunethost.be - webstek: www.vgv.be
Het secretariaat is open alle werkdagen van 9 tot 13 uur

DEELNEMERS

De Heer Arkens Erik	Politieke Fractie
Prof. Dr. Baert Albert	VGV
Dr. Bartier Omer	
Dr. Blatton Herman	Hoofdgeneesheren Antwerpen
Prof. Dr. Boon	Vlaamse Liga tegen Epilepsie
Dr. Boone Gaby	VGV
Dr. Boone M.L.	
Dr. Boutmans	
Dr. Bouwen An	VGV
Dr. Bouwen Luc	VGV
De Heer Brijssinck Herman	
De Heer Bulens Guido	Halle-Vilvoorde Komitee
De Heer Caluwé Ludwig	Vlaams Volksvertegenwoordiger, Senator
Mevrouw Caspers Ariane	
De Heer Caspers Herman	Kiwanis Brussel Erasmus
Dr. Celen Gui	VGV/Marnixring
Dr. Ceulemans B.	VGV
Dr. Cockx Sven	Pro Medicis Brussel
Prof. Dr. Crevits Luc	VVZ/VVMV
Mevrouw Croquey Helena	
Prof. Dr. De Backere Michiel	
Mevrouw De Baets Bianca	Kabinet Minister Chabert
Dr. de Beule Rob	VGV
Mevrouw De Bont Rita	VVB/Marnixring
De Heer De Cort Gilbert	Vlaamse Ingenieurskamer
Dr. De Decker Theofiel	VGV
Prof. Defoort Eric	
Dr. De Geeter Tineke	VVGE
Dr. De Meulen Kenny	Orde der geneesheren Brabant / Van Helmont
De Heer De Schuyteneer Guido	
Dr. De Sutter Edward	VGV
De Heer De Turck Willy	Priester Daensfonds
Dr. De Witte Bart	VGV
Dr. Debruyne Geert	VI. Ver. voor Obstetrie en Gyn.
Prof. Degadt Jan	VKB
Dr. Deleeye Hugo	Vlaamse Wetens. Ver. voor Tandheelkunde
Dr. De Maesschalk	
Dr. Denys Hugo	VGV
Dr. Desmet	
Dr. Desnijder	
Dr. Dewolf Dirk	VGV
De Heer Diependaele Marc	AK-VSZ
De Heer Dierick	
De Heer Dierick Rudi	Vlaamse Ingenieurskamer
De Heer Gabriëls Mark	Marnixring
Dr. Garmyn Bart	WVVH
Dr. Geens Chris	VGV/VVMV
De Heer Gondry Robert	
Mevrouw Grouwels Brigitte	Vlaams en Brussels Volksvertegenwoordiger
Dr. Hamson Stefaan	Verb. der Vlaamse Tandartsen
Dr. Herman Pol	VGV
Dr. Hollaert Paul	VGV
Dr. Hulsbosch Arnold	VGV
Dr. Huyghe Jozef	VGV
Dr. Ide Els	VGV

Dr. Ide Louis	VGV
Dr. Jongbloet Piet	VGV
Dr. Jongbloet Pol	AK-VSZ
De Heer Knockaert Frans	Politieke Fractie
Dr. Lahousse C.	
De Heer Lamberts Van Assche Louis	
De Heer Lamens Raoul	CPVA / IPSA
Mevrouw Lauwers Monique	
De Heer Leemans Guy	VOS
De Heer Lemmens Peter	
Dr. Lenaerts Raymond	VGV/BVMME
Dr. Leroux Luc	Van Helmont
Dr. Lindemans Ignaas	Van Helmont, VGV, VVA
De Heer Loosen	
Mevrouw Lysens Jeanine	Dauidsfonds
Dr. Malfiet Toon	VAS
Mevrouw Merckx-Van Goey Trees	Vlaams Volksvertegenwoordiger
De Heer Monserez Lieven	Dauidsfonds
De Heer Moons Guido	VVB
Dr. Morias Jef	Van Helmont
Dr. Morlion Jan	VGV
Dr. Ons Elisabeth	Van Helmont
De Heer Ostyn Jozef	Politieke Fractie
De Heer Panneels Jan	
Dr. Peeters Johan	VGV
De Heer Plasschaert Frank	
Prof. Dr. Ponette Eric	VGV
Mevrouw Ponette Karin	VVA
Dr. Ponette Siegfried	VGV
Dr. Proesmans Niko	Vlaams Verbond Voor Gepensioneerden
De Heer Quintelier Marcel	Secretariaat VGV
Dr. Ramaekers Rob	VGV
Dr. Rampelberg Joost	VGV/Brusselse Huisartsenkring
Mevrouw Raspoet Reinhilde	VI. Neutraal Ziekenfonds
Dr. Raveschot	Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde
Dr. Remans Jan	Senator
Dr. Renier Walter	Brusselse Huisartsenkring
Dr. Roelandt Michel	Kring Halle
Dr. Roex Milan	Van Helmont
De Heer Schoukens Jozef	DVV
Dr. Sebrechts Erik	Van Helmont
Dr. Seghers Gaetan	Van Helmont
Dr. Seghers Karel	VGV
Dr. Seghers S.	
De Heer Tegenbos Guy	Journalist
Dr. Theunissen	VGV
Dr. Thibaut Hugo	VGV / VOS / ASGB
Mevrouw Timmermans Paula	FVV
Mevrouw Tommelein Nora	FVV
Dr. Valgaeren Jo	VGV
Dr. Van Belle Guido	Verb. der Vlaamse Tandartsen
Dr. Van Boxelaer Jules	VGV
Mevrouw Van de Castele Annemie	Volksvertegenwoordiger
Dr. Van Den Berghe Ivo	
De Heer Van den Brande Luc	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Mevrouw Van der Spurt Cilia	FVV
De Heer Van Dongen Marc	VVA

Dr. Van Doorne Luc
Dr. Van Duppen Jan
De Heer Van Grembergen Paul

Mevrouw Van Kessel Ingrid
Mevrouw Van Lierde Dora
De Heer Van Lierde Fernand
Dr. Van Meirhaeghe Jan
Dr. Van Melkebeek André
Mevrouw Van Oirschot Marina
Dr. Van Orshoven Alfons
De Heer Van Roy Louis
De Heer Van Roye Luk

De Heer Van Vaerenbergh Etienne
De Heer Van Wichelen Gustaaf
Dr. Van Wilderode Willem
De Heer Vandenberghe Hugo
Prof. Vandebroeke Chris
Dr. Vander Meersch Erica
Dr. Vankrunkelsven Patrik
Dr. Vannieuwenhuyse Elie
Dr. Verbeek
Mevrouw Verbeek
Prof. Dr. Verdonk Gaston
Dr. Vermeulen Robrecht
Mevrouw Vertongen Geneviève
De Heer Vits David
De Heer Weckx Hugo
Mevrouw Wenger Madeleine
De Heer Wouters Geert
Dr. Yde Patrick

VZWGO
Vlaams Volksvertegenwoordiger
Minister van Binnenlandse zaken,
Ambtenarenzaken, Cultuur en Jeugd
Vlaams Volksvertegenwoordiger

Marnixring Brussel
VGV
Hoofdgeneesheer Psycho-sociaal centrum Leuven
Secretariaat VGV
Van Helmont
Priester Daensfonds
Vereniging van Openbare
Verzorgingsinstellingen
Vlaams Volksvertegenwoordiger
Vlaamse Ingenieurskamer
VGV
Senator, Fractievoorzitter
VI. Volksvertegenwoordiger / Senator
Brusselse Huisartsenkring
Senator
VGV

VGV
VGV
VVA
VVB
VCOB

Nationalistisch Verbond
VGV

VERONTSCHULDIGDEN

De Heer Annemans Gerolf Dr. Avontroodt Yolande	Volksvertegenwoordiger, Fractievoorzitter Volksvertegenwoordiger, Voorzitter Commissie Volksgezondheid
De Heer Beke Wouter De Heer Bourgeois Geert Mevrouw Brepoels Frieda De Heer Constandt Jürgen Mevrouw De Bleecker-Ingelaere Huguette Dr. De Brabanter Marcel De Heer De Croo Herman De Heer De Roo Johan De Heer Dewael Patrick Mevrouw Dua Vera De Heer Gabriëls Jaak	Volksvertegenwoordiger, Partijvoorzitter Volksvertegenwoordiger, Fractievoorzitter VI. Neutraal Ziekenfonds FVV ASGB Minister Van Staat, Parlementsvoorzitter Vlaams Volksvertegenwoordiger Minister-president Minister van Leefmilieu en Landbouw Minister van Economie, Buitenlandse Handel en Buitenlandse Aangelegenheden Vlaams Volksvertegenwoordiger VBS/VAS Vlaams Volksvertegenwoordiger VVA Minister van Werkgelegenheid en Toerisme Europees Parlements lid Vlaanderen Vlagt ANV Het Pennoen Volksvertegenwoordiger VGV/AK-VSZ ANZ
De Heer Glorieux Eloi Prof. Dr. Gruwez Jacques De Heer Guns Dominique De Heer Judo Frank De Heer Landuyt Renaat	Vlaams Volksvertegenwoordiger Vlaams Volksvertegenwoordiger Vlaams Volksvertegenwoordiger Vlaams Volksvertegenwoordiger Minister van Werkgelegenheid en Toerisme Europees Parlements lid Vlaanderen Vlagt ANV Het Pennoen Volksvertegenwoordiger VGV/AK-VSZ ANZ
Mevrouw Maes Nelly De Heer Mertens Yvan De Heer Nauwelaerts Rik De Heer Olsen Jan De Heer Tant Paul Dr. Peeters Walter De Heer Portier Hugo De Heer Roegiers Jan De Heer Sannen Ludo De Heer Stassen Jos De Heer Stevaert Steve De Heer Suykerbuyk Herman Mevrouw Van Cleuvenbergen Riet De Heer Van de Castele Jan De Heer Van den Driessche Johan De Heer Vanhengel Guy	Vlaams Volksvertegenwoordiger Vlaams Volksvertegenwoordiger Minister vice-president Europeadecomité Vlaanderen / VVB Vlaams Volksvertegenwoordiger VVB VAB-VTB / VEV comité Brussel Minister van Brusselse Aangelegenheden en Sport Minister van Financiën, Begroting, Ruimtelijke Ordening en Media VNJ VVA Minister van Onderwijs en Vorming
De Heer Van Mechelen Dirk	Minister van Financiën, Begroting, Ruimtelijke Ordening en Media VNJ VVA Minister van Onderwijs en Vorming
Mevrouw Van Onckelen Lieve De Heer en Mevrouw Van Swinderen Mevrouw Vanderpoorten Marleen	Minister van Financiën, Begroting, Ruimtelijke Ordening en Media VNJ VVA Minister van Onderwijs en Vorming

UITGAVEN VGV

Autokenteken

- Decalco € 2.00,- + € 0.42,- Port
- Aluminium € 3.00,- + € 0.79,- Port

Fiscaal dagboek

€ 25.00,- + € 1.24,- Port

Vlaams Geneeskundigen Verbond 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 VMMV
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
Dr. Baron P. Janssen, Beerse
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: Prof. Dr. D. Blockmans
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

* 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