

Opinie - Splitsing gezondheidszorg? (30.5.08)

In 1999 keurde het Vlaams Parlement een resolutie goed, waar coherente bevoegdheidspakketten gevraagd worden, o.a. inzake gezondheidszorg. Hoewel de communautaire thema's in Vlaanderen prominent aanwezig waren in de voorbije verkiezingscampagne -en sindsdien twistappel zijn - kwam de gezondheidszorg weinig voor in het plaatje van de media. Toch is het maatschappelijk debat hierover dringend nodig, want het thema staat op het menu van de besprekingen over de staatshervorming, die voor het parlementaire reces hun beslag zouden moeten krijgen.

Voorstanders van een splitsing van onze gezondheidszorg baseren zich op uiteenlopende argumenten. Ze halen de fameuze transfers aan tussen Vlaanderen en Wallonië, of hebben het over de grote verschillen in gezondheidsproblematiek tussen onze landsdelen en noemen -last but not least- ons verschil in zorgcultuur onoverbrugbaar.

Laat ons eerst die fameuze **transfers** onder de loupe nemen. De uitgaven van de ziekteverzekering per inwoner waren vroeger in Brussel en Wallonië duidelijk groter dan in Vlaanderen.. Maar sinds 2004 zijn de uitgaven ongeveer gelijk. In Vlaanderen nemen ze toe door de verdere vergrijzing van de bevolking. Wat wel blijft, is dat in Vlaanderen de bijdragen per inwoner hoger liggen dan de uitgaven. Dit terwijl het omgekeerde waar is in Brussel en Wallonië. Het solidariteitsmechanisme houdt inderdaad in dat meer gegoede mensen bijdragen om minder gegoeden te steunen. Dit maakt dat er vanuit Waals-Brabant (de rijkste Belgische provincie) transfers vertrekken naar Luik, Henegouwen maar ook naar de Vlaamse Westhoek en Limburg!

In de tweede plaats hebben voorstanders van een splitsing het over grote **verschillen in gezondheidsproblematiek** tussen noord en zuid in ons land. Een aparte organisatie zou beter aan de plaatselijke zorgnoden tegemoetkomen. Er wordt dan vaak als voorbeeld gegeven dat er aanzienlijk meer hart- en vaatlijden voorkomt in Charleroi dan in Gent. Luikenaars scoren manifest slechter dan Aalstenaars op fysieke, sociale, mentale, vitaliteit en pijn parameters. Maar de laatste nationale gezondheidsenquête, van 2004, leert ons dat veel verschillen binnen hetzelfde landsdeel belangrijker zijn dan die tussen de gewesten. Veel chronische ziekten bijvoorbeeld komen meer voor bij laag opgeleide mensen, ongeacht het landsdeel. De meeste functionele beperkingen komen voor bij laag opgeleiden, vrouwen en ouderen, weerom ongeacht in welk deel van het land ze wonen. Wij besluiten hieruit dat verschillen qua gezondheidsproblematiek veel meer te maken hebben met sociale ongelijkheden dan met het landsdeel waarin je woont.

Hoe zit het dan met de verschillen in **zorgcultuur**? Men zegt vaak dat Vlamingen meer bij de huisarts over de vloer komen en Walen sneller naar het ziekenhuis stappen. Toch ligt volgens de laatste nationale gezondheidsenquête, het aantal mensen met een vaste huisarts even hoog in Vlaanderen als in Wallonië. In Vlaanderen is het Globaal Medisch Dossier wel meer ingeburgerd. Het is ook waar dat in Brussel en Wallonië relatief meer radiografieën en preoperatieve laboratoriumonderzoeken gebeuren en ook meer antibiotica en tranquillizers voorgeschreven worden. Toch zijn die verschillen niet altijd eenduidig. Volgens studies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg gebeuren er bijna tweemaal zoveel keizersneden in het oosten als in het westen van België. Het wegnemen van de baarmoeder volgt dan weer een mozaïek patroon, met overwicht in het Noorden. Al deze ingrepen lijken, volgens de studies, in veel gevallen onterecht frequent te gebeuren, ongeacht het deel van het land. Als verklaring voor deze overconsumptie wijst het Federaal Kenniscentrum o.m. op het

bestaan van een aanbodsgedreven beleid en overdreven enthousiasme van sommige zorgverleners..

Naast overconsumptie bestaat er ook onderconsumptie in ons land! Volgens het Jaarboek Armoede 2007 stellen sommige mensen in ons land verzorging geregeld uit om financiële redenen. Dat overkomt gemiddeld één op tien Belgen, maar wel met een erg ongelijke verdeling: drie keer meer in Wallonië dan in Vlaanderen. Over de verdeling van de onderconsumptie per provincie hebben wij geen gegevens.

Vlamingen, Walen en Brusselaars hebben hetzelfde **recht op een goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg**. Om deze rechten te waarborgen is meer solidariteit nodig met al wie minder kansen krijgt. Solidariteit betekent geldelijke transfers. Niet tussen personen die in een verschillend Gewest wonen of tot een verschillende Gemeenschap behoren, maar wel van gezonden naar zieken en van bemiddelden naar minvermogenden. Daarom kan en mag de sociale zekerheid niet gesplitst worden! We moeten absoluut het geroemde sociale doel van onze gezondheidsdiensten verdedigen en de gezondheidszorg buiten het vaarwater van de commerciële marktlogica houden. We moeten er over waken dat middelen van de overheid op de beste manier gebruikt worden. De prijs van geneesmiddelen voor de patiënt kunnen heel wat naar beneden als we ze openbaar aanbesteden (Kiwi model).

Wij zijn er van overtuigd dat een **federaal georganiseerde sociale zekerheid** een beter kader vormt voor de bestrijding van de ziekmakende sociale ongelijkheid. Een federale gezondheidszorg biedt meer mogelijkheden voor een sociaal verantwoorde en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, meer dan een volgens gewesten of gemeenschappen gesplitst systeem.

Auteurs: Michel Vanhoorne, Dirk Van Duppen, Marleen Temmerman

Co-auteurs: Bert De Belder, Francis Dewalque, Bruno Dujardin, Bernard Duterme, Yves Hellendorff, Jean Hermesse, Jean-Marie Lelonard en Jan Vancoppenolle

De auteurs en co-auteurs zijn lid van het **Actieplatform Gezondheid en Solidariteit** (zie link hieronder)

Links

[Actieplatform Gezondheid en Solidariteit](#)

.