

# VLAAMSE RAAD

ZITTING 1995-1996

23 NOVEMBER 1995

## ONTWERP VAN DECREET

**houdende de algemene uitgavenbegroting  
van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 1996**

## AMENDEMENTEN

**voorgesteld door de heer Felix Strackx**

TABEL

AFDELING 1

Begrotingskredieten

TITEL I

Lopende en Kapitaaluitgaven

ORGANISATIEAFDELING 41

Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn

PROGRAMMA 60

Maatschappelijk Opbouwwerk

**Dit programma weglaten.**

VERANTWOORDING

De inhoud van dit programma verdwijnt niet, maar wordt ondergebracht bij programma 70, maatschappelijk welzijn. Zie ook verantwoording bij het amendement op programma 70.

---

*Zie :*

**15** (BZ 1995)

– Nr. 1 : Ontwerp van decreet

– Nrs. 2 tot 4 : Amendementen

## PROGRAMMA 70

## Maatschappelijk Welzijn

**Het niet-gesplitste krediet "3.819,7 miljoen frank" brengen op "3.844,0 miljoen frank".**

(Verhoging met 24,3 miljoen frank)

## VERANTWOORDING

## Subsidies

– aan organisaties, instellingen en instituten voor maatschappelijk opbouwwerk (41.6, basisallocatie 33.01) ;

– aan diensten en instellingen werkende met culturele en etnische minderheden, alsmede in het kader van de gezinshereniging (41.7, basisallocatie 33.11) ;

– aan het Overlegcentrum voor Integratie van Vluchtelingen vzw (OCIV) (41.7, basisallocatie 33.13) ;

– voor de aanmoediging, organisatie en ontwikkeling van integratie-activiteiten (41.7, basisallocatie 33.14) ;

– in het kader van het Sociaal Impulsfonds met betrekking tot het aandeel Bijzonder Fonds Maatschappelijk Welzijn (41.7, basisallocatie 43.02) ;

– aan openbare diensten en instellingen werkende met culturele en etnische minderheden (41.7, basisallocatie 43.06) ;

zijn allemaal gericht op het bestrijden van de zogenaamde kansarmoede. De projecten komen meestal op hetzelfde neer of overlappen elkaar, hetgeen begrijpelijk is omdat zij zich tot dezelfde doelgroep richten.

Tevens heeft de veelheid aan organisaties, instellingen, centra en dergelijke het ontstaan van parallelle circuits tot gevolg, met allemaal hun eigen straathoek- en buurtwerkers, hun eigen kantoor, administratie, infoblad, enzovoorts.

Dit is een onverantwoorde versnippering van financiële middelen. Door het samenbrengen van al deze organisaties in één overkoepelende structuur kan er enerzijds veel efficiënter worden gewerkt en anderzijds een ernstige besparing worden veroorzaakt.

Het totaal van de hierboven vermelde subsidies bedraagt 2.556 miljoen frank. Door de voorgestelde reorganisatie moet een besparing van 5 procent, of 127,8 miljoen frank, perfect haalbaar zijn. Het totaal van de niet-gesplitste kredieten van de programma's 41.60 en 41.70 samen bedroeg 3.971,8 miljoen frank. Dat wordt nu 3.844,0 miljoen frank of een besparing van 127,8 miljoen frank.

## ORGANISATIEAFDELING 42

## Administratie Gezondheidszorg

## PROGRAMMA 20

## Medisch-sociaal beleid

**Het niet-gesplitste krediet "1.536,9 miljoen frank" brengen op "1.692,9 miljoen frank".**

(Verhoging met 156,0 miljoen frank)

## VERANTWOORDING

Hepatitis is in zijn B-variante een ernstige besmettelijke ziekte. In Europa benadert het jaarlijks aantal nieuwe infecties met het Hepatitis B-virus de 1 miljoen.

Het uiteindelijke aantal overlijdens te wijten aan hepatitis B is in onze Westerse wereld even groot als alle sterfgevallen te wijten aan haemophilus influenza type B, poliomyelitis, kinkhoest, mazelen, rubella en bof bij elkaar.

Een recente sero-epidemiologische studie wees uit dat 7,6 % van de Vlaamse bevolking met het virus is besmet (Van Damme P et al., 1994). Dit komt overeen met 444.000 personen. Tien procent daarvan wordt chronisch virusdrager en blijft levenslang besmettelijk voor anderen. Eén vijfde van hen ontwikkelt levercirrhose of leverkanker. Slechts een klein aantal van deze patiënten kan worden

gered door een levertransplantatie. Het grootste deel van deze 8.880 Vlamingen zullen echter vroegtijdig overlijden.

Men mag aannemen dat van elk Vlaams geboortecohort van 65.000 borelingen tijdens de loop van hun leven 6.070 van hen een hepatitis B-infectie zullen oplopen, waardoor een totaal van 3.277 levensjaren verloren gaan.

Nochtans bestaat er al meer dan tien jaar een vaccin tegen hepatitis B. De strategie die erop gericht was enkel de risicopatiënten in te enten is niet efficiënt gebleken en de WGO stelt dan ook sinds mei 1992 voor om tegen 1997 de hepatitis B vaccinatie in het nationale immunisatieprogramma van alle betrokken landen (waaronder ook België) op te nemen.

In Europa hebben niet alleen Nederland, Frankrijk, Duitsland (3 landen), Italië, Spanje, Portugal en Andorra, maar ook landen als Bulgarije, Polen, Albanië en Roemenië nationale richtlijnen uitgevaardigd om adolescenten, zuigelingen of beide, systematisch te vaccineren tegen hepatitis B. In Frankrijk, Italië en Spanje bedraagt het vaccinatiepeil bij adolescenten reeds méér dan 80 %.

In opdracht van mevrouw Leona Detiège en de heer Leo Peeters, beiden opeenvolgend Vlaams minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden in de vorige regering, hebben onderzoekers van de vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde van de Antwerpse Universiteit (UIA) een studie uitgevoerd naar de economische haalbaarheid van een universele vaccinatie tegen hepatitis B in Vlaanderen. Het was overigens precies op basis van deze Vlaamse economische studie dat Nederland beslist heeft tot de terugbetaling van de hepatitis B vaccinatie bij het jonge kind.

In deze economische evaluatie werden drie vaccinatiestrategieën vergeleken met de huidige situatie waarin niet routinematig wordt gevaccineerd :

1. Routinevaccinatie van alle zuigelingen.
2. Routinevaccinatie van alle 12-jarigen.
3. Routinevaccinatie van alle zuigelingen en gedurende 11 jaar ook alle 12-jarigen (de zogenaamde "inhaaloperatie")

Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen vaccinatie via een georganiseerde structuur (in casu Kind en Gezin voor de zuigelingen en het Medisch Schooltoezicht voor de 12-jarigen) en vaccinatie die gebeurt via de huisarts of pediater op eigen initiatief.

Zelfs in landen met lage endemiciteit is een veralgemeende vaccinatie in zuigelingen aangewezen om hepatitis B uit te roeien in de ganse populatie. Deze maatregel zal de incidentie van hepatitis B echter slechts na 15 à 20 jaar doen dalen. Wil men een snellere daling (na 5 à 10 jaar) realiseren, dan dient men de populatie te vaccineren die het snelst zullen behoren tot de leeftijdsgroep die het meest risico loopt op besmetting (de 15- tot 35-jarigen), namelijk de 12-jarigen.

De onmiddellijke interventiekost voor het vaccineren van zuigelingen via Kind en Gezin wordt op circa 79 miljoen frank per jaar geraamd. Voor het vaccineren van 12-jarigen via het Medisch Schooltoezicht bedraagt dit ongeveer 77 miljoen frank. Voor de derde strategie geldt de som van beide bedragen (zie bijgevoegde tabel 1). De totale interventiekost via de huisarts of pediater is hoger dan via de georganiseerde structuren omdat zowel de toedieningskost (550 frank ten opzichte van 50 à 100 frank per dosis) als de aankoopprijs (680 frank ten opzichte van 400 frank per dosis) van het vaccin hoger liggen (zie bijgevoegde tabel 2).

In het onderzoek werd voor elke vaccinatiestrategie berekend wat een vermeden infectie rechtstreeks zou besparen voor de betaler van de gezondheidszorg (RIZIV en patiënt) en voor de gemeenschap. Dit leidde tot de slotsom dat de investeringen voor de vaccinatie gedurende de levensloop van de gevaccineerden rechtstreeks kunnen worden gecompenseerd door de betaler van de gezondheidszorg, indien de kostprijs van de vaccinatie rond de 400 frank of minder ligt. Dit is zeker een negocieerbare prijs.

Indien de kosten van produktiviteitsverlies (indirecte kosten) ten gevolge van hepatitis B worden meegerekend, dan blijkt een nog duidelijker positief effect. Zo zou het vaccineren van een cohort zuigelingen via Kind en Gezin, mits een investering van 79 miljoen frank, een netto-besparing betekenen van meer dan 600 miljoen frank voor de maatschappij over de levensloop van de gevaccineerden (zie bijgevoegde tabel 1). Ook voor de 12-jarigen benadert de totale besparing nog het half miljard. Indien de twee groepen samen worden gevaccineerd, dan wordt hier op termijn een netto-besparing gerealiseerd van bijna 1,1 miljard frank (zie bijgevoegde tabel 1).

Het is mede daarom dat wij aan deze laatste vaccinatiestrategie de voorkeur geven. "Mede" omdat preventieve vaccinatiecampagnes niet tot doel hebben om geld op te brengen, maar in de eerste plaats om pijn en lijden en overlijden te vermijden.

Uit de economische haalbaarheidsstudie van de vorsers van de Antwerpse Universiteit blijkt dat een universele hepatitis B vaccinatiecampagne niet enkel zeer efficiënt de ziekte voorkomt, maar ook

dat het doorvoeren ervan zelfs geld bespaart, wat een zeer uitzonderlijke luxe is, maar zeker geen vereiste mag zijn bij het nemen van een beslissing.

Er bestaat dus geen enkele reden om deze waardevolle bescherming niet voor iedereen toegankelijk te maken.

Het budget dat thans voorzien is in de begroting van de Vlaamse Gemeenschap voor algemene profylaxis, bedraagt een schamele 79,6 miljoen frank. Dit staat in schril contrast met de kostprijs van de curatieve geneeskunde bij het RIZIV, die 370 miljard frank bedraagt, of bijna 5000 maal meer.

Wetende dat ieder jaar uitstel zeer veel menselijk lijden en uiteindelijk een verlies van 3.277 levensjaren met zich meebrengt, kan dan ook niemand bezwaar hebben tegen de verhoging van het budget voor algemene profylaxis met 156 miljoen frank om een algemene hepatitis B vaccinatie mogelijk te maken.

Felix STRACKX

---

BIJLAGE

TABEL 1

Totale vermeden kosten met de verschillende strategieën (in BEF)\*

	Zuigelingen (Kind en Gezin)	12-jarigen (Med. school- toezicht)	Zuigelingen + 12-jarigen (K & G en Med. Sch.)	Zuigelingen (huisarts of pediater)	12-jarigen (huisarts of pediater)	Zuigelingen + 12-jarigen (huisarts of pediater)
Medische kosten*	- 8.515.404	- 5.727.093	- 14.242.498	- 145.405.404	- 118.731.093	- 264.136.497
Interventiekosten*	- 78.975.000	- 77.400.000	- 156.375.000	- 215.865.000	- 190.404.000	- 406.269.000
Behandelingskosten	+ 70.459.596	+ 71.672.907	+ 142.132.502	+ 70.459.596	+ 71.672.907	+ 142.132.503
Indirecte kosten	+ 613.378.531	+ 493.711.962	+ 1.107.090.493	+ 613.378.531	+ 493.711.962	+ 1.107.090.493
t.g.v. morbiditeit	+ 269.207.775	+ 214.542.455	+ 483.750.229	+ 269.207.775	+ 214.542.455	+ 483.750.230
t.g.v. mortaliteit	+ 344.170.756	+ 279.169.308	+ 623.340.264	+ 344.170.756	+ 279.169.506	+ 623.340.264
Totale kosten	+ 604.863.127	+ 486.984.869	+ 1.092.847.996	+ 467.373.127	+ 374.980.869	+ 842.953.996

\* Negatieve vermeden kosten duiden op een meerkost ten opzichte van niets doen

TABEL 2  
Eenheidskosten interventie vaccinatie (in BEF)\*

---

Totale vaccinprijs, inclusief toedieningskosten	
Via huisarts of pediater (voor zuigelingen en 12-jarigen)	1230 BEF per dosis
Via Kind en Gezin (voor zuigelingen)	450 BEF per dosis
Via Medisch schooltoezicht (voor 12-jarigen)	500 BEF per dosis

---

---