

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 1996-1997

4 april 1997

DISCUSSIONOTA

voor een verdere staatshervorming

GEDACHTEWISSELINGEN

met mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, en met ambtenaren van de administratie Gezondheidszorg en van Kind en Gezin in verband met hoofdstuk III.4.2 – Gezondheidsbeleid en gezinsbeleid

HOORZITTINGEN

in verband met hoofdstuk III.4.2 – Gezondheidsbeleid en gezinsbeleid

VERSLAG

**namens de Commissie voor Staatshervorming en Algemene Zaken
uitgebracht door mevrouw Brigitte Grouwels**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : de heer Johan Sauwens.

Vaste leden : mevrouw Brigitte Grouwels, de heren Marc Olivier, Herman Suykerbuyk, John Taylor, mevrouw Mieke Van Hecke ;

de heren André Denys, Jaak Gabriels, Francis Vermeiren ;
de heren Gilbert Bossuyt, Freddy De Vilder, Robert Voorhamme ;

de heren Filip Dewinter, Joris Van Hauthem ;

de heer Johan Sauwens ;

de heer Jos Geysels.

Plaatsvervangers :

de heren Leo Delcroix, Johan De Roo, mevrouw Mia De Schamphelaere, de heren Bart Vandendriessche, Johan Weyts ;

de heren Ward Beysen, Karel De Gucht, Dirk Van Mechelen ;

mevrouw Lydia Maximus, de heren Michiel Vandebussche, Peter Van Velthoven ;

de heren Luk Van Nieuwenhuysen, Karim Van Overmeire ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh ;

mevrouw Vera Dua.

Zie :

253 (1995-1996)

– Nr. 1 : Discussienota

– Nr. 2 : Verslag

INHOUD

	Blz.
I. Gedachtewisseling van 2 juli 1996 met ambtenaren van de administratie Gezondheidszorg en van Kind en Gezin.	5
1. Toelichting bij de fiches betreffende de homogene bevoegdheidspakketten	5
2. Bespreking	6
II. Gedachtewisseling van 10 oktober 1996 met mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid	8
1. Uiteenzetting door de minister	8
2. Bespreking	9
III. Hoorzitting van 10 oktober 1996 over de algemene situering en oriëntering van de gezondheidsorganisatie	11
1. Prof. Jan De Maeseneer van de vakgroep Huisartsengeneeskunde, Universiteit Gent	11
2. Prof. Erik Schokkaert van de faculteit Economische en Toegepaste Economische Wetenschappen, K.U. Leuven	13
3. De heren Pierre Jossart, sectorcoördinator algemene ziekenhuizen, en Julien Van Camp, ondervoorzitter, van het Verbond der Verzorgingsinstellingen	14
4. De heren Boud Reggers, co-voorzitter en Luk Van Roye, adjunct-directeur van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen	16
5. Prof. Louis Tielemans, voorzitter van de Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en Andere vormen van Medische Verzorging en Begeleiding	18
IV. Hoorzitting van 17 oktober 1996 over de problematiek rond de toepassing van KB 78 : de uitoefening van de geneeskunde, de toegang tot het beroep en de erkenning	20
1. De heer dr. Theo Putzeys, voorzitter, en de heer Herman Duprez, penningmeester van het Vlaams Huisartsenparlement	20
2. De heren Michel Foulon, algemeen coördinator, Marc Glorieux, stafmedewerker, en René Tytgat, voorzitter van de werkgroep spoedgevallen en intensieve zorgen, van het Nationaal Verbond van Katholieke Verpleegkundigen en Vroedvrouwen	23
3. Mevrouw apr. Marleen Haems, coördinator van het Vlaams Eerstelijns-overleg, de heer dr. Jef De Loof, voorzitter van het Vlaams Eerstelijns-overleg en de heer Guido Vanbelle, voorzitter van het Verbond van Vlaamse Tandartsen, vertegenwoordigers van het Vlaams Eerstelijns-overleg	25
4. De heer Mathieu Stinckens, directeur van het Provinciaal Hoger Instituut voor Verpleegkunde van Hasselt	27
V. Hoorzitting van 17 oktober 1996 over de thuiszorg	29
1. Mevrouw Monique Swinnen, afgevaardigd bestuurder van Gezinshulp Landelijke Beweging, mevrouw Agnes Bode, algemeen directeur van Familiehulp, de heer Ferre Weustenraad, directeur van de Diensten voor Thuishulp, de heer Roland Vanden Bulcke, voorzitter van Familiezorg Oost-Vlaanderen, vertegenwoordigers van de Vereniging van de Diensten voor Gezins- en Bejaardenhulp van de Vlaamse Gemeenschap	29
2. De heer Jef Maes, adviseur bij het ABVV	31
3. De heer Gilbert De Swert, hoofd van de studiedienst van het ACV en de heer Stefaan De Cock, vakbondssecretaris LBC-NVK	32

VI. Hoorzitting van 24 oktober 1996 over het RIZIV en de volksgezondheid	33
1. De heer dr. Guy Peeters, algemeen secretaris, en Prof. Marc Elchardus, voorzitter, van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	33
2. De heer Geert Messiaen, secretaris-generaal van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten	36
3. de heer Marc Justaert, voorzitter van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten	39
4. De heren dr. Robert Rutsaert en apr. Herman Raes, beheerders van het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België	41
5. De heren dr. Toon Malfliet, secretaris-generaal, dr. Marc Moens, beheerder, en mevrouw dr. Roels van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten	44
VII. Hoorzitting van 11 december 1996 over de gezondheidsproblematiek in Brussel	47
1. Mevrouw dr. Mieke De Bie, geneesheer-directeur van het Sint-Elisabethziekenhuis – Ukkel	47
2. De heer dr. Johan Buffels, voorzitter van de Brusselse Welzijnsraad	49
3. Prof. Louis Tielemans, geneesheer-directeur van het Academisch Ziekenhuis Jette	53
4. De heer dr. Joost Rampelberg, van de Vlaamse Wachtdienst voor Huisartsen	54
VIII. Hoorzitting van 11 december 1996 en 22 januari 1997 over het gezinsbeleid	57
1. De heer Lieven Vandenberghe, administrateur-generaal Kind en Gezin	57
2. Prof. Roger Dillemans, vertegenwoordiger van Sociura	61
3. De heer Fons De Neve, hoofd van de studiedienst van de Bond van Grote en van Jonge Gezinnen	65
IX. Hoorzitting van 5 februari 1997 over de financiering	68
– Dr. Steven Vansteenkiste, docent socialezekerheidsrecht, K.U. Brabant	68

DAMES EN HEREN,

In het kader van de bespreking van hoofdstuk III.4.2 (gezondheids- en gezinsbeleid) van de discussienota voor een verdere staatshervorming organiseerde de Commissie voor Staatshervorming en Algemene Zaken twee gedachtewisselingen en een reeks hoorzittingen, waarop ook de leden van de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin werden uitgenodigd.

Op 2 juli 1996 werd van gedachten gewisseld met een aantal ambtenaren van de administratie Gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap en van Kind en Gezin over de fiches van de administratie betreffende de homogene bevoegdheidspakketten. Op 10 oktober 1996 volgde een gedachtewisseling met mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over hoofdstuk III.4.2.

Tijdens de daaropvolgende hoorzittingen werden een aantal personen en instanties gehoord die op het terrein vertrouwd zijn met de mogelijke knelpunten die voortvloeien uit de bevoegdheidsverdeling inzake het gezins- en het gezondheidsbeleid. Wat het luik gezondheidszorg betreft werd aan de genodigden vooraf een lijst bezorgd met vijf concrete vragen : (1) Welke knelpunten ondervindt u door de huidige bevoegdheidsverdeling ? (2) Welke meerwaarde voor de patiënt kan een gede-federaliseerde gezondheidszorg in uw sector opleveren ? Kan een gede-federaliseerde gezondheidszorg gecombineerd worden met een federale financieringsstructuur ? Zo ja, onder welke voorwaarden of binnen welk noodzakelijk af te spreken kader ? (3) Op welk niveau worden de akkoorden en overeenkomsten betreffende de tarieven, prijzen en terugbetalingsvoorwaarden best afgesloten : federaal of regionaal, of indien eventueel gedeeltelijk federaal en gedeeltelijk regionaal, voor welke sectoren en op welk niveau ? (4) Waar moet het aanbod, de programmatie en de erkenning van hoogtechnologische zorg en het epidemiologische onderzoek zich situeren : federaal of regionaal ? (5) Welke oplossing ziet men voor Brussel : subnationaliteit, defederaliseren naar de drie gewesten of defederaliseren naar twee gemeenschappen met eigen keuze voor de Brusselaars ?

De eerste hoorzitting, op 10 oktober 1996, was gewijd aan een algemene situering van de gezondheidsorganisatie. Op een tweede en een derde hoorzitting, op 17 oktober 1996, werden respectievelijk de problematiek rond de toepassing van KB 78 en de problematiek van de thuiszorg behandeld. Een vierde hoorzitting, op 24 oktober 1996, betrof

het RIZIV en de volksgezondheid en een vijfde, op 11 december 1996, de gezondheidsproblematiek in Brussel. Over het luik gezinsbeleid werd op 11 december 1996 en 22 januari 1997 een zesde hoorzitting georganiseerd. Tenslotte kwam op 5 februari 1997 de problematiek van de financiering aan bod.

In dit verband kan nog worden vermeld dat de Commissie voor Staatshervorming en Algemene Zaken in december 1995 en in het voorjaar van 1996, ter voorbereiding van de bespreking over een verdere staatshervorming, een reeks hoorzittingen organiseerde over de rapporten van de Vlaamse Onderzoeksgroep Sociale Zekerheid 2002. Voor het verslag van die hoorzittingen, uitgebracht door de heren Freddy De Vilder, Herman Suykerbuyk en John Taylor, wordt verwezen naar stuk 598 (1996-1997) – Nr.1.

I. GEDACHTEWISSELING MET AMBTENAREN VAN DE ADMINISTRATIE GEZONDHEIDSZORG EN VAN KIND EN GEZIN

1. Toelichting bij de fiches betreffende de homogene bevoegdheidspakketten

Dokter Jan Schrijvers, directeur-generaal van de administratie Gezondheidszorg, overloopt de verschillende fiches over het gezondheidsbeleid, die aan de basis lagen van de discussienota. De fiches die het meest relevant zijn voor de discussienota betreffen de ziekenhuisvoorzieningen, de wetgeving inzake de uitoefening van geneeskunde, het preventiebeleid, het vaccinatiebeleid en de arbeids-geneeskundige diensten en de erkenning daarvan. Het uitgangspunt was telkens dat er dient gestreefd naar een verdere homogenisering van de bevoegdheden. Als voorbeeld haalt de spreker de arbeids-geneeskundige diensten aan, waarvan de erkenning een bevoegdheid is van de gemeenschappen, terwijl de federale overheid het toezicht uitoefent.

De heer Patrick Bedert, adjunct van de directeur van Kind en Gezin, gaat daarna wat dieper in op de problematiek van het federale Fonds voor Collectieve Uitrustingen en Diensten (FCUD). Op het vlak van de kinderopvang heeft dit fonds vier taken. Ten eerste omvat het fonds een forfaitair bedrag dat per dag per werknemerskind wordt toegekend aan erkende kinderdagverblijven. Die subsidiëring belooft in Vlaanderen ongeveer 130 miljoen frank per jaar en is voor veel kinderdagverblijven van levensbelang om te kunnen overleven. Ten tweede verleent het FCUD subsidies aan

opvang-initiatieven voor zieke kinderen en aan opvang buiten de normale werkuren. Van vele initiatieven in die zin is de levensvatbaarheid grotendeels afhankelijk van de FCUD-subsidies. Het betreft hier een subsidiëring van, voor heel België, 60 miljoen frank per jaar. Ten derde verleent het FCUD goedkope leningen voor het opstarten van kinderdagverblijven. Het totale bedrag van deze leningen verschilt sterk van jaar tot jaar. Ten vierde verdeelt het FCUD het geld dat in de interprofessionele akkoorden wordt voorzien voor kinderopvang. Het betreft hier een bedrag van, voor heel België, ongeveer 750 miljoen frank per jaar. Deze subsidiëring is evenwel niet structureel van aard, maar hangt af van de resultaten van de interprofessionele akkoorden.

Mevrouw Marleen Lembrechts, teamverantwoordelijke van het team Gezinszorg in de afdeling Welzijnszorg, legt vervolgens uit dat het FCUD ook een belangrijke rol speelt op het vlak van de thuiszorg voor gezinnen en bejaarden. De betrokken diensten zijn wat hun erkenning en hun werking betreft helemaal afhankelijk van de Vlaamse Gemeenschap. Voor de subsidiëring zijn ze grotendeels afhankelijk van de Vlaamse Gemeenschap. Ze ontvangen, afgerond, 7 miljard frank aan toelagen per jaar, dit is ongeveer 75% van de kostprijs. Het overige deel wordt betaald door de cliëntbijdragen (13%) en door diverse toelagen van het RIZIV, de OCMW's, de ziekenfondsen en het FCUD. De toelage van het FCUD aan de gezins- en bejaardenhulp bedroeg tot nu toe op jaarbasis 160 miljoen frank. Dit bedrag wordt gedeeltelijk toegekend op basis van de geleverde prestaties en gedeeltelijk op basis van de verplaatsingskosten van de helpers.

2. Bespreking

Mevrouw Yolande Avontrodt : Als gevolg van de wet op het welzijn van de werknemers is de arbeidsgeneeskundige inspectie recent hervormd. Is de administratie, rekening houdend daarmee, voorstander van de overheveling van de arbeidsgeneeskunde in haar totaliteit, of wil men alleen maar de erkenning integraal overhevelen ?

Dokter Jan Schrijvers : Het uitgangspunt van de administratie was oorspronkelijk dat de gemeenschappen zowel de bevoegdheid over de erkenning als over de inspectie dienden te krijgen. Dit standpunt zal moeten worden getoetst aan de nieuwe situatie, waarbij de arbeidsgeneeskundige diensten multidisciplinair worden en worden ingebed in een

ruimer preventieconcept. Daarbij is het vooral belangrijk dat de nieuwe codex het mogelijk maakt om de totale bevolking preventief te benaderen. Terwijl het oude ARAB enkel betrekking had op de bedienden en de werknemers, worden nu ook de stagiairs en de zelfstandigen voorwerp van arbeidsgeneeskundige en preventieve tussenkomsten. Als gevolg van de oprichting van de Vlaamse Gezondheidsraad, zal de Commissie voor de Erkenning van Arbeidsgeneeskundige Diensten wellicht worden afgeschaft. In het kader van die commissie kon tot nu toe voor een stuk geoordeeld worden over de kwaliteit van het geleverde werk van de arbeidsgeneeskundige diensten. Ik verwacht dat de nieuwe wet op het welzijn van de werknemers een impact zal hebben op deze erkenningsprocedure. Tenslotte wil ik de essentiële rol van de arbeidsgeneeskunde in het algemene preventiebeleid benadrukken.

De heer Johan Sauwens : De discussienota pleit minder duidelijk voor een communautarisering van het ziekenhuisbeleid dan dat in de fiches van de administratie het geval is. Kunt u de desbetreffende fiches nader toelichten en enige uitleg geven over de problematiek van de Dienst 100 en de MUG ?

Dokter Jan Schrijvers : Het belangrijkste knelpunt is dat de Vlaamse administratie het best op de hoogte is van wat er in de ziekenhuizen leeft, terwijl de belangrijkste beslissingen over de uitbouw van de ziekenhuizen op het federale niveau genomen worden, waar de Vlaamse overheid niet bij betrokken is. De hartchirurgie is daarvan een tekenend voorbeeld. De Vlaamse administratie was voorstander van een beperking van de centra voor hartchirurgie, terwijl de federale overheid de criteria om als hartchirurgisch centrum te worden erkend nadien juist heeft versoepeld. De Vlaamse administratie heeft ook geen vat op het beleid inzake de ligdagprijs in de ziekenhuizen en wordt zelfs niet over dit beleid geïnformeerd. Vlaamse ziekenhuizen zijn eerder voorstander van functionele samenwerking en associaties tussen verschillende ziekenhuizen, maar de uitvoering van plannen in die zin op het federale niveau doet op zich wachten. Het is ook problematisch dat de toegang tot het beroep van verplegenden federaal geregeld is, terwijl de opleiding zelf een Vlaamse bevoegdheid is. De laatste nota die terzake door de Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen is opgesteld stelt dat de programmatie, de normering en de financiering van de ziekenhuizen eigenlijk een homogeen bevoegdheidspakket voor de Vlaamse Gemeenschap zou moeten vormen. Ik zal deze nota ter beschikking stellen van de commissieleden.

U vroeg ook een verduidelijking over de Dienst 100 en de MUG. De federale overheid is momenteel bevoegd voor de 100-diensten. Dat heeft onder meer te maken met het feit dat de 100-diensten in eerste instantie deel uitmaken van het veiligheidsbeleid. De MUG-ploegen treden zowel op in het kader van de 100 als in het kader van de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen. De erkenning van deze spoedgevallendiensten valt onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. Het is in de praktijk problematisch om tot een optimale programmering en lokalisatie van de MUG-diensten te komen, omdat de 100-diensten en de erkende spoedgevallendiensten vaak uiteenlopende verwachtingen hebben. Momenteel is er op het federale niveau overleg over de vraag welke ziekenhuizen over een MUG-dienst kunnen beschikken. Het zou beter zijn om zowel de programmering als de normering van de MUG-diensten te integreren in een algemeen ziekenhuisbeleid op het niveau van de gemeenschappen.

De heer Johan Sauwens : Kunt u ook een bijkomende toelichting geven over de fiche inzake de programmering, erkenning en financiering van rust- en verzorgingstehuizen (RVT), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en Beschut Wonen (BW) ?

Dokter Jan Schrijvers : Het betreft hier vormen van dienstverlening die een gevolg zijn van de afbouw van de ziekenhuisbedden. De federale overheid is bevoegd voor de basisregels van programmering en erkenning, en voor de organieke wetgeving, terwijl de gemeenschappen bevoegd zijn voor de concrete planning en erkenning.

De heer Johan Sauwens : In de fiche wordt er gepleit voor communautarisering van deze diensten, maar tegelijkertijd wordt er van uit gegaan dat het RIZIV federaal blijft. Welke regeling voorziet men dan om de communautarisering financieel te ondersteunen ?

Dokter Jan Schrijvers : De fiches schetsen enkel een mogelijk scenario, uitgaande van de ervaring van de administratie. Dit scenario moet echter technisch nog verder worden uitgewerkt door experts.

De heer André Denys : Heeft de administratie al berekend voor welk bedrag Vlaanderen op het vlak van de kinderbijlagen en de ziekteverzekering vandaag solidair is met Wallonië ? In de hypothese dat de gecommunautariseerde kinderbijlagen uitsluitend door algemene middelen zouden worden gefinancierd, zou de factor arbeidskosten

aanzienlijk verlagen. Heeft de administratie reeds onderzocht hoe die financiering via algemene middelen zou kunnen gebeuren ? Wat betreft het Instituut voor Veterinaire Keuring (IVK), wenst de administratie bepaalde zaken te communautariseren, maar niet alles. Waarom kiest men ervoor om het hormonenonderzoek federaal te houden ?

Dokter Jan Schrijvers : Het beantwoorden van de vraag over het aandeel van de kinderbijlagen en de ziekteverzekering in het geheel van de SZ-transferten zou heel wat studiewerk vergen, aangezien de financiële schotten tussen de socialezekerheidsstelsels in de tweede helft van de jaren tachtig in grote mate zijn weggevallen.

De vraag over het IVK zal worden beantwoord in een aanvullende nota bij de desbetreffende fiche.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Ik wil ook de aandacht vestigen op de problematiek van het KB 78, dat de toetreding regelt tot het beroep van diverse categorieën van gezondheidswerkers. Die toegangsvoorwaarden worden zo gedetailleerd omschreven, bijvoorbeeld voor het verplegend personeel en voor de ambulanciers, dat de facto afbreuk wordt gedaan aan de Vlaamse onderwijsbevoegdheid. Werden de implicaties van dit KB voor het Vlaamse beleid reeds door de administratie onderzocht ? Ook de federale kamer beweegt zich in toenemende mate op het terrein van de gemeenschappen door kwaliteitseisen vast te leggen op het vlak van de gezondheidszorg. Heeft de Vlaamse administratie daar reeds op gereageerd ?

Dokter Jan Schrijvers : Ook deze vragen zullen worden beantwoord in een aanvullende nota bij de fiches van de administratie¹.

¹ Naar aanleiding van deze gedachtewisseling werd het volgende document door de administratie ter beschikking gesteld van de commissie : Annemie Doms, Vergadering van 2 juli 1996 – reacties administratie Gezondheidszorg, met als bijlagen : (1) Annemie Doms, Culturele verschillen in gezondheidszorg, (2) Ziekenhuiswet ; (3) Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en Andere vormen van Medische Verzorging en Begeleiding, Bedverminderingsoperatie gekaderd in een globale visie op het toekomstig ziekenhuisbeleid (VAZA-algemeen advies - 95/02-B). Deze vier documenten liggen ter inzage op het commissiesecretariaat.

II. GEDACHTEWISSELING MET MEVROUW WIVINA DEMEESTER-DE MEYER, VLAAMS MINISTER VAN FINANCIËN, BEGROTING EN GEZONDHEIDSBELEID

1. Uiteenzetting door de minister

De minister wijst er om te beginnen op dat zij de defederalisering van het gezinsbeleid en van het gezondheidsbeleid niet aan elkaar wenst te koppelen, aangezien het hier twee verschillende bevoegdheidsdomeinen betreft. Inzake het gezondheidsbeleid zijn de uitgangspunten van de minister dat dit beleid beter tegemoet moet komen aan de noden van de burgers en dat het eenvoudiger en coherenter moet worden door toepassing van het subsidiariteitsprincipe. Concreet betekent dit dat belangrijke verdere stappen moeten worden gezet in de defederalisering van het gezondheidsbeleid. De minister heeft daartoe een stappenplan uitgewerkt, waarbij, in een eerste fase, het ziekenhuisbeleid wordt overgeheveld naar de deelgebieden, terwijl de ziekteverzekering en de individuele zorgverstrekking voorlopig federaal blijven. Dit houdt in dat op korte termijn volgende bevoegdheden dienen te worden overgedragen : de organieke wetgeving op de ziekenhuizen, de kwaliteitsnormen voor de ziekenhuizen, de verpleegdagprijs, de functiebepaling van privé- en openbare ziekenhuizen, de bevoegdheid over de beddenafbouw en de programmatie, de ontwikkeling van een visie op de dagziekenhuizen, de Rust- en Verzorgingstehuizen (RVT's), de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT's), het verzorgingsluik van de bejaardenzorg, het beschut wonen en de subsidiëring van de palliatieve zorgen. Deze eerste fase impliceert ook dat de financiering van de ligdagprijs vanaf 1999 integraal wordt overgedragen naar de gemeenschappen. Momenteel bedraagt die financiering 140 miljard frank per jaar, waarvan 75% wordt betaald uit de socialezekerheidsbijdragen en 25% uit algemene middelen.

Die overheveling moet het mogelijk maken dat de Vlaamse ziekenhuizen niet langer op basis van het aantal ligdagen worden gefinancierd, maar wel via een systeem van pathologiefinanciering. In afwachting van de bevoegdheidsoverdracht wil de minister nu al een hervormingsplan in die zin uitwerken. Zij denkt eraan om daarbij een onderscheid te maken tussen drie soorten ziekenhuizen : (1) ziekenhuizen die enkel de basisfuncties vervullen, (2) een aantal ziekenhuizen voor zware medische diensten en (3) universitaire ziekenhuizen en enkele andere ziekenhuizen die de nieuwste technologieën kunnen ontwikkelen en toepassen. Wanneer

die technologie meer courant wordt kan die dan na verloop van tijd ook in de ziekenhuizen van de tweede categorie worden toegepast, op voorwaarde dat er een minimum aan zorgenverstrekingen kan worden verricht. De ziekenhuizen zullen met andere woorden niet meer worden ingedeeld volgens het aantal bedden waarover ze beschikken, maar wel volgens de functies die ze vervullen. Die ontwikkeling moet samengezien worden met de invoering van een kwaliteitscontrole, die over 5 à 10 jaar in voege zou moeten zijn en de basis zal vormen voor de erkenning van de zorgenverstreking. Die hervorming zal ook gepaard gaan met een vermindering van het totale aantal ziekenhuizen in Vlaanderen.

Verder anticipeert de minister op een aantal mogelijke bezwaren tegen dit stappenplan. Dat een verdere defederalisering van het gezondheidsbeleid technisch niet mogelijk is vindt de minister een vals argument. Voor de technische problemen die er ongetwijfeld zijn kan een oplossing worden uitgewerkt, in samenwerking met de ziekenfondsen en de ziekenhuizen. Dit veronderstelt wel dat nu al wordt begonnen met de voorbereiding van de overheveling. Daarnaast kan men ook bezwaar maken tegen het feit dat de defederalisering van de individuele zorgenverstreking wordt uitgesteld tot na 1999. De minister is er echter van overtuigd dat een pragmatische en stapsgewijze benadering het meest kans op succes biedt. Ze wijst er ook op dat de financiering van de ziekenhuizen een relatief losstaand bevoegdheidspakket vormt dat gemakkelijk op korte termijn kan worden overgeheveld.

De minister gaat vervolgens meer concreet in op de problematiek van de bejaardenzorg en de thuiszorg. Wat de RVT's en de Rustoorden en Bejaardentehuizen (ROB's) betreft is het volgens de minister niet langer houdbaar dat de financiering gebeurt door het RIZIV, terwijl de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is voor de reglementering. De defederalisering van de RVT's en ROB's moet aanleiding geven tot een andere invulling van de ouderenzorg in Vlaanderen. De minister is er voorstander van om daarbij een fundamenteel onderscheid te maken tussen enerzijds de 'ouderenverzorgingszorg', namelijk de hoofdzakelijk intramurale zorgverstrekking, die nu gefinancierd wordt door de ziekteverzekering, en anderzijds de 'ouderenwelzijnszorg', namelijk de trans- en de extramurale zorgverstrekking, die reeds tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap behoort. De huidige categorieën nul en A zouden dan vervat zitten in het luik welzijnszorg en de categorieën D, C en B van de ROB's en de RVT's in het luik gezondheidszorg. De financiering van die tweede

groep dient integraal te worden overgeheveld naar de gemeenschappen, zodat op termijn eventueel kan worden overgeschakeld naar een forfait-financiering op basis van een onderscheid tussen drie categorieën, namelijk de verzorging van (1) dementen, (2) zwaar verzorgingsbehoeftigen en (3) ambulante of semi-ambulante verzorgingsbehoeftigen.

Inzake de thuisgezondheidszorg stelt zich het probleem dat het Vlaamse beleid geen vat heeft op de financiering van de thuisverzorgingsequipes, die grotendeels door het RIZIV gebeurt. Daarom is het belangrijk dat ook de RIZIV-middelen voor de thuiszorg worden overgeheveld. Dit zal de Vlaamse Gemeenschap in staat stellen om, in nauw overleg met de ziekenfondsen, een forfait-financiering uit te werken op basis van een onderscheid tussen een aantal categorieën van zorgbehoeftigen, zoals kansarmen, chronisch zieken, bejaarden, enz... Die financiering moet worden afgestemd op de reële noden van de verschillende regio's in Vlaanderen, zodat de onplanmatige groei van de thuisgezondheidszorg kan worden afgeremd.

Tenslotte stipt de minister nog aan dat, wat haar betreft, ook het wetenschappelijk onderzoek inzake gezondheidzorg, de desbetreffende middelen van de Nationale Loterij, de kankerpreventie, de uitoefening van de geneeskunde, meerbepaald de KB's 78, 79 en 80, de dringende medische hulpverlening en de verplichte vaccinaties dienen te worden gedefederaliseerd. Het Instituut voor Veterinaire Keuring en de eetwareninspectie daarentegen zou de minister federaal willen houden, omwille van de nauwe banden met de Europese regelgeving.

2. Bespreking

De heer Jos Geysels : U pleit dus niet voor een andere financiering van de gezondheidszorg, enkel voor het stapsgewijs defederaliseren van de middelen aan de uitgavenkant ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Zoals de zaken er nu voorstaan pleit ik inderdaad niet voor een andere financiering, enkel voor een betere en meer coherente organisatie van de gezondheidszorgen. Ik stel wel vast dat er op federaal niveau over wordt nagedacht om de hogervermelde verdeelsleutel voor de financiering van de ligdagprijzen te herzien, maar ik wil uitgaan van de realiteit van vandaag. Ik zou er wel geen bezwaar tegen hebben dat de overdracht van de 140 miljard financiering

aan de deelgebieden zou gekoppeld worden aan een participatie van de deelgebieden in de staatschuld.

De heer Jos Geysels : Wat is het verschil tussen uw benadering en een scenario van verdergaande responsabilisering van de ziekenhuissector ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het defederaliseren van de bevoegdheid over de organieke ziekenhuiswetgeving is een noodzakelijke voorwaarde om te kunnen komen tot een responsabilisering van de ziekenhuissector. Wij kunnen nu niet responsabiliseren omdat we enkel bevoegd zijn voor de toepassing van de normen, en niet voor de normering zelf. Dit moet eerst veranderen.

De heer Bart Vandendriessche : De federale minister van Volksgezondheid en Pensioenen heeft reeds aangekondigd dat hij bij het Arbitragehof een beroep tot vernietiging zal instellen tegen uw kwaliteitsdecreet, ingevolge de stelling van de Raad van State dat dit decreet de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap te buiten gaat. Zijn er daaromtrent al onderhandelingen gevoerd tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale regering ? En een tweede vraag over de actualiteit : de algemeen-secretaris van de Socialistische Mutualiteiten, dokter Guy Peeters, heeft u onlangs verweten dat u te betuttelend optreedt. Hoe reageert u daarop ? Is er al een begin gemaakt met de door u gevraagde vertegenwoordiging van de deelgebieden in het RIZIV ? In welke mate interfereren de federale besparingsmaatregelen in de sector van de ziekenhuizen en de bejaardenzorg in het Vlaamse gezondheidsbeleid ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ongeveer twee maanden geleden is er op het overlegcomité vastgesteld dat er over het ontwerp van kwaliteitsdecreet een meningsverschil bestaat tussen de Vlaamse en de federale regering. Als het ontwerp wordt goedgekeurd in het Vlaams Parlement, hopelijk zo spoedig mogelijk, zal de federale regering er dus wellicht tegen in beroep gaan bij het Arbitragehof, dat dan duidelijkheid zal moeten scheppen over de bevoegdheidskwestie. Dit kwaliteitsdecreet vormt, samen met de begroting 1997, een eerste aanzet tot de realisatie van het stappenplan. In de loop van 1997 zullen we het plan dan verder technisch invullen. Uit de kritiek van dokter Guy Peeters heb ik vooral onthouden dat hij nu wel openstaat voor een zekere betrokkenheid van de deelgebieden bij het RIZIV, en dat terwijl het RIZIV ons vier jaar lang wandelen heeft gestuurd. Blijkbaar begint men toch schrik te hebben van de toenemende vraag naar defederalisering van het

gezondheidsbeleid. Wat betreft de federale besparingsmaatregelen bevestig ik dat ik niet akkoord ga met de 200 bedden-regel en met een systeem van gedwongen fusies van ziekenhuizen. Hierover is met de federale regering nog geen akkoord bereikt. Ik verzet mij evenzeer tegen verdere besparingen in de sector van de bejaardenzorg.

Mevrouw Lydia Maximus : Mijn voornaamste zorg is dat de gezondheidszorg, als basisrecht, voor iedereen toegankelijk is en blijft. Vanuit die bekommernis werk ik met een aantal collega-senatoren aan een studie over het probleem van de sociale uitsluiting, onder meer in de sector van de gezondheidszorg. Is de minister bereid om te wachten met de uitvoering van het stappenplan, tot de resultaten van deze studie bekend zijn ?

De heer Chris Vandebroeke : U hebt de wens uitgedrukt dat het Vlaams Parlement tegen 1999 tot een consensus zou komen over een defederalisering van het gezondheidsbeleid, maar zal die consensus voldoende zijn om de weerstand te breken ?

De heer Robert Voorhamme : Waarom wilt u in eerste instantie de ziekenhuissector defederaliseren ? Dat de ziekenhuizen enerzijds via de ligdagprijs en anderzijds via de prestaties van de geneesheren worden gefinancierd maakt het voor het RIZIV erg moeilijk om de kosten onder controle te krijgen. Maar als men de financiering via de ligdagprijs defederaliseert en de financiering van de prestaties niet, dan zal dit probleem nog toenemen. Ten tweede wou ik graag van u vernemen of u aanstuurt op een regionalisering van het gezondheidsbeleid, waarbij naast het Vlaamse en het Waalse Gewest ook het Brussels Gewest bevoegd wordt, dan wel op een communautarisering. En hoe zou u het probleem Brussel dan oplossen in die tweede hypothese ?

De heer Joris Van Hauthem : De grondreden waarom u pleit voor defederalisering is eigenlijk dat er in de twee landsdelen een sterk uiteenlopende visie bestaat op het gezondheidsbeleid. Maar waarom bent u dan niet consequent en streeft u ook niet naar een defederalisering van de financiering, zodat de deelgebieden ook financieel verantwoordelijk worden voor het beleid dat ze voorstaan ?

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Er zijn tal van voorbeelden te noemen van federale regelgeving die ingrijpt in het Vlaamse gezondheidsbeleid zon-

der dat de Vlaamse Gemeenschap daarbij werd betrokken. Ik denk daarbij aan de nieuwe normering voor dringende geneeskundige hulpverlening en de verzorgende opleidingen. Kan de Vlaamse Gemeenschap daar, in de huidige stand van zaken, niet meer vat op trachten te krijgen ?

Mevrouw Brigitte Grouwels : U zegt dat u de eerstelijnszorg voorlopig niet wenst te defederaliseren, maar nochtans spelen ook de ziekenhuizen een belangrijke rol in de eerstelijnszorg. Wat doet u daar dan mee ? Welke verdeelsleutels voorziet u voor de overheveling van de 140 miljard naar de deelgebieden, ook wat meer specifiek de bicommunautaire instellingen in Brussel betreft ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik zie de resultaten van de studie van de Senaat over de sociale uitsluiting met belangstelling tegemoet en zal die toetsen aan onze inzichten terzake, maar wij kunnen er niet op wachten bij het uitstippelen van ons beleid. Ik begrijp evenwel de bekommernis van mevrouw Maximus om de hervorming niet te bruuskeren. Vandaar ook dat ik sterk geloof in een stappenplan, dat eigenlijk de enige mogelijke benadering is. Waarom is het best om daarbij te beginnen bij de defederalisering van de ziekenhuissector en niet van de eerste lijn ? Ten eerste omdat we vaststellen dat er over de noodzakelijke echelonering nog geen eensgezindheid bestaat, noch aan de basis, noch in het middenveld. Omdat we dit op een korte termijn niet kunnen waarmaken is het beter om de defederalisering van deze sector wat uit te stellen en te beginnen met de ziekenhuissector. Ten tweede is het vooral op het vlak van het ziekenhuisbeleid dat Vlaanderen al een belangrijke beleidservaring heeft opgedaan, die op korte termijn de basis kan vormen van een nieuw en coherent ziekenhuisbeleid. In antwoord op de heer Voorhamme kan ik verduidelijken dat we de gezondheidszorgen wel degelijk als gemeenschapsmaterie willen defederaliseren. Ik maak me sterk dat we voor wat Brussel betreft een werkbare oplossing zullen kunnen vinden, die voortbouwt op de reeds opgedane ervaring met de uni- en bicommunautaire ziekenhuizen in Brussel. Ik engageer me om tegen het midden van de zomer van 1997 klaar te zijn met een werkbaar model. In antwoord op mevrouw Van Cleuvenbergen wil ik er tenslotte op wijzen dat er over de door haar aangehaalde normeringen nog steeds overleg is met de federale regering, om te kunnen komen tot KB's waar ook de gemeenschappen zich kunnen in terugvinden.

III. HOORZITTING OVER DE ALGEMENE SITUERING EN ORIËNTERING VAN DE GEZONDSHEIDSORGANISATIE

1. Prof. Jan De Maeseneer van de vakgroep Huisartsengeneeskunde van de Universiteit Gent²

Prof. Jan De Maeseneer : Het eerste knelpunt in het gezondheidszorgbeleid is precies de afwezigheid van een echt beleid. Het huidige beleid bestaat uit compromissen, die worden vastgelegd in overlegstructuren waarin de belangengroepen vertegenwoordigd zijn. Een voorbeeld hiervan wordt gevormd door de conventies tussen artsen en ziekenfondsen. Bij de recente wet op de ziekteverzekering heeft de federale overheid zichzelf buitenspel gezet. De genomen hervormingsmaatregelen worden bovendien door belangengroepen in de kiem gesmoord. Dat is bijvoorbeeld gebeurd bij de discussie over het inschrijven van de patiënten bij een vaste huisarts. De fidelisering werd vervangen door accreditering. In veel gevallen is het de minister die wikt en de belangengroep die beschikt. In het federale parlement worden geen inhoudelijke discussies gevoerd. Het laatste congres van een Vlaamse politieke partij over gezondheidszorg dateert van 1980.

De Belgische gezondheidszorg kampt met een gigantisch volume probleem. Een aantal voorbeelden maakt dit al vlug duidelijk. Wanneer we een extrapolatie maken vanuit de veronderstelling dat slechts de helft van het aantal artsen die momenteel elk jaar uitstromen aan de medische faculteiten in België worden gevormd, dan zien we dat we in 2036 opnieuw hetzelfde aantal artsen als nu zullen hebben : zo'n 40.000. Ook in vergelijkingen met het buitenland valt België op. Zo zijn er in Nederland 105 miljoen laboratoriumtesten per jaar, in België 210 miljoen. Dat is het dubbele, terwijl Nederland de helft meer inwoners heeft. België telt zelfs een aantal wereldrecords, bijvoorbeeld inzake het aantal pacemakers of het aantal huisbezoeken door huisartsen.

Uit een studie van de Johns Hopkins University uit Baltimore blijkt dat de gezondheidsindicatoren het beste scoren in de landen met een goed uitgebouwde eerstelijnsgezondheidszorg. Denemarken, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Finland kunnen daartoe worden gerekend. De meeste van die landen kennen een systeem van inschrijving bij een vaste huisarts en een vrij hoge graad van echelonnering. Bij ons is de structurering van de gezondheidszorg en de uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg afwezig. De echelonnering wordt niet ondersteund door regelgevende maatregelen.

De toegankelijkheid is afhankelijk van de sociale klasse waartoe de patiënt behoort. Hoe lager de inkomenscategorie van de betrokkene, hoe ernstiger zijn ziekten en hoe groter zijn pijnervaring. De medische behoeften nemen dus toe naarmate men afdaalt op de sociale ladder. Nochtans zijn het precies de mensen met een laag inkomen die een bezoek aan de huisarts als duur ervaren. Ongeveer 15 jaar geleden moest van de medische uitgaven één frank op de tien zelf worden betaald, terwijl dit nu reeds één frank op vijf is. Voor de armen en de zeventien percent bestaansonzekereren wordt gezondheidszorg stilaan onbereikbaar.

Er is een totaal gebrek aan homogeniteit in de bevoegdheidspakketten. Als voorbeeld stellen we de baarmoederhalskankeropsparing, waarvan structurering en organisatie tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren, terwijl financiering van de uitstrijkjes en de interpretatie gebeurt via RIZIV-gelden. Wanneer de Vlaamse Gemeenschap hier een programmatorische en populatiegerichte benadering voorstaat, wordt dit bemoeilijkt door de betaling-per-prestatie vanuit de RIZIV. Uit onderzoek weten we dan ook dat baarmoederhalskankeropsparing vooral deze groep bereikt met het minste risico : de hoger opgeleiden. Op die manier wordt de sociale ongelijkheid ten aanzien van deze ziekte vergroot, in plaats van ze terug te dringen.

Het fundamentele debat over de defederalisering van de gezondheidszorg is niet dat van de transferen van Noord naar Zuid. De solidariteit tussen mensen in nood moet blijven bestaan, zij het op transparantere wijze en op basis van objectieve behoeftenverschillen. We kunnen niet ontkennen dat de behoeften in het noorden objectief anders zijn dan in het zuiden. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een vergelijkende studie tussen Aalst en Luik voor een bevolkingsschijf van 2400 personen. Het aantal chronische aandoeningen in Luik blijkt veel hoger te zijn en de functionele toestand (fysisch, sociaal en mentaal) veel slechter.

² De nota 'Naar een verdere defederalisering van het gezondheidsbeleid' werd door Prof. Jan De Maeseneer ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

De culturele verschillen tussen Noord en Zuid maken wel dat een eigen invulling van de organisatie van de gezondheidszorg noodzakelijk is. In Vlaanderen gaat ongeveer 66 percent van de huisartsen en 37 percent van de specialisten akkoord met de verplichte inschrijving van een patiënt bij een vaste huisarts. In Wallonië bedragen die cijfers 32 percent en 15 percent. Het verschil in antibiotica-gebruik bijvoorbeeld heeft niets meer te maken met behoeften, maar wel met een andere relatie tussen arts en patiënt en een andere wijze van praktijkvoering. Deze historisch gegroeide culturele verschillen moeten worden gehonoreerd. Het debat in Vlaanderen heeft zich de jongste twintig jaar laten inspireren door het Angelsaksische, het Scandinavische en het Nederlandse model. Dat zal wel te maken hebben met de relatieve ontoegankelijkheid van de Engelse literatuur voor de Franstalige artsen.

Doen we wat we zelf doen ook beter ? Belangrijke beslissingen dienen genomen te worden op basis van adequate gegevens die het resultaat zijn van wetenschappelijk onderzoek. Deze informatie dient verwerkt te worden in een adequate analyse. Op basis daarvan kan een gepaste toekomstvisie ontwikkeld worden. Dat moet aanleiding geven tot een transparant maatschappelijk debat, dat gevoerd moet worden in het parlement. Heldere beleidsnota's en klare doelstellingen die hieruit volgen moeten geïmplementeerd worden door het middenveld (de artsen, de verpleging, de ziekenfondsen, ...). Er moet een nieuwe legitimatie komen van dit middenveld op een pluralistische basis die de verzuiling overstijgt.

De exclusieve betaling per prestatie zal moeten worden verlaten. De onderhandelingen met huisartsen en specialisten zullen gescheiden moeten verlopen. Inzake het probleem van de echelonnering tussen huisartsen en specialisten dient de maatschappij en de politiek zijn verantwoordelijkheid op te nemen. Dat probleem dient niet te worden overgelaten aan de keuzes van het middenveld, want dat zal hier ook over twintig jaar niet uit komen. Die kwestie moet opgelost worden door het maatschappelijk debat. Een groot gevaar bij de verdere defederalisering is dat men slechts enkele stukken communautariseert en de hete hangijzers zoals de financiering van de artsen federaal laat. Men moet de problematiek op coherente wijze en dus in zijn geheel behandelen.

Wat de hoogtechnologische zorg betreft, dient men maximaal te defederaliseren teneinde tot een inclusief gezondheidsbeleid te kunnen komen. Een aantal materies, zoals de prijsbepaling van de

geneesmiddelen, de planning van hoogtechnologische diensten enzovoort kan men wel federaal houden. Voor wat de universitaire ziekenhuizen betreft, zal men moeten nagaan wat de behoeften zijn in het perspectief van de beperking van het aantal studenten geneeskunde, het aantal artsen in post-graduaat-opleidingen en rekening houdend met vereisten vanuit het wetenschappelijke onderzoek. Voor wat het epidemiologische onderzoek betreft, valt het te overwegen om hiervoor een federaal tweekamershuis te behouden, zeker voor wat het stuk gegevensverzameling en -analyse aangaat. De strategieën met betrekking tot de implementatie van de conclusies uit het epidemiologische onderzoek, zijn echter een opdracht van de gemeenschappen.

Hoewel ik mezelf niet deskundig acht om oplossingen naar voor te schuiven, blijft Brussel ook volgens mij een belangrijk probleem. Ongeveer 10 tot 15 percent van de gezondheidsuitgaven worden hier gedaan; er is een beperkte uitbouw van de eerstelijnszorg en een hoge concentratie van hoogtechnologische ziekenhuisbedden. Er kan inspiratie gezocht worden bij Denemarken waar men een speciaal statuut had uitgewerkt voor Kopenhagen, maar daarvan is teruggekeerd.

Tot slot blijf ik pleiten om het debat over de defederalisering open te trekken.

De heer Robert Voorhamme : U houdt een pleidooi voor de integrale overheveling van het uitgavenluik naar de gemeenschappen omwille van de coherentie. Indien het inkomstenluik federaal wordt gehouden vormt dit voor u dan geen coherentieprobleem ?

Mevrouw Yolande Avondtroodt : Vormt de verplichte inschrijving bij een huisarts, gekoppeld aan het centraal medisch dossier, geen bedreiging voor de vrije keuze ?

Mevrouw Vera Dua : Het onderzoek dat u heeft aangehaald, toont aan dat er een consensus bestaat over de hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg bij de Vlaamse artsen en de bevolking. Wat is de reactie van het RIZIV op dit onderzoek ? Indien de echelonnering enkel wordt doorgevoerd in Vlaanderen bestaat er dan geen gevaar voor een gezondheidszorg met twee snelheden ? Uw verhaal over solidariteit is goed maar indien de echelonnering enkel in Vlaanderen wordt doorgevoerd gaat het solidariteitsprincipe verloren.

De heer Joris Van Hauthem : U pleit voor de defederalisering van de uitgaven, wat wilt u doen met de inkomsten ?

Prof. Jan De Maeseneer : Ik pleit voor een financiering die rekening houdt met de solidariteit en de objectieve verschillen in de behoeften volgens de verschillende maatschappelijke ontwikkelingen. Er is een transparante maatschappelijke solidariteit noodzakelijk, maar iedereen moet binnen het budget blijven volgens de lokale behoeften. Ik acht mij niet deskundig om een oordeel te vellen over het defederaliseren van de financiering van het uitgavenbeleid.

De inschrijving bij een huisarts is gekoppeld aan een centraal medisch dossier. Dat is noodzakelijk om een ernstig preventiebeleid, de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de echelonnering mogelijk te maken. Deze houdt geen belemmering in van de vrije keuze van de patiënt, indien zij soepel gebeurt. Men kiest dan op het niveau van een totaal dienstenpakket.

Creatief denken over alternatieve vormen van financiering is noodzakelijk. In Denemarken bestaat een systeem van gemengde betalingen (per patiënt én per prestatie, aangevuld met bedragen voor specifieke projecten zoals preventie en kwaliteitszorg) ; hierover zijn zowel artsen als bevolking zeer tevreden. De satisfactiegraad is zelfs de allerhoogste. De forfaitaire betaling betekent niet het einde van de vrijheid, al houden sommigen niet op met dit ten onrechte te suggereren.

We kunnen niet solidair blijven met niet wetenschappelijk onderbouwde verschillen. We moeten kiezen voor eigen accenten en een openbaar politiek debat creëren, zodat de eigen dynamiek binnen de verschillende gemeenschappen ten volle tot uiting komt.

2. Prof. Erik Schokkaert van de faculteit Economische en Toegepaste Economische Wetenschappen van de K.U. Leuven

Prof. Erik Schokkaert : Ik ben uitgenodigd omdat ik betrokken ben bij het opstellen van de normatieve verdeelsleutel in het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Ik wil het eerst hebben over wat ik beschouw als het niet-fundamentele probleem. Dat betreft de vragen : Zijn er interregionale verschillen in de medische uitgaven ? Kunnen we ze verklaren ? Zijn ze verantwoord ?

Er bestaan verschillen in uitgaven, tussen de deelstaten maar ook binnen de deelstaten. Interregionale verschillen komen overigens in alle westerse landen voor. Binnen de oeverloze internationale literatuur bestaat echter geen consensus over de verklaring van deze verschillen. De factoren moeten vermoedelijk worden gezocht in het kader van de medische praktijkvoering.

Als het rapport-Jadot de indruk zou gewekt hebben dat in België een verklaring zou gevonden zijn voor de verschillen, dan is die indruk misplaatst. We hebben gewerkt met geaggregeerde gegevens op het niveau van de verbonden van ziekenfondsen en we vinden voor sommige groepen een relatief bevredigend model. Toch blijven er nog statistische problemen. Zo is het duidelijk dat de kwaliteit van de woningen een effect heeft op de medische uitgaven. Die variabele zit sterk geconcentreerd in bepaalde regio's, maar we beschikken niet over de nodige gegevens om ze te relateren aan factoren als morbiditeit, culturele verschillen en verschillen in medische praktijkvoering.

Zijn de interregionale verschillen verantwoord ? Onze analyse biedt terzake slechts een eerste inzicht ; ze kan de discussie alleen maar sturen. Helaas worden in de praktijk de onderzoeksgegevens vaak moedwillig uit hun context gerukt en gehanteerd om een bepaald standpunt te bewijzen. Of verschillen in medische uitgaven die het gevolg zijn van de factor werkloosheid verantwoord zijn, is afhankelijk van het feit of die verschillen te maken hebben met morbiditeitsfactoren, met verschillen in praktijkvoering of met culturele verschillen. De ene zullen verantwoord lijken, maar de andere dan weer niet. Maar precies dat is nog niet te achterhalen. Het medisch aanbod heeft beslist een invloed op het verschil in uitgaven, maar is dat verschil verantwoord ? Onze studie richt zich op de eerste plaats op de ziekenfondsen en daar was deze karakteristiek zeer omstreden. Op dit ogenblik is het moeilijk om voor België wetenschappelijk verantwoorde uitspraken te doen.

Ik denk dat we moeten relativiseren wat prof. De Maeseneer beweert. De kosten stijgen inderdaad, maar niet meer dan in andere landen. Ons systeem werkt behoorlijk, de kwaliteit ervan is eveneens behoorlijk. Ik ben voorstander van wijzigingen, maar we moeten er wel eerst goed over nadenken.

Zoals in alle landen zijn er ook hier interregionale verschillen. Maar de fundamentele vraag is die van de bevoegdheidsverdeling. En ik denk dat daar een probleem mee is. Ik ben voorstander van een tweepijlersysteem waarbij de financiering via de fiscali-

teit verloopt. Toch zijn er redenen om de organisatie van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering op federaal niveau te houden. Ten eerste, het bekende solidariteits- of verzekeringsargument. Ten tweede, in de mate dat de verschillen in het uitgavenpatroon niets te maken hebben met verschillen in de voorkeuren van burgers, maar wel met verschillen aan de aanbodkant, moet het argument over de verschillen in voorkeur voorzichtig gebruikt worden. In essentie zijn de voorkeuren van de burgers gelijk, ze willen in de eerste plaats een toegankelijk systeem. Het politieke probleem is hetzelfde aan Waalse en aan Vlaamse kant.

Een relevante vraag is op welk niveau we het aanbod kunnen reguleren. In deze commissie wordt vooral gewerkt met een model waarin de overheid de grote lijnen uittekent en de sector meespeelt. Ik geloof in een model waarin de actoren in het veld een grotere rol spelen. Als we de ziekenfondsen meer verantwoordelijkheid willen geven, doen we dat beter niet op het Vlaams, maar op een hoger niveau. Dit betekent niet dat we het probleem van de homogene bevoegdheidspakketten niet ernstig nemen. Het is zelfs mogelijk dat we evolueren naar een systeem waarbij men voor zijn financiële verantwoordelijkheid wordt geplaagd en de deelstaten worden beloofd of gestraft voor de verschillen tussen de werkelijke uitgaven en een theoretische verdeelsleutel. Een denkpiste die spijtig genoeg nog niet volledig ontwikkeld werd.

Samenvattend kunnen we stellen dat er interregionale verschillen zijn in de medische uitgaven die nog niet verklaard kunnen worden en dat er een probleem is met de samenstelling van de bevoegdheidspakketten. Maar er blijven nog altijd redenen om de organisatie op federaal niveau te houden.

3. De heren Pierre Jossart, sectorcoördinator algemene ziekenhuizen, en Julien Van Camp, onder voorzitter, van het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)³

De heer Pierre Jossart : U heeft ons een aantal moeilijke vragen gesteld, zoals bijvoorbeeld wat de knelpunten van de bevoegdheidsverdeling zijn. We

hebben voor een principieel Vlaams profiel gekozen. Minister Demeester-De Meyer heeft de verschillende pijlers van het Vlaamse beleid waarschijnlijk al uiteengezet. Dat zijn de kwaliteit van de zorg, de samenhang van het systeem op Vlaams niveau, zorg op maat, behoeftestudies en meer verantwoordelijkheid voor alle betrokken actoren.

We vinden dat we ook technisch-juridisch over optimale bestuurskracht moeten beschikken. Als we bevoegdheden krijgen, moeten we ook de middelen hebben om ze uit te voeren. Nu is de bevoegdheid verdeeld tussen de federale en de Vlaamse overheid. We pleiten voor een defederalisering van het systeem, voor homogene bevoegdheidspakketten.

Wij zijn voorstander van een defederalisering van het ziekenhuisbeleid. De overheveling van de bevoegdheden van het federale naar het Vlaamse niveau zal de zwaarbeladen discussie over transfers overbodig maken. We zien twee ontwikkelingen. Ten eerste, moet het ziekenhuisbeleid op Vlaams niveau worden gebracht ; het RIZIV kan federaal blijven. Ten tweede, moeten de gemeenschappen echter op federaal niveau inspraak krijgen, onder meer in de algemene raad van het RIZIV. Vlaanderen moet medebeslissingsrecht krijgen : de bevoegdheden mogen niet worden beperkt tot het sluiten van protocolakkoorden. Niet alleen in het RIZIV moet de Vlaamse overheid inspraak krijgen : Vlaanderen moet ook mee de normen bepalen. Als de Vlaamse Gemeenschap alleen de normen moet toepassen, zonder medebeslissingsrecht te krijgen, dan wordt de rol van Vlaanderen beperkt tot die van een gendarm.

De defederalisering van het ziekenhuisbeleid moet volgens ons dus gekoppeld worden aan een omgekeerde beweging : de gemeenschappen moeten op het federale niveau mee kunnen onderhandelen. Vijftig percent van de inkomsten van ziekenhuizen zijn immers afkomstig van de honoraria van de artsen, die op federaal niveau blijven vastgelegd. Op korte termijn stellen we aldus een dubbele beweging voor.

De heer Johan Sauwens : Wat stelt u voor op lange termijn ?

De heer Pierre Jossart : We hebben nog geen zicht op wat er op lange termijn zal gebeuren. Alles hangt af van de manier waarop de kaarten door de politici geschud zullen worden.

De heer André Denys : Het lijkt logisch dat het samenbrengen van bevoegdheden via defederalise-

³ De nota 'Naar een Vlaams ziekenhuisbeleid' van het Verbond der Verzorgingsinstellingen werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissie-secretariaat.

ring kan leiden tot betere prestaties. Ik heb echter de indruk dat u alleen spreekt vanuit de functie van marktleider van bepaalde instellingen. Zal de defederalisering ook aanleiding geven tot lagere tarieven en betere prestaties voor de patiënten ?

Mevrouw Vera Dua : De defederalisering van het ziekenhuisbeleid kan inderdaad bepaalde positieve gevolgen hebben, bijvoorbeeld op het vlak van de volumebeheersing. Zal dit echter de problemen die op het federale niveau bestaan bij individuele specialisten oplossen ? Ze zullen blijven neigen naar overconsumptie.

Mevrouw Lydia Maximus : Ik kan begrijpen dat u met het huidige budget niet toekomt. U beweert echter er beter vanaf te zullen zijn als u in staat wordt gesteld het eigen stuk van de koek te verdeiden. Tegelijk zegt u echter dat een groot deel van de inkomsten, ongeveer vijftig percent, van de artsenlonen afkomstig is en dat die situatie nog altijd op federaal niveau geregeld blijft. Hoe verklaart u deze wisselwerking ?

De heer Robert Voorhamme : Ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Dua. Zowel de federale overheid als de gemeenschap blijven een rol spelen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een financieel controleniveau en een controleniveau op het vlak van kwaliteit. We streven naar een homogeen beleid waarvan de burger beter wordt. Wat is dan de bedoeling van dit complexe model ?

De heer Bart Vandendriessche : U klaagt de incoherentie aan van de bevoegdheidspakketten inzake ziekenhuisbeleid. Wat zal echter de meerwaarde zijn van de voorgestelde maatregelen voor individuele ziekenhuizen ? Wat zullen de concrete verbeteringen zijn ?

De heer Pierre Jossart : We pleiten voor een bepaalde politiek en voor bepaalde beleidsmaatregelen. Het ziekenhuisbeleid moet Vlaams worden en het moet beter worden. We menen dat alles moet bekeken worden in functie van een nieuw ziekenhuisconcept. Dat concept is aanvaard door de federale regering en door de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen. Ik kan dat ziekenhuisconcept in drie punten beknopt samenvatten. In de eerst plaats moet nagegaan worden wat er in de ziekenhuizen gebeurt. Ten tweede, willen we dat men niet langer op basis van de historische kosten betaalt, maar dat er een pathologiefinanciering komt. Dat betekent dat men betaalt in functie van wat er gebeurt, in functie van geneeskundige en verpleegkundige handelingen. Ten derde, is er de

kwaliteitscontrole. Het systeem moet gecontroleerd worden op de afgeleverde kwaliteit.

Dat is dus iets anders dan hetgeen we vandaag kennen. Het huidige systeem draait op historische kosten. Dat betekent dat voor hetzelfde werk het ene ziekenhuis 5.000 frank krijgt, het andere 7.000 frank. Wij willen dat er voor één product ook één prijs wordt betaald. Een nierdialyse is bijvoorbeeld een vrij eenvoudige handeling die overal dezelfde is. Het ene ziekenhuis krijgt hiervoor 4.000 frank, het andere 13.000 frank. Deze drie principes liggen aan de basis van het nieuwe ziekenhuisconcept.

De vraag of men dan morgen beter gaat werken is gekoppeld aan het al dan niet verder bestaan van ligdagprijsfinanciering en beddenaantallen. Wij willen dat dit verdwijnt. Op die manier kunnen we een ander concept uitwerken in functie van de kwaliteit en in functie van de opname in plaats van het vullen van bedden. In het nieuw ziekenhuisconcept moet er betaald worden op basis van de aan-doening van de patiënt en niet meer op basis van het aantal ligdagen. Dat betekent dus dat we de huidige verpleegdagprijsfinanciering willen afbouwen.

Maar dit wordt momenteel afgeremd door de huidige machtsstructuren. Het is interessant om daarbij te gaan kijken wie er voordeel heeft bij zulke situatie. We willen niet dat het RIZIV nu opeens verandert in VIZIV. Volgens ons is het evident dat er een all-in prijs moet komen. Neem nu bijvoorbeeld een bevalling. Die kan je bijvoorbeeld 50.000 frank waard maken. Die 50.000 frank is een fictief voorbeeld. Of het ziekenhuis nu in Aarlen of in Oostende ligt, het bedrag zou hetzelfde moeten zijn. Alle kosten van het ziekenhuis, honoraria inclus, moeten in dit bedrag begrepen zijn. Maar daarvoor zal een bekering van de geneesheren noodzakelijk zijn.

De heer Julien Van Camp : Ik sluit me daarbij aan. Wij willen een geïntegreerd ziekenhuisbeleid, of het nu Vlaams of federaal is. Dat geldt zowel op intern als extern vlak. Met extern bedoelen we ondermeer de thuiszorg en de bejaardenzorg. Nu zitten we te paard op verschillende politieke niveaus en dat maakt het moeilijk.

Mevrouw Lydia Maximus : Heeft u dat voorstel van één prijs al in de conventiecommissie van het RIZIV gedaan ?

De heer Julien Van Camp : Dit werd al besproken op diverse plaatsen.

Mevrouw Lydia Maximus : Ook binnen het RIZIV ?

De heer Pierre Jossart : Dat zijn politieke beslissingen, het is niet aan het RIZIV om daarover te oordelen.

Ons voorstel is : laat de gemeenschappen al participeren zodat ze hun verantwoordelijkheid kunnen opnemen.

4. De heren Boud Reggers, co-voorzitter en Luk Van Roye, adjunct-directeur van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV)⁴

De heer Boud Reggers : Wij zijn een nationale vereniging met een 100-tal ziekenhuizen in Vlaanderen en Wallonië samen. We hebben 39 ziekenhuizen in Vlaanderen, dit is 29 percent van de Vlaamse algemene ziekenhuizen en 39 percent van het aantal bedden. Elke Vlaamse stad heeft een belangrijk openbaar ziekenhuis.

Onze pluralistische vereniging dringt erop aan betrokken te worden bij alles wat ziekenhuizen in het algemeen en de openbare in het bijzonder aanbelangt.

We willen geen politieke keuze maken in het debat dat nu gevoerd wordt. Vooraleer in te gaan op de door de commissie gestelde vragen, willen we de klemtonen die voor het VOV belangrijk zijn, aangeven. Die situeren zich binnen de federale wetgeving, binnen de regelgeving van de gemeenschappen en bevatten ook financiële aspecten.

Wat de federale wetgeving betreft, willen we vertrekken van de definitie van het ziekenhuis in de Ziekenhuiswet. Dit zijn instellingen voor gezondheidszorg waarin medisch-gespecialiseerde onderzoeken en behandelingen kunnen verstrekt worden aan personen die er worden opgenomen en er kunnen verblijven. Op basis van die definitie menen wij dat het aanbod in het gezondheidsstelsel geografisch goed gespreid en sociaal toegankelijk moet zijn. Dit wettelijk kader schept de mogelijkheid om tussen de regio's, federaal en eventueel ook internationaal samen te werken. De openbare ziekenhuizen hebben daarin een eigen onvervangbare rol.

Het ziekenhuis als zuiver residentiële verzorgingsstructuur heeft afgedaan. Daarom moet de ziekenhuissector in de eerstkomende jaren, samen met zijn partners in de gezondheidszorg, ten dienste van heel de bevolking een geïntegreerd netwerk van verzorgingsvoorzieningen uitbouwen, wat kan gaan van eerstelijnszorg tot de meest gesofisticeerde verzorgingstechnieken, leidende tot een aangepaste readaptatie. Dit maakt een soepele, bruikbare wetgeving noodzakelijk. We mogen niet de vrije loop laten aan het zuivere private initiatief. Gezondheid is immers te belangrijk om buiten een democratische controle te organiseren.

De Ziekenhuiswet is niet aangepast aan de realiteit op het terrein en houdt geen rekening met de eigen accenten die de openbare ziekenhuizen leggen. Daarom willen wij dat er een artikel 2 bis in de wet wordt opgenomen. Ik citeer : Onverminderd de bepalingen van artikel 2 wordt met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet als openbaar ziekenhuis beschouwd, elk ziekenhuis ingericht en uitgebaat door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, een vereniging bedoeld bij de artikelen 118 tot 135 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, een intercommunale vereniging zoals bedoeld bij de wet van 22 december 1986 betreffende de intercommunale, de federale staat, de gemeenschappen, de gewesten, de provincies of een andere rechtspersoon die aan de beginselen van een openbare dienst, met name veranderlijkheid, continuïteit en gelijkheid beantwoorden. Onverminderd de mogelijkheid andere diensten aan te bieden, zal het openbaar ziekenhuis met het oog op het vervullen van zijn maatschappelijke opdracht steeds die diensten aanbieden teneinde aan iedereen de noodzakelijke kwaliteitszorg te waarborgen tegen een voor iedereen aanvaardbare financiële kostprijs en te kunnen instaan voor de opvang van iedere patiënt, ongeacht zijn inkomstenniveau, verzekeraarbaarheidstoestand, afkomst en levensovertuiging. Einde citaat.

Het VOV meent dat het verder bestaan van de openbare ziekenhuizen een kwalitatieve gezondheidszorg betekent voor iedereen en niet alleen voor diegenen die het kunnen betalen. Indien de openbare ziekenhuizen verdwijnen, dan kunnen de overblijvende instellingen door de steeds toeneemende financiële druk regelrecht in een zuivere markteconomische logica gedwongen worden, waar weinig of geen plaats meer is voor sociaal gevoel, sociale rechtvaardigheid of sociale verwordenheden.

⁴ Door de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen werd aan de commissie een nota bezorgd die ter inzage ligt op het commissiesecretariaat.

De bijzondere sociale rol van openbare ziekenhuizen moet in het daglicht gesteld worden en daarvoor moeten de nodige financiële middelen worden voorzien. Men mag niet uit het oog verliezen dat bepaalde patiënten niet in aanmerking komen voor een aantal behandelingsvormen. Die patiënten vind je terug in openbare ziekenhuizen.

Ook andere instellingen die bepaalde taken van openbaar nut uitoefenen, moeten hiervoor de nodige middelen kunnen krijgen. Maar dan moeten zij wel aan dezelfde controlemiddelen onderworpen worden. Zo is er bijvoorbeeld de wetgeving over de overheidsopdrachten. Voor de openbare ziekenhuizen houdt die een handicap in ten opzichte van de andere verzorgingsinstellingen als het over investeringen gaat. Alle instellingen zouden hun jaarlijkse rekeningen en hun begroting moeten voorleggen en toelichten.

Talrijke hinderpalen staan de efficiënte werking van de openbare ziekenhuizen in de weg. Het huidige administratief toezicht weegt zwaar. Suggesties om dit toezicht te versoepelen, werden nog niet in teksten vertaald. Wij verwachten nog steeds dat één van deze oplossingen geconcretiseerd zal worden. Hiertoe rekenen wij erop om als geprivilegieerde gesprekspartners bij deze hervormingen betrokken te worden. Het openbaar ziekenhuis moet de mogelijkheid krijgen om voor een eigen gepaste beheersstructuur te mogen kiezen die, in het kader van de Ziekenhuiswet en mits de nodige garanties voor een democratische controle, de mogelijkheid biedt te komen tot een modern management. Dit wetgevend initiatief is trouwens ook nodig om te komen tot correcte samenwerkingsvormen, zoals daarstraks uiteengezet, zowel intramuraal als extramuraal, die daarenboven de eigenheid van het openbaar karakter van onze instellingen moeten kunnen vrijwaren. De openbare ziekenhuizen bieden tegen een sociaal aanvaardbare kost kwaliteitsvolle geneeskundige en verpleegkundige verzorging, maar zij maken ook werk van de kwaliteit van de globale dienstverlening. Wij willen dit niet enkel als een louter zelfgenoegzaam dogma stellen : wij zijn ervan overtuigd dat kwaliteitsmanagement een evolutief begrip is en aan een continu verbeteringsproces moet onderworpen blijven. Praktijk en mentaliteit zijn immers geëvolueerd. De openbare ziekenhuisdirecties zijn geëngageerd in een modern managementconcept, waarin de voorwaarden voor een efficiënte organisatie kunnen ontwikkeld worden.

Het is jammer dat de openbare ziekenhuizen werden vergeten in de omzendbrief van 14 juli 1993 betreffende de krachtlijnen van een samenhangend

personeelsbeleid in de lokale en regionale besturen. Dat leidde tot moeilijkheden inzake vormingstijd in de continu-diensten. Bovendien zijn er onvoldoende financiële afspraken tussen federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten. Als ander voorbeeld verwijs ik naar het gebrek aan afspraken over regelgeving inzake medisch afval.

Onze vereniging verzet zich tegen een financieringssysteem gebaseerd op conventies omdat dit kan leiden tot selectiviteit tegenover de patiënten. Een doorgedreven systeem van afspraken tussen betalers en verstrekkers zou de verstrekkers voor de keuze stellen wie ze nog zullen verzorgen met de beperkte middelen die ze voor een bepaalde pathologie nog krijgen.

De huidige bevoegdheidsverdeling leidt zeker tot bepaalde knelpunten inzake voogdij, personeelsstatuut, samenwerking met privé-instellingen en inzake de toepassing van de wetgeving op de overheidsopdrachten.

De heer Johan Sauwens : Beseft men ook in Wallonië dat er knelpunten zijn ?

De heer Boud Reggers : Ik denk het wel. Dat komt tot uiting bij discussies over het personeelsstatuut. Wij zouden in elk geval moeten streven naar een uniform statuut.

Ik kan me niet uitspreken over de meerwaarde voor de patiënt. In elk geval kan er van meerwaarde geen sprake meer zijn zodra de openbare instellingen verdwijnen. De antwoorden op de vragen in verband met de programmatie van hoogtechnologische zorg en in verband met Brussel hebben een politiek karakter.

De heer Johan Sauwens : Zal u de beslissingen van de politici ook aanvaarden ?

De heer Boud Reggers : We zullen de beslissingen acteren en de beheersstructuren eventueel aanpassen, maar steeds rekening houdend met het feit dat overleg tussen de gewesten moet.

Mevrouw Lydia Maximus : Hoe is de verhouding tussen de private en de openbare instellingen in Vlaanderen ?

De heer Boud Reggers : In Vlaanderen zijn 29 procent van de instellingen met 39 procent van het totaal aantal bedden bij de VOV aangesloten, en 45 procent van de instellingen met 44 procent van het totaal aantal bedden bij het VVI. De instellingen uit de openbare sector zijn dus gemiddeld groter

dan die uit de private sector. In het totaal zijn 99 percent van de openbare instellingen aangesloten bij de VOV en 72 percent van de private instellingen bij het VVI.

5. Prof. Louis Tielemans, voorzitter van de Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en Andere vormen van Medische Verzorging en Begeleiding

Prof. Louis Tielemans : Het verheugt me dat ik hier in naam van mijn commissie aanwezig mag zijn. Ik ben directeur van het Academisch Ziekenhuis te Jette en hoogleraar aan de VUB, maar ben hier in mijn hoedanigheid van voorzitter van de VAZA. De VAZA werd in 1982 bij decreet opgericht als de opvolger van de vroegere Vlaamse gewestelijke programmatiecommissie. De vereniging telt 32 leden en bestaat uit een permanente commissie erkenning en een permanente commissie psychiatrie. Minister Demeester heeft een ontwerp-decreet klaar dat ertoe strekt de commissie af te schaffen. De commissie heeft tot taak advies te verstrekken inzake programmering, erkenning en financiering. Naast vertegenwoordigers van de administratie zetelen er ook afgevaardigden van de verzekeringen, openbare en privé-ziekenhuizen, artsenverenigingen, verpleegkundigen en vakverenigingen.

De VAZA, als adviesorgaan aan Vlaamse zijde, speelt in op de drie basiskennmerken van de wet op de gezondheidszorg van 1963, namelijk de uitbouw van een kwalitatief systeem, de nodige planning en de betaalbaarheid van dit systeem.

In de eerste plaats stellen wij vast dat de ziekteverzekering geen vat heeft op de ziekenhuisbudgetten. Zij engageren zich de prijs te betalen die op het ministerie voor volksgezondheid in het ziekenhuisbudget wordt opgenomen.

De antwoorden op de door u gestelde vragen heb ik niet meer in plenaire sessie door de commissie kunnen laten behandelen, omdat we deze vragen pas gekregen hebben einde vorige week. Mijn antwoorden verwoorden de algemene zienswijze van de commissie. Door onze decretaal toegewezen opdracht hebben wij echter nog niet alle gevraagde onderwerpen behandeld.

De adviezen van de VAZA overstijgen de casuïstiek en de individuele dossiers. Over de verschillende onderwerpen wordt een globaal advies uitgebracht. Later worden de individuele dossiers

behandeld in functie van de beslissing van de minister.

Het is de VAZA gelukt om op een grensoverschrijdende manier over een aantal sectoren te adviseren. Er is een brede consensus en meestal unanimiteit bereikt bij de verschillende partners waaronder de geneesheren, de openbare- en de privé-ziekenhuizen. Dat geeft een eigenheid aan de Vlaamse politiek die de minister toelaat om een pilootfunctie in te nemen bij verschillende dossiers.

Bij het beantwoorden van de vragen kan ik teruggrijpen naar een advies over de rol van de overheid dat de VAZA uitbracht op 23 november 1995. Hieruit blijkt dat we vinden dat in het toekomstig ziekenhuisbeleid de overheid nog een belangrijke rol speelt bij het corrigeren en reguleren van de vrije markt, zodat alle noodzakelijke dienstverlening tot stand wordt gebracht en bij het bewaken van de kwaliteit. De drie pijlers van de ziekenhuiswet van 1963 : programmatie, erkenning en financiering zijn waardevolle instrumenten om het beleid te vertalen in een coherent geheel. Het is dan ook noodzakelijk deze drie pijlers onder de bevoegdheid te brengen van één overheid. Deze overheid kan de noodzakelijke modernisering en actualisering van deze pijlers dan aan elkaar koppelen. De financiering is één van de pijlers maar blijft ondergeschikt aan de totale beleidsvisie. Het RIZIV heeft hierin de taak om de financiering van het ziekenhuisbeleid te verzekeren maar is zelf geen beleidsvoerder.

We zijn geen voorstander van de verschillende akkoorden, wel van budgetfinanciering op basis van de reële activiteiten waarbij bijvoorbeeld ook de sociale aspecten in rekening gebracht worden.

In antwoord op de vierde vraag kan ik zeggen dat de VAZA homogene bevoegdheidspakketten voorstaat.

Ik wil het verhaal van daarstraks over de nierdialyse nuanceren. Ter hoogte van de VAZA wordt ook gedacht aan het opleggen van eenzelfde prijs voor dezelfde activiteiten. Voor de nierdialyse zijn hierover de nodige gegevens verzameld. Hieruit blijkt dat de verschillende centra niet op dezelfde manier werken. In 1993 waren er in Vlaanderen twee centra die nooit een patiënt doorverwezen voor een niertransplantatie. Zij houden dus vast aan een dure behandeling en streven niet naar kwaliteit.

De heer Johan Sauwens : Het is dus moeilijk om standaardcategorieën te bepalen ?

Prof. Louis Tielemans : Dit is juist. Ik kan een voorbeeld van twee Amerikaanse hartcentra aanhalen. Indien de mortaliteitsratio als basis werd genomen, scoorde centrum A beter dan centrum B. Bij nader onderzoek bleek echter dat dit centrum A de patiënten selecteerde en de zwaarste gevallen weigerde. Deze situatie komt hier ook voor. Daarom is het noodzakelijk om meer en meer gegevens te verzamelen. De artsen zijn het beste geplaatst om standaarden uit te werken. De trend is dat er meer cijfergegevens beschikbaar gesteld worden en hierop pikken wij in ter hoogte van de VAZA.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Bepaalde cijfergegevens die federaal verzameld worden, kunnen we in Vlaanderen moeilijk of slechts met veel vertraging krijgen. De VAZA geeft ook advies over andere zaken dan ziekenhuizen. Zijn er volgens u nog andere elementen van belang ?

Mevrouw Yolande Avontroodt : Pathologiefinanciering kan toch gekoppeld worden aan kostenfinanciering. Niet alle ziekenhuizen bieden dezelfde kwaliteit.

Mevrouw Vera Dua : Zou defederalisering een oplossing bieden voor de problemen waarover de drie laatste sprekers het hadden ?

Mevrouw Lydia Maximus : Als u zegt dat u geen voorstander bent van conventiesystemen, bedoelt u dan conventies tussen geneesheren en ziekenhuizen of conventies van het RIZIV ?

Prof. Louis Tielemans : Ik bedoel conventies van het RIZIV.

Mevrouw Lydia Maximus : Het is verleidelijk om de prijs voor een goede zorgverlening te bepalen. Maar in het verleden is bewezen dat dergelijke algemene bepaling uiteindelijk toch tot grote variaties kan leiden. Wat is uw mening hierover ?

De heer Robert Voorhamme : Ik heb dezelfde vraag als mevrouw Dua. De commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin bespreekt momenteel de voorstellen van minister Demeester-De Meyer in verband met een betere kwaliteitszorg. U zegt dat de VAZA eind dit jaar wordt opgedoekt. Er is een probleem van organisatie van de sector. Welke verschuiving zou plaatsgrijpen bij defederalisering ?

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : De federale overheid heeft maatregelen gepland die betrekking hebben op de erkenningsnorm. Dat heeft een weerslag op het beleid in Vlaanderen. Passen deze

maatregelen in uw visie over het functioneren en de financiering van ziekenhuizen ? In verband met de Vlaamse Gezondheidsraad moet er een Vlaams platform komen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : U hebt jarenlang gesteund op een consensus tussen alle betrokkenen. Is eensgezindheid dan gemakkelijker te bereiken tussen de Vlaamse instellingen onderling, of heeft deze consensus veeleer te maken met het feit dat u zich slechts met bepaalde problemen bezighoudt ?

Prof. Louis Tielemans : De cijfergegevens zijn nieuwe instrumenten. Men moet weten wat ze waard zijn. Waarschijnlijk overdrijven we met een aantal registraties. Anderzijds dienen per domein nog meer specifieke gegevens geregistreerd. De werkgroep-Jadot heeft vastgesteld dat de eerste MKG-gegevens zeer onbetrouwbaar zijn. Soms zijn ook meer cijfers uit Vlaanderen beschikbaar. Een uitwisseling van gegevens dringt zich op.

Ik heb vooral over ziekenhuizen gesproken. De wet op de ziekenhuizen omvat daarnaast echter ook het beschut wonen, de psychiatrische sector en, sinds het laatste decreet, ook de rust- en verzorgingssector, voor zover deze laatste in ziekenhuizen gelokaliseerd is.

Pathologiefinanciering is een zeer omvattend begrip. Hiertegen is niemand gekant, misschien wel tegen bepaalde vormen ervan. Dit is het standpunt van de VAZA. Er zijn ook andere factoren dan de pathologie, bijvoorbeeld sociale. Niet iedereen heeft dezelfde graad van zorgafhankelijkheid. Bij jongere volwassenen kan een daghospitalisatie volstaan voor een eenvoudige operatie, maar bij ouderen en grootstadbewoners is dat niet altijd mogelijk.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Is dit geen pleidooi om deze hele kwestie in een bredere welzijnscontext te situeren ?

Prof. Louis Tielemans : U heeft gedeeltelijk gelijk, maar wat indien men niet weet of een patiënt de voorgeschreven medicatie wel zal nemen of zichzelf de essentiële zorgen kan toedienen. Op federaal niveau zegt men nu ook dat een kort verblijf beloond moet worden en een lang gepenaliseerd. Dat is correct, maar toch is er een gevarezone, die niet voor iedereen gelijk is. Niet iedereen kan op hetzelfde moment naar huis. We moeten rekening houden met de pathologie, maar mogen er geen pathologie-akte van maken. De verzorgingsfunctie is een andere belangrijke factor. Zo zijn er op een

urgentie-afdeling ook kosten als er geen patiënten zijn.

Voor wat kwaliteitsvergelijking en de kwaliteitsverschillen betreft, denk ik dat u wat pessimistisch bent. Teveel is het gevolg van het streven van ziekenhuizen -groot en klein- naar een eigen profiel, waar iedereen alles wil doen. In de commissie is men duidelijk voorstander van het samengaan van ziekenhuizen. In Nederland merkt men nu echter dat ze daar te ver in zijn gegaan. Kwaliteit kan pas vergeleken worden als er een duidelijke taakafbakening is. Het grootste ziekenhuis staat trouwens niet altijd garant voor de beste kwaliteit.

Wat de vraag over federalisering of defederalisering betreft, volgens mij ligt de armoede van de huidige situatie in het feit dat als we een probleem opmerken, we dat moeten melden aan de minister. De minister moet het dan soms doorspelen naar het federale niveau, waarna men het voorlegt aan een overlegstructuur of aan de ziekteverzekering. Het kan uiteindelijk één tot anderhalf jaar duren vooraleer een beslissing wordt genomen, zelfs inzake relatief eenvoudige technische verbeteringen. Daarom zijn wij te vinden voor homogene bevoegdheidspakketten. Verantwoordelijkheid mag niet uit elkaar worden gerukt.

Consensus wordt niet gegeven, maar is iets dat moet verworven worden. Openbaarheid is een essentiële vereiste. Deze bestaat nu bijvoorbeeld inzake erkenningsdossiers, die kunnen ingezien worden vóór een beslissing genomen wordt. Een dergelijke openheid schept een klimaat van vertrouwen, waardoor ook voor moeilijke dossiers een oplossing gevonden wordt. Dit is in federale adviesorganen niet terug te vinden. Er zijn inderdaad een aantal cultuurverschillen die ik niet kan verklaren. Ik herinner mij de geschiedenis rond de scanners, waar eenzelfde reglement in Vlaanderen en Wallonië verschillend werd toegepast. Ik heb de indruk dat wij in Vlaanderen een reglement gezamenlijk en voor iedereen toepassen. Vandaar ook dat wij te vinden zijn voor homogene bevoegdheidspakketten.

IV. HOORZITTING OVER DE PROBLEMATIEK ROND DE TOEPASSING VAN KB 78 : DE UITOEFENING VAN DE GENEESKUNDE, DE TOEGANG TOT HET BEROEP EN DE ERKENNING

1. De heer dr. Theo Putzeys, voorzitter, en de heer Herman Duprez, penningmeester van het Vlaams Huisartsenparlement

Dokter Theo Putzeys : We hebben geen echt gezondheidsbeleid. Er is geen medisch debat. Het beleid komt tot stand door het consacreren van compromissen tussen de verschillende belangengroepen, in het bijzonder de akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen. Dit geldt ook voor de recente wet op de ziekteverzekering. De federale regering wordt buiten het inhoudelijk debat gehouden en moet zich beperken tot een louter boekhoudkundig toezicht. In de praktijk monopoliseren twee belangrijke betrokken partijen, namelijk de ziekenfondsen en de Waalse specialistenlobby, door hun streven naar compromissen, het beleid. Daarom pleit het Vlaams Huisartsenparlement voor een communautarisering van de gezondheidszorg. Communautarisering van de gezondheidszorg is echter op zich niet voldoende. We moeten een aantal principes realiseren in de hele sector van de sociale zekerheid, namelijk modernisering, selectiviteit in de uitkeringen en een efficiënt beheer.

De afwezigheid van homogene bevoegdheidspakketten zorgt voor een aantal knelpunten. Terwijl de aanbodsregeling regionaal is, is de zorgverstrekking federaal. Dit leidt tot teveel overleg tussen de federale regering en de gemeenschappen. De huisartsgeneeskunde is een federale bevoegdheid, terwijl preventie een zaak van de gemeenschappen is. Nog andere voorbeelden zijn Kind en Gezin en de preventie van hepatitis B. Bij de uitstrijkjes in het kader van het baarmoederhalsonderzoek gebeurt de financiering door het federale RIZIV en de organisatie door de gemeenschappen. Een echt beleid wordt hierdoor onmogelijk. Het resultaat is dat de sociale ongelijkheid voor deze ziekte nog is vergroot. Dat gebrek aan homogeniteit kunnen we ook vaststellen in de sector van de ziekenhuizen en van de rusthuizen.

De vertegenwoordiging van de artsen binnen het RIZIV is niet representatief. Daardoor zijn huisartsen verplicht te werken binnen een systeem waarin ze zich niet kunnen herkennen. De federale structuur houdt het organiseren van democratische verkiezingen tegen. Dit is voor de Vlaamse huisartsen nochtans een prioriteit.

Binnen deze federale structuur ligt de nadruk op een betaling per prestatie. Dit systeem wordt in Vlaanderen in vraag gesteld. Liever zou men er werken met een systeem dat deels per prestatie en deels forfaitair betaalt. Verder is ook de eerstelijnsgezondheidszorg veel beter uitgebouwd in Vlaanderen dan in Wallonië. Het gaat hier onder andere over de wetenschappelijke verenigingen en om de huisartsenkringen. Er is een afwezigheid van structuren in de gezondheidszorg en een zwakke eerstelijnszorg. Nochtans is uit onderzoek gebleken dat een sterke eerstelijnszorg zorgt voor een hogere graad van satisfactie. België is een van de weinige landen waar er geen enkele vorm van inschrijving van patiënten bestaat. Er is een rechtstreekse toegang tot specialisten. Dit heeft gevolgen voor de kwaliteit en voor de kostprijs van de gezondheidszorg.

Bij de verdere defederalisering van de gezondheidszorg zijn de transferten van Noord naar Zuid voor ons niet de kern van het debat. Wel wordt solidariteit in Vlaanderen anders ingevuld dan in Wallonië. In Vlaanderen gaat men ervan uit dat de solidariteit tussen de gemeenschappen, die overigens zelfs de landsgrenzen kan overstijgen, tot stand moet komen door afspraken tussen de gemeenschappen, binnen een budget dat door elke gemeenschap volgens transparante criteria wordt bepaald. Zo kan rekening worden gehouden met culturele verschillen tussen de gemeenschappen. Uit onderzoek dat in opdracht van het RIZIV werd uitgevoerd door de Gentse en de Luikse universiteit blijkt dat een dergelijk verschil inderdaad bestaat, en dat het historisch gegroeid is. In Vlaanderen is er meer invloed van het Angelsaksische en het Scandinavische model, terwijl deze evolutie aan Wallonië voorbijgegaan is. Een verantwoord beleid is het resultaat van samenvoeging van beleidsbevoegdheden en financiële bevoegdheden. In deze context kunnen ook de bestaande culturele verschillen beter gehonoreerd worden.

Is wat we zelf doen ook beter? Er is in elk geval een transparant maatschappelijk debat nodig en heldere beleidsnota's. Het middenveld moet binnen de krijtlijnen het beleid uitvoeren. Daarom pleiten we ervoor de belangengroepen, die het middenveld uitmaken, verantwoordelijkheid te

geven en de verzuiling en de verkaveling te overstijgen. Wanneer bij een verdere defederalisering alleen maar bepaalde pakketten worden overgeheveld, dan dreigen er nog meer problemen te ontstaan. Wanneer er bijvoorbeeld stukken uit het pakket van de ligdagprijs worden overgeheveld naar de gemeenschappen, dan bestaat de verleiding om de zwaarste lasten en de meest lastige stukken bij de federale overheid te laten. Er moet veeleer een coherent beleid gevoerd worden op verschillende niveaus.

Een illustratie van de nieuwe aanpak is echelonnering in de gezondheidszorg. Daarover is een maatschappelijk debat nodig. Het debat mag niet enkel in de sector van de geneeskunde worden gevoerd, want dat zal een patstelling tussen de verschillende tendensen bij huisartsen en specialisten veroorzaken. Het is de maatschappij die daarover moet beslissen. Daarna moet de belangenorganisaties zorgen voor de verdere invulling. Maar de huidige federale structuur staat dat in de weg.

De hoogtechnologische zorg en het epidemiologisch onderzoek worden momenteel op verschillende wijze aangepakt in Noord en Zuid. In de toekomst moet dit op een objectieve manier gebeuren. De defederalisering moet dus zo ver mogelijk doorgevoerd worden. Er kunnen altijd afspraken tussen de gemeenschappen gemaakt worden, maar de beslissingsbevoegdheid moet bij de gemeenschappen blijven. Het uiteindelijke doel is een inclusief gezondheidsbeleid.

Wat moet er met Brussel gebeuren? Dit is een ingewikkeld politiek probleem. De huidige bicommunautaire aanpak werkt niet. Bicommunautaire ziekenhuizen moeten nu voldoen aan de taalwetten, maar zouden in de eerste plaats moeten voldoen aan alle normen van de Franse en Vlaamse Gemeenschap. Volgens ons is de defederalisering naar de twee gemeenschappen, met een keuzemogelijkheid voor de Brusselaars, de aangewezen weg.

De heer Johan Sauwens: Waar kan men uw organisatie situeren in het totale geneeskundige landschap? Wie anders vertegenwoordigt nog de Vlaamse en Belgische huisartsen?

Dokter Theo Putzeys: Onze organisatie steunt op drie pijlers. Eerst is er de wetenschappelijke pijler van de huisartsengeneeskunde. Ten tweede is er de syndicale pijler waarin de belangen van de geneesheren worden vertegenwoordigd. Ten derde is er de organisatorische pijler, dit zijn de huisartsenkringen. In Wallonië zijn die minder ontwikkeld

dan in Vlaanderen. Die kringen zijn ondergebracht in een koepel : de Unie van Huisartsenkringen.

Het Vlaams Huisartsenparlement is een vereniging waarin de drie pijlers verzameld zijn. Er zijn 13 vertegenwoordigers van elke pijler en daarnaast is er nog een voorzitter. In totaal zijn er dus 40 leden.

Het Vlaams Huisartsenparlement is democratisch verkozen. Dit gebeurde onder de controle van een deurwaarder. De eerste verkiezing had plaats in 1995. Elke huisarts kreeg één stem voor elke pijler. Om de vier jaar worden nieuwe verkiezingen gehouden. In concreto betekent dit dus dat het Vlaams Huisartsenparlement een echt parlement is, waarin overlegd wordt over wat er gebeurt en over de stellingen die worden ingenomen. Dit moet leiden tot een coherent beleid. Wat op federaal vlak gebeurt, daarentegen, is verschillend van wat in Vlaanderen leeft.

De heer Johan Sauwens : U vertegenwoordigt dus alle huisartsen.

Dokter Theo Putzeys : Alle Vlaamse huisartsen werden uitgenodigd hun stem uit te brengen. We zegden vooraf dat een opkomst van minstens 50 percent nodig was voor geldigheid. Zestig percent heeft zijn stem uitgebracht. We vertegenwoordigen dus wel degelijk de Vlaamse huisartsen.

De heer Johan Sauwens : U zegt dat de huisartsengeneeskunde in Vlaanderen beter is gestructureerd. Blijkt dat ook concreet uit de organisatie van de preventie, de wachtdiensten, of op een ander vlak ?

Dokter Theo Putzeys : Het belangrijkste punt is al gezegd : we staan organisatorisch verder. We hebben in Vlaanderen een grotere ontwikkeling door-gemaakt dan in Wallonië. We zijn de problematiek van de sociale zekerheid al sedert de jaren '70 en '80 aan het herbekijken, terwijl dit in Wallonië pas gebeurt sinds de jaren '90. Het is moeilijk om dat in cijfers om te zetten. Zoiets is niet even gemakkelijk te meten als bijvoorbeeld de werkloosheid. Daar kan je exacte parameters vastleggen, maar wij kunnen dit niet.

De heer Herman Duprez : Vlaanderen staat op organisatorisch vlak verder dan Wallonië. In Wallonië bestaat er geen vereniging zoals de Vlaamse Unie van Huisartsen, die in Vlaanderen ongeveer negentig kringen omvat en dus erg representatief is. Er bestaat bijvoorbeeld ook een navormingsinstituut voor huisartsen in Vlaanderen, maar niet in Wallonië. Een ander voorbeeld op het vlak van

organisatie zijn de wachtdiensten om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen. In Vlaanderen werken deze ook tijdens de week : in Wallonië is dat meestal niet het geval.

De heer Bart Vandendriessche : U zegt dat er geen coherent gezondheidsbeleid gevoerd wordt in Vlaanderen. Om aan dit probleem tegemoet te komen zal binnenkort een gezondheidsraad worden opgericht en zal een kwaliteitsdecreet worden ingediend. Welk is uw standpunt in verband met het decreet over de gezondheidsraad ? Welke pijler, welke vertegenwoordiging en welke actoren mogen daar volgens u zeker niet ontbreken ?

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Worden door het Huisartsenparlement ook de hogere lagen bereikt ? Hoe is het gesteld met de vertegenwoordiging in het RIZIV ? Hoe zit het met de specialisten ? In Vlaanderen wordt de vraag naar een getrapte gebruik van de gezondheidszorg zagezegd algemeen aanvaard, maar nu blijkt uit berichten dat de specialisten zich ertegen verzetten.

Mevrouw Brigitte Grouwels : In Wallonië zijn er wel degelijk ontwikkelingen die vergelijkbaar zijn met wat er in Vlaanderen gebeurt. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de maisons médicales.

De heer Herman Duprez : Wat in Wallonië gebeurt is niet hetzelfde als in Vlaanderen. Via echelonnering willen we dat de patiënt gezondheidszorg tegen de laagste prijs én tegen de hoogst mogelijke kwaliteit krijgt. Het gaat hier om meer dan om alleen forfaitarisering. De vergoedingen mogen niet enkel prestatiegebonden zijn, zoals nu het geval is. De inkomsten van de arts hangen nu af van het tempo waartegen hij of zij patiënten kan afhandelen, niet van de kwaliteit van de behandeling.

Dokter Theo Putzeys : De politici vragen aan ons om een compromis te vinden tussen huisartsen en specialisten. We bevinden ons echter in een patstelling. Huisartsen zijn voor echelonnering en specialisten zijn tegen. Bovendien bestaan er grote verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië. Vlaamse specialisten lijken meer geneigd te zijn tot echelonnering dan hun Waalse collega's. Er is bijgevolg eerst een breed maatschappelijk debat nodig waarin de politici hun verantwoordelijkheid zullen moeten nemen. Pas dan kan een en ander vanuit het middenveld worden ingevuld.

We voelen ons verongelijkt in verband met de vertegenwoordiging in het RIZIV. De vertegenwoordiging is nooit verkozen en is niet meer gewijzigd

sinds 1964. Zij is nooit getoetst aan de werkelijkheid, zelfs niet in het begin. We menen dat de huidige verhoudingen in de vertegenwoordiging mogelijk niet representatief zijn. Echter niet in de eerste plaats daarom vragen we verkiezingen, wel omwille van de noodzakelijke objectivering.

De heer Herman Duprez : Er bestaat een zeer duidelijke scheidingslijn tussen Noord en Zuid in verband met de invulling van de gezondheidszorg. We willen in Vlaanderen niet telkens geblokkeerd worden ten gevolge van de federale invulling van de gezondheidszorg. Er moet rekening worden gehouden met de publieke opinie. Een enquête in Sint-Niklaas toont aan dat negentig percent van de bevolking voorstander is van een getrappt gebruik van de gezondheidszorg.

Dokter Theo Putzeys : Heel wat ideeën die leven onder de huisartsen, kunnen niet aan bod komen ten gevolge van de machtsverhoudingen op federaal vlak. Het is al meermaals gebeurd dat verenigingen waaraan het beleid om een mening vroeg, later werden teruggefloten omdat ze geen 'wettelijke' vertegenwoordigers zijn.

De heer Jos Geysels : In uw inleiding zegt u dat ontzuiling noodzakelijk is voor een efficiënt gezondheidsbeleid. Hoe belangrijk is deze ontzuiling voor u ? Bestaat er een draagvlak voor de ontzuiling : is er met andere woorden een cultuur van ontzuiling aanwezig ?

Dokter Theo Putzeys : In de laatste twintig tot dertig jaar is er inhoudelijk zo goed als niets gebeurd. Alle discussies tussen de betrokken partijen hadden uitsluitend te maken met de verdeling van geld.

De heer Herman Duprez : Er is nog geen cultuur van ontzuiling aanwezig. De zuilen zorgen tegelijk voor verstrekking en financiering van de gezondheidszorg. Bepaalde zuilen blijken erg sterk te zijn in het oprichten van eigen structuren, waarin zij specialisten aan eerstelijnszorg laten doen in poliklinieken. Dit moet veranderen. Of dit gerealiseerd zal kunnen worden is onduidelijk : momenteel ontbreekt alleszins nog steeds de cultuur die daarvoor nodig is.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Zijn er ook inzake epidemiologisch onderzoek verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië ?

Dokter Theo Putzeys : Het blijft een vraag of er verschillen zijn inzake epidemiologisch onderzoek. Dat moet precies onderzocht worden.

2. De heren Michel Foulon, algemeen coördinator, Marc Glorieux, stafmedewerker, en René Tytgat, voorzitter van de werkgroep spoedgevallen en intensieve zorgen, van het Nationaal Verbond van Katholieke Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV)

De heer Michel Foulon : We zijn één van de vijf beroepsorganisaties van verpleegkundigen van België. Vanuit deze invalshoek zullen we hier een bijdrage leveren. De verpleegkundigen moeten in deze tijd van besparing meer en beter doen met minder middelen. Hierdoor wordt de zorgverstrekking zakelijker. Het doel van onze organisatie is ervoor te zorgen dat de verpleegkundigen en vroedvrouwen in de best mogelijke omstandigheden zorg kunnen verstrekken. De vragen die van hieruit aan ons gesteld zijn overschrijden onze bevoegdheid.

De Algemene Unie van Verpleegkundigen van België, die bestaat uit een Vlaamse en een Waalse kamer, heeft echter een gezamenlijk programma-contract ten opzichte van de overheid opgesteld om kwalitatieve en kwantitatieve maatregelen naar voor te schuiven. Dit contract heeft geen stijging van de middelen tot gevolg maar eerder een reconversie van het beschikbare. Ten eerste is er de vraag naar een betere en juistere financiering. Uit verschillende studies blijkt immers een onrechtvaardige financiering van het personeel in bepaalde diensten, zoals de intensieve zorgen en de spoedgevallen. Een verpleegkundige is te veel een uitvoerder van medische zorg geworden. Er moet een betere bestaffing komen. Voor een kwalitatief hoogstaande zorg en de nodige flexibiliteit moet de personeelsbezetting uitgebreid worden. Deze problematiek blijkt ook uit een studie van de Stichting Technologie Vlaanderen. Op kwalitatief vlak is verder nog de uitbreiding van de administratieve steun, een leeftijdsbewuste personeelspolitiek en het opvoeren van de veiligheid van de patiënt, vooral tijdens de nachtdienst, noodzakelijk.

Het beter opleiden van de verpleegkundige en de betere begeleiding van de studenten dringen zich op. Het onderwijs moet meer op de reële arbeidssituatie worden afgestemd. Een grotere wetenschappelijke ondersteuning van het verpleegkundig onderzoek en een grotere participatie van de verpleegkundigen in het beleid van de instelling zelf en van de verschillende verantwoordelijke overheden zijn de twee laatste punten van het contract. De op te richten Vlaamse Gezondheidsraad kan hieraan tegemoet komen.

De heer René Tytgat : Er worden al twintig jaar gespecialiseerde opleidingen georganiseerd. In 1994 is dat, in navolging van andere Europese landen, geregulariseerd door een federale maatregel. In ons land zijn de gemeenschappen verantwoordelijk voor de organisatie van de opleidingen. Vlaanderen speelt niet in op de eisen van de mensen op het terrein. Zo zou tegen het einde van 1998 de inrichting van het voortgezet onderwijs zichzelf moeten financieren. Dat is onmogelijk. De financiële steun van de werkgever, die men als oplossing voorstelt, komt enkel ten laste van de belastingbetaler. Over de taalgrens verloopt de oprichting van een vierde specialisatiejaar bij de basisopleiding parallel met de noodzaak van dergelijke specialisatie.

Indien we naar de toekomst kijken, is het duidelijk dat er een enorme intensifiëring van de zorg zal komen door het verouderen van de bevolking.

Er is dus een stijgende behoefte aan intensieve zorg, alhoewel de duur van een verblijf in de acute sector afneemt. We merken dus een verschuiving naar een intensifiëring van de zorg, vooral om ouderen terug een valabele plaats in de maatschappij te bezorgen. Die intensifiëring zorgt ervoor dat de normen gesteld aan het deskundige personeel aangepast moeten worden.

De heer André Denys : U zegt dat zowel de erkenning als de organisatie van de gespecialiseerde opleidingen aan de gemeenschappen zouden moeten worden toegewezen. Dat is nog niet het geval, maar toch doet men het aan Franstalige zijde veel beter dan wij. We zouden dus al een oplossing kunnen zoeken, maar dat gebeurt niet.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : De opleidingsnormen worden federaal bepaald, terwijl de vorm een gemeenschapsbevoegdheid is. Ik vraag me af of die federale wetgeving niet geschreven is op Waals model. U maakt deel uit van verschillende federale instanties. Veel sprekers hebben ons al gewezen op de cultuurverschillen tussen Vlaanderen en Wallonië. Hoe ervaart u dat ?

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : U maakt deel uit van verschillende adviesraden. In welke zit u precies ? En wat denkt u over de samenstelling van de toekomstige Vlaamse Gezondheidsraad ?

De heer Michel Foulon : Bij de organisatie van onze opleiding hebben we ons gebaseerd op het principe van de jaren '70, namelijk een goede basisopleiding, met aandacht voor de grote werkvelden en daarna een specialisatie. In juli 1994 werden we geconfronteerd met het HOBU-decreet dat drie mogelijkheden voorzag : een basis, een voortgezette en een post-hogeschool opleiding.

In Wallonië hebben ze de hele discussie rond de basis- en voortgezette opleiding anders aangepakt. Daar bestaat de studie verpleegkunde uit een basisopleiding van drie jaar en een vierde – volledig gefinancierd – specialisatiejaar. Bij ons is er voor de voortgezette opleiding slechts een uitdovende financiering voorzien.

De heer André Denys : Aan Franstalige zijde hebben ze dus minder middelen, maar slagen ze er wel in het specialisatiejaar volledig te financieren.

De heer René Tytgat : De federale wetgeving is niet geschreven op basis van het Waalse model. Binnen de Nationale Raad voor Verpleegkunde onderhouden we nauwe contacten met het werkveld, waardoor we vlug inspelen op hun behoeftes. Er is geen sprake van een dictaat vanuit Wallonië.

De heer Michel Foulon : Er zijn uiteraard verschillen. Toch is de bezorgdheid aan Waalse zijde dezelfde als die aan Vlaamse zijde, namelijk verpleegkundigen in de beste omstandigheden laten werken. Er is niet echt sprake van een andere cultuur, maar wel blijkt soms dat ze in bepaalde opzichten minder streng zijn.

De heer René Tytgat : Ik ben ook voorzitter van de Technische Commissie voor Verpleegkunde. Daar heb ik geleerd dat ik mijn Waalse collega's eerst hun ongenoegens moet laten uiten. Dan pas kan je volgens dagorde vergaderen. Wij worden sneller concreter.

De heer Marc Glorieux, stafmedewerker NVKVV : De ouderenzorg wordt geconfronteerd met twee kwaliteitsdecreten en een steeds krappe personeelsbezetting. Het continuïteitsprincipe moet gerespecteerd worden. Het is onaanvaardbaar dat vanuit federale hoek wordt aangedrongen op besparingen.

3. Mevrouw apr. Marleen Haems, coördinator van het Vlaams Eerstelijns-overleg, de heer dr. Jef De Loof, voorzitter van het Vlaams Eerstelijns-overleg en de heer Guido Vanbelle, voorzitter van het Verbond van Vlaamse Tandartsen, vertegenwoordigers van het Vlaams Eerstelijns-overleg (VELO)⁵

De heer Guido Vanbelle : VELO is het overkoepelend orgaan van de Vlaamse deelorganisaties van Belgische verenigingen en van autonome Vlaamse verenigingen. Het is een pluralistische, open VZW, die overleg pleegt over eerstelijnszorg.

Dokter Jef De Loof : Defederalisering van de gezondheidszorg is belangrijk, niet wegens de transferten, maar wel wegens de fundamentele verschillen tussen de Latijnse en de Angelsaksische landen. In Wallonië bestond geen interesse voor een gezamenlijk eerstelijns-overleg. In het algemeen wordt de gezondheidszorg in Vlaanderen al twintig jaar lang gedomineerd door Brussel en Wallonië. Een beter preventiebeleid, echellonering en een gedeeltelijke forfaitaire vergoeding voor artsen maken geen kans zonder defederalisering. Door de nieuwe technieken en door de schaarse financiële middelen dienen zeer dringend prioriteiten te worden gesteld. Nu worden de essentiële rechten van Vlaanderen op het vlak van gezondheidszorg gedwarsboomd.

Mevrouw Marleen Haems : Het probleem van cultuurverschillen tussen Noord en Zuid rijst bijvoorbeeld op het vlak van de palliatieve thuiszorg. De sterkere en fijnmazige structuur van de eerstelijnsgezondheidszorg – en de structuren rond de palliatieve thuiszorg – in Vlaanderen, moet leiden tot het meer centraal stellen van de patiënt en zijn noden. In een niet geregionaliseerd systeem krijgt dit geen (onder meer financiële) kansen omdat het telkens de minst gestructureerde partner is die deze ontwikkeling remt.

Dokter Jef De Loof : In het Zuiden is de gezondheidszorg zeer specialistisch, wordt veel belang gehecht aan technisch onderzoek en is de samenwerking tussen de disciplines nagenoeg onbestaan-

De heer Guido Vanbelle : Een tweede serie knelpunten zijn een gevolg van de onvolkomenheid van de vorige staatshervormingen. Zo is twee miljard frank uit het Fonds Marron overgeheveld naar het RIZIV, zonder dat de reglementering aan die overheveling werd aangepast. Als gevolg hiervan zijn de gehandicapten een deel van hun verzorging kwijtgeraakt. Tussen Vlaanderen en België bestaan bovendien conflicten over de studieduur, met name in de kinesitherapie.

Mevrouw Marleen Haems : Een aantal transferten zullen er altijd zijn, een aantal zijn trouwens verklaarbaar. Zo is het probleem van de luchtwegenaandoeningen in het Zuiden acuter als gevolg van maatschappelijke factoren. Dergelijke verschillen zijn oplosbaar. Veel belangrijker is echter de verschillende structuur van de eerstelijnsgezondheidszorg tussen Vlaanderen en Wallonië. Dat bepaalt in hoge mate het kwaliteitsbeleid van de gezondheidszorg.

Dokter Jef De Loof : Een geregionaliseerde gezondheidszorg zal dichterbij de patiënt staan, hem meer inspraak geven en zijn rechten beter respecteren ; ze zal socialer zijn en meer aandacht schenken aan begeleiding. De eerstelijnsgezondheidszorg zal op een meer wetenschappelijke basis berusten. Er zal overigens ook meer wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn gebeuren en dat komt de patiënt ten goede. De gezondheidswerkers in Vlaanderen die dichterbij de patiënt staan, mogen niet permanent in hun mogelijkheden beknot worden.

De heer Jos Geysels : Hoe ziet u de communautarisering van de gezondheidszorg concreet ? Pleit u alleen voor een federalisering van de uitgaven of ook van de inkomsten van de sociale zekerheid ? U beschouwt de communautarisering als een noodzakelijke voorwaarde om uw doelstellingen te verwezenlijken, maar is ze ook een voldoende voorwaarde ? Zo ja, waarom acht u ze voldoende ?

De heer Guido Vanbelle : Het is moeilijk om echt een standpunt van de koepel te verwoorden. Wel kan ik enkele bedenkingen formuleren. De huidige besluitvormingsstructuur binnen het RIZIV is in feite niet zo slecht door het feit dat er overleg nodig is binnen de beroepsgroep, met de ziekenfondsen en met de financiers. Wat er ontbreekt is democratie binnen de structuren. Er bestaat veel wetgeving over wat een goed ziekenfonds is, maar niet over wat een goede representatieve medische vereniging is. Verkiezingen vormen een onderdeel van de democratie, maar garanderen niet de kwaliteit van de democratie. Voor de gezondheidswer-

⁵ Een nota met het standpunt van het Vlaams Eerstelijns-overleg en een overzicht van de bij het Vlaams Eerstelijns-overleg aangesloten organisaties werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

kers is het niet interessant geconfronteerd te worden met verschillende verzekeringssystemen, zoals blijkt uit andere federale landen en landen met een liberaal verzekeringssysteem. Een defederalisering met twee is dan ook interessanter dan een defederalisering met drie. Dat betekent toch al één reglementering minder. Een Brusselse patiënt raadpleegt niet noodzakelijk een Brusselse geneesheer, en koopt zijn medicijnen niet altijd in een Brusselse apotheek. Een Brusselaar kan bijvoorbeeld in Wallonië werken en zijn geneesmiddelen kopen op de terugweg van zijn werk in de gemeente Sint-Genesius-Rode, die tot Vlaanderen behoort. Een territoriumgebonden gezondheidszorg is administratief minder gemakkelijk dan een persoonsgebonden gezondheidszorg.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Is de situatie van vandaag met één systeem dan eigenlijk niet de beste ?

De heer Guido Vanbelle : Indien we daardoor niet gefnuikt waren in onze ontplooiing. De amorfe Belgische structuur van het RIZIV schept problemen. Indien we zouden komen tot herkenbare taalgroepen, zowel bij de zorgverstrekkers als bij de ziekenfondsen en de financiers, dan zou dat de situatie al een stuk verbeteren.

Indien er medische verkiezingen zouden worden georganiseerd, dan is de eerste vraag al hoeveel kiescolleges er moeten zijn. Wanneer er bijvoorbeeld maar één kiescollege zou zijn, dan is het de vraag of Vlaanderen daarin wel aan bod zal komen.

Dokter Jef De Loof : De hele structuur houdt de evolutie tegen. Zonder een eigen Vlaams gezondheidsbeleid staan we nergens. Als er te veel transferten zijn, dan is dat spijtig, maar de kwestie van de transferten is zeker niet het hoofdmotief om te defederaliseren.

Mevrouw Marleen Haems : Enerzijds kan men zeggen dat het behouden van één enkel systeem nog altijd het beste is. Wanneer men in Vlaanderen bijvoorbeeld meer zou terugbetalen voor een bepaald medicijn, dan zou dat tot problemen leiden, niet alleen in de taalgrensggebieden. Structureel dringen zich in andere sectoren, met name thuiszorg en palliatieve zorg, meerdere systemen op. Men zou er kunnen aan denken te streven naar een basispakket dat voor gans België hetzelfde is, waarbij men dan verschillende accenten kan leggen in Vlaanderen en Wallonië, voor wat het basispakket overstijgt.

De heer André Denys : De sociale zekerheid berust op twee pijlers, de ene is arbeidsgebonden, de andere is meer algemeen. U pleit voor een communautarisering van de gezondheidszorg. Vertolkt dat pleidooi het standpunt van alle verenigingen van de koepel, of is dat uw eigen interesse ?

De heer Guido Vanbelle : De koepel is zeer ruim. Het vergt een half jaar om met een twintigtal verenigingen tot besluitvorming te komen. Het is dan ook onmogelijk om binnen de koepel detailvragen te bespreken. Uw vraag beschouw ik als een detailvraag.

De heer André Denys : Kan ik dan samenvatten dat u pleit voor communautarisering omwille van de kwaliteit van de eerstelijnszorg, en dat u dat verbindt met de kwestie van de transferten.

Mevrouw Marleen Haems : Dat is niet helemaal correct. Een aantal transferten zijn historisch gegroeid, en zijn op termijn beheersbaar. Over de andere transferten heb ik me niet uitgesproken.

De heer André Denys : Klopt het dat de accenten die in Vlaanderen worden gelegd leiden tot minder uitgaven ?

Mevrouw Marleen Haems : Deze accenten, die veel te maken hebben met een kwaliteitsbeleid in de eerste lijn, zouden tot mindere uitgaven kunnen leiden, maar Vlaanderen krijgt hiertoe de kans niet. Zolang we geen degelijk kwaliteitsbeleid kunnen uitbouwen, zullen we nog altijd teveel uitgeven.

De heer Johan Sauwens : De nieuwe tendensen komen dus onvoldoende aan bod binnen de Belgische context ?

Dokter Jef De Loof : Ieder lid van de koepel vindt dat de eerstelijnszorg onvoldoende aan bod komt binnen de Belgische structuren.

De heer André Denys : De aanpak die u voorstelt voor Brussel vind ik wel een beetje vaag.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Democratie en representativiteit zijn belangrijk voor beroepsverenigingen. Daarom had ik graag uw opinie over het ontwerp van decreet over de oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad.

De heer Guido Vanbelle : Mijn visie is dat het ontwerp van decreet te veel ruimte laat aan de minister om haar eigen adviseurs te kiezen.

De heer Guido Vanbelle : Er is een zekere samenvoeging van de bevoegdheden over preventieve en curatieve gezondheidszorg. De bijstand aan personen, bijvoorbeeld de bejaardenzorg, hoort daar ook bij. Ons standpunt is dat er één minister moet zijn voor de hele sector : curatief, preventief en bijstand aan personen.

Dokter Jef De Loof : De tarieven en het budget moeten regionaal bepaald worden. Daarnaast moet de mogelijkheid bestaan om op bepaalde terreinen tot concertatie te komen. Ook de hoogtechnologische en de epidemiologische zorg horen daartoe.

De heer Guido Vanbelle : Het probleem Brussel is niet zo gemakkelijk op te lossen. In 1980 is het in de Kamer niet opgelost. Toen was wel een overlegorgaan voor gezondheidszorg voorzien, maar dat is er niet gekomen. In 1989 werd er een onderscheid gemaakt tussen een bicommunautair en een unicommunautair systeem. In de praktijk blijkt het unicommunautaire systeem het meest patiëntvriendelijk te zijn. De werkelijkheid stemt dus niet overeen met het wettelijke systeem. Een communautarisering met twee blijkt dus een breekijzer voor een goede gezondheidszorg voor de Nederlandstalige patiënt.

De heer Johan Sauwens : Dat is dus de oplossing voor de knelpunten binnen dit werkveld.

De heer Guido Vanbelle : We kunnen een omweg maken langs het decreet Vandezande uit 1973 inzake het taalgebruik in het bedrijfsleven en de taal van het arbeidscontract overnemen als de taal van de bijdrage en van de uitkeringsinstelling. Men zou in sommige delen van België de keuze kunnen laten, en in andere niet.

4. De heer Mathieu Stinckens, directeur van het Provinciaal Hoger Instituut voor Verpleegkunde van Hasselt

De heer Mathieu Stinckens : Vanuit de hoek van het verpleegkundig onderwijs wil ik nagaan of er problemen inzake de bevoegdheidsverdeling zijn. En die zijn er wel degelijk. Tot in 1989 werd het verpleegkundig onderwijs bepaald door het KB van 17 augustus 1957. Dat bracht aanvankelijk orde in de wildgroei, daarna werkte het remmend.

6 De heer Stinckens bezorgde aan de commissie een nota over de problematiek van de opleidingen verpleegkunde ten gevolge van de federalisering van de Belgische staat. Deze nota ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

Er waren zoveel ministers bij betrokken dat er tot 1 september 1991 niets fundamenteels meer gebeurde. Het voordeel was dat er één regelgeving voor de verpleegkundigen was. Dat werd bepaald door de minister van Volksgezondheid. De gezondheidssector is echter enorm dynamisch. Maar daartegenover staat een onderwijswet van 30 jaar oud. Het onderwijs moet dus heel creatief zijn om up to date te kunnen blijven.

Het verpleegkundig onderwijs werd ook bepaald door een richtlijn van de Raad van de Europese Gemeenschappen. Het gaat hier om richtlijn 77/453/EEG, gewijzigd in 1989. Dit stelde tot 1988 geen probleem. Maar toen de gemeenschappen werden opgericht, had dit de afsplitsing van belangrijke component van het onderwijs tot gevolg.

De consequenties daarvan hangen af van het gezichtspunt dat men inneemt. Als men het vanuit de wetgeving bekijkt, stel men vast dat de persoonsgebonden materies naar de gemeenschappen gaan. Als men het vanuit het standpunt van de cliënten bekijkt, kan men de vraag stellen wat er door de regelgeving is veranderd.

Ik wil vertrekken van het eerste gezichtspunt. Als er iets persoonsgebonden is, is het de gezondheidszorg. Het onderwijs werd overgeheveld naar de gemeenschappen. Het Vlaams Parlement en de Vlaamse regering moeten dus de organisatie van het verpleegkundig onderwijs in handen nemen. Maar de beroepsnormen worden op federaal niveau vastgelegd. De bevoegde minister moet daarvoor zelfs het advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde niet vragen. Deze Raad heeft ook geen adviesbevoegdheid ten aanzien van de gemeenschapsministers.

Dat leidt tot een aantal conflictsituaties. Zo werd voor de ergotherapie het leerprogramma gewijzigd op 8 juli 1996. De federale regering stelde dus een leerplan op, hoewel het onderwijs door de gemeenschappen wordt geregeld. Hier is het zo dat Wallonië een andere weg opgaat dan Vlaanderen. Dat is op zich geen probleem. We leven immers in Europa. In Europa zijn er minstens 15 leerplannen. Bij het opstellen van een leerprogramma moeten die allemaal rekening houden met de Europese richtlijnen. Dat Vlaanderen en Wallonië dus verschillend zijn, is niet erg. Maar het wordt wel een probleem wanneer de federale regering gaat bepalen welk programma het beste is.

Eigenlijk zou de consument zijn keuze moeten kunnen maken. Dit is de kern. De gemeenschap-

pen hebben de taak om te waken over de kwaliteit. We zouden alles kunnen laten zoals het is. Maar het HOBU-decreet en de reorganisatie van het ASBO in Vlaanderen wijzen er op dat elke gemeenschap zijn eigen opleidingsprofiel wil bepalen. Dit veroorzaakt voortdurend conflictsituaties. Het onderwijs is immers geen doel, maar een middel dat leidt tot gezondheidszorg. Het volk heeft nood aan een gezondheidsbeleid. Gezondheid is echter een relatief begrip dat ondermeer historisch bepaald wordt. Niemand kan beter een gezondheidsbeleid bepalen dan het volk zelf, aangezien het de sociale, psychologische en historische invalshoeken kent.

Bij een gezondheidsbeleid is het essentieel rekening te houden met het werkveld. In de ziekenhuizen en in de gezondheidssector zelf kent men de noden het best. Daar kent men de vragen van de patiënten. Het onderwijs moet daarop inspelen en rekening houden met het werkveld. Men kan stellen dat de gezondheidssector momenteel de noden doorspeelt naar de federale regering, maar dat is een omweg. Dan komen we terug tot situaties dat er vijf of zelfs meer ministers hun handtekening moeten zetten om tot een besluit te komen. Volgens ons is het dus essentieel om tot een doorgedreven defederalisering te komen. Dat betekent dat de regeling inzake de erkenning en uitoefening van de verpleegkunde een persoonsgebonden materie wordt en onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt.

We willen echter een onderscheid maken. Het begrip volksgezondheid overschrijdt de verzorging. Dit is bijvoorbeeld het geval met het economisch luik. Hier zou de federale regering controle kunnen blijven uitoefenen. Wij willen ons niet uitspreken over de vraag of die punten moeten worden gedefederaliseerd. Maar het verzorgend luik moet in elk geval naar de gemeenschappen gaan. Controle op de consumptie van de gezondheidszorg kan toch niet zinvol gebeuren door enkel in te grijpen in de opleiding. De federale regering controleert wel of de beschikbare gelden worden aangewend als vergoedingen voor de zorg voor een goede gezondheid. Hieraan het recht koppelen om ook de weg daartoe te mogen uitstippelen, lijkt ons een ernstige bevoegdheidsoverschrijding. De bewaking van de kwaliteit van de vorming dient te gebeuren via interne en externe kwaliteitszorg. Het interne is de opdracht van het onderwijs, het externe is de taak van de gemeenschap.

We willen ons niet uitspreken over een totale defederalisering. Dat gaat immers verder dan de invloed ervan op het onderwijs. Alle aspecten van

de federale wetgeving die rechtstreeks de zorgverstrekking, haar voorbereiding én kwaliteitsbewaking aangaan moeten gemeenschapsbevoegdheden worden. Op die manier wordt energieverpilling vermeden. Hierdoor kunnen opleidingsprogramma's weliswaar uit elkaar groeien, maar zolang de gezondheidszorg erdoor verbeterd wordt, is dat geen probleem. In een Europese context zullen er overigens wel meer verschillen bestaan in de verschillende opleidingen. In de context van de Europese eenmaking stellen wij voor dat de EU de minima inzake zorgverstrekking bepaalt. Elke gemeenschap is dan zelf verantwoordelijk voor de optimalisatie hiervan met betrekking tot vorming en beroepsuitoefening. Verantwoordelijkheid impliceert echter dat steeds de middelen daartoe aanwezig zijn. Deze middelen zijn echter nog steeds in federale handen. Het zou jammer zijn als iedereen verpleegkunde mag studeren, maar dat vervolgens federaal kan worden beslist of men het eigen volk wel mag verzorgen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Geregeld worden conflicten in verband met opleidingen in de gezondheidssector voor het Arbitragehof uitgevochten. Zo rijzen er bijvoorbeeld problemen in verband met de opleidingen kinesitherapie en ergotherapie en de ambulanciersopleidingen. Daardoor ontstaat grote onzekerheid bij de betrokkenen. Verpleegkundigen die nu afstuderen, zullen hun beroep niet kunnen uitoefenen. De benamingen van de opleiding op federaal en deelstaatniveau zijn immers niet dezelfde. Wallonië hanteert daarentegen blijkbaar wel dezelfde termen als op federaal vlak. Heeft het federale niveau zich misschien op Wallonië afgestemd ?

De heer Mathieu Stinckens : Wallonië heeft blijkbaar beter gehoorzaamd. Het KB 78 is nog geschreven tegen de achtergrond van het unitaire België en stemt dus niet overeen met de huidige realiteit. Vroeger moest in de verpleegopleiding na twee jaar een specialisatierichting gekozen worden. Nu niet meer. Vlaanderen kan aldus geen gegradueerde in de pediatrie verpleegkunde afleveren, maar enkel een gegradueerde in de verpleegkunde. In Wallonië kan na een driejarige opleiding algemene zorgen, in een vierde jaar een specialisatierichting worden gekozen. Deze specialisatie wordt gesubsidieerd zoals de basisopleiding. In Vlaanderen is de subsidie na drie jaar uitdovend : de kosten vallen dus ten laste van de student. Het gevolg is dat er in onze school studenten naar Luik gaan om zich daar te specialiseren. Er is met andere woorden behoefte aan meer overleg tussen de verschillende niveaus.

De heer André Denys : Als ik het goed begrijp speelt de Franse Gemeenschap beter in op het federale niveau en zijn er geen problemen in verband met de bevoegdheden ?

De heer Mathieu Stinckens : Er is inderdaad minder bevoegdheidsoverschrijding vanwege de federale regering ten aanzien van de Franse Gemeenschap. Hun onderwijs sluit aan bij de federale regelgeving. Voor ons blijven er bevoegdheidsconflicten en overschrijdingen. Als de federale overheid bepaalde titels vraagt en de Vlaamse overheid ze niet kan afleveren, dan ontstaan er problemen. Na een basisopleiding van twee jaar, kunnen Waalse studenten die bijvoorbeeld voor vroedvrouw studeren, nog van richting veranderen. Vlaamse studenten moeten dan helemaal opnieuw beginnen met hun studies.

De heer André Denys : Zijn die problemen te wijten aan financiële oorzaken ? Waarom verschillen Wallonië en Vlaanderen hier van elkaar ?

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Het ging hier om een principiële beslissing. Onder minister Luc Van den Bossche werden immers alle opleidingen van het korte type op drie jaar gebracht.

Ik meen dat er sprake is van bevoegdheidsoverschrijding. Via een koninklijk besluit worden immers de leerinhouden vastgelegd en gepubliceerd. Dit probleem zal binnenkort door het Arbitragehof worden behandeld.

V. HOORZITTING OVER DE THUISZORG

1. **Mevrouw Monique Swinnen, afgevaardigd bestuurder van Gezinshulp Landelijke Beweging, mevrouw Agnes Bode, algemeen directeur van Familiehulp, de heer Ferre Weustenraad, directeur van de Diensten voor Thuishulp, de heer Roland Vanden Bulcke, voorzitter van Familiezorg Oost-Vlaanderen, vertegenwoordigers van de Vereniging van de Diensten voor Gezins- en Bejaardenhulp van de Vlaamse Gemeenschap**

Mevrouw Monique Swinnen : Onze vereniging, waarin alle zuilen vertegenwoordigd zijn, omvat alle diensten voor gezins- en bejaardenzorg in Vlaanderen. Van bij het begin wil ik onderstrepen dat in onze sector niet alles kan worden herleid tot de gezondheidszorg. In het verloop van onze uitzetting hoop ik dat dat duidelijk zal blijken.

Vaak vergeet men dat beslissingen op een ander niveau vaak voor onze sector ondoordachte gevolgen kunnen hebben. Het inkorten van het aantal ligdagen in ziekenhuizen heeft bijvoorbeeld belangrijke gevolgen voor de thuisverpleging. In tegenstelling tot huisartsen en verpleegkundigen worden we niet betaald per prestatie. Sinds 1979 bestaat in de gezins- en bejaardensector een limiet op het totale aantal uren dat we mogen presteren. Als gevolg daarvan kunnen we niet meegroeien met de vraag.

Een concreet probleem dat in dit verband de kop opsteekt, is de organisatie van de palliatieve zorgen. Geld en knowhow komen van het federale niveau. Kan de palliatieve patiënt echter het statuut van een thuisverzorgde krijgen ? Het is ook niet mogelijk een strikt onderscheid te maken tussen gezondheid en welzijn. Het vraagt een geïntegreerde aanpak.

Niet enkel het gezondheidsbeleid faalt. Een aantal voorwaarden om binnen de geregionaliseerde materie autonoom op te treden zijn niet aanwezig : de rechtstreekse financiering via FCUD, bijvoorbeeld. Het geld komt niet naar Vlaanderen. Voor deze 600 miljoen is nog geen oplossing gevonden. Het zou spijtig zijn indien dit op de nek van de dienstverlening terecht zou komen.

Binnen de thuiszorg zijn de familie en andere hulpverleners belangrijke partners. Voor de fiscaliteit en de sociale zekerheid van deze categorie kan Vlaanderen echter geen fundamentele maatregelen nemen. De thuiszorg is zeer gevoelig voor tewerkstellingsmaatregelen. Hierover wordt echter federaal beslist. Voor de werkgevers uit de social-profitsector is het gezondheidsbeleid niet de enige belangrijke sleutel. De PWA's negeren de eisen van diploma's en opleiding gesteld door de sector en houden geen rekening met de bestaande netwerken.

Bij vraag drie hebben we de bemerking dat er eigenaardige verschillen bestaan in financiering en bijdrage van de patiënten. Een patiënt die gewassen wordt door een verpleegkundige moet hiervoor niets betalen. Indien de patiënt gewassen wordt door een gezinshelper moet deze hiervoor betalen volgens zijn financiële draagkracht.

De heer André Denys : Wilt u zeggen dat hetzelfde werk beter vergoed wordt aan de verpleegkundige ?

Mevrouw Monique Swinnen : De verpleegster wordt inderdaad beter betaald maar de kwestie is dat de patiënt de gezinshelper moet betalen vol-

gens een ingewikkelde schaal en de verpleegster gratis is buiten het remgeld dat eventueel moet worden betaald.

De heer André Denys : Heeft dit te maken met het feit dat een voorschrift noodzakelijk is voor de hulp van een verpleegkundige ?

Mevrouw Agnes Bode : Voor een verpleegkundige is een voorschrift inderdaad noodzakelijk, behalve voor toiletten. Gezinshulp kan ook de opdracht hebben om een toilet te geven, maar de betaling door de cliënt is verschillend.

De heer André Denys : Heeft dit te maken met de verdeling van de bevoegdheden ?

Mevrouw Agnes Bode : Inderdaad, gezins- en bejaardenhulp is een gemeenschapsbevoegdheid.

Mevrouw Monique Swinnen : Globaal gezien nemen wij als sector geen standpunt in over de vraag of de bevoegdheden al dan niet federaal moeten blijven. Wij pleiten wel voor homogeniteit.

Mevrouw Agnes Bode : Onze situatie is verbonden met deze van de andere verpleegkundigen. Wij vervullen immers de basisvoorwaarden opdat artsen en verpleegkundigen thuis kunnen langskomen. Onze opdracht omvat onder andere persoonsverzorging, verzorging van kleine wonden, huishouding en psycho-sociale ondersteuning. Ondanks de grotere vraag, blijft het aantal gepresteerde uren voor thuiszorg gelimiteerd. Dit brengt met zich mee dat een aantal opdrachten doorgegeven worden aan de verpleegkundigen en zo veel duurder worden dan noodzakelijk. Tussen de twee niveaus bevindt zich een schemerzone. Zelfs indien er een betere afbakening komt, zal er een gemeenschappelijk terrein blijven. De juiste taakverdeling moet bepaald worden in functie van de individuele patiënt.

Het feit dat de eigen bijdrage van de cliënt varieert, bemoeilijkt de zaak. De cliënt kiest wat hem het minste kost, ook al kost het in dat geval meer aan de gemeenschap. Bovendien wil de federale overheid het budget limiteren en denkt ze eraan vanuit besparingsoverwegingen een nieuwe categorie uit te vinden, namelijk de verzorgenden, en een wet op de verzorgenden in te voeren als een nieuwe etappe in het wettelijk cascadesysteem (wet op de geneeskunde, wet op de verpleegkunde en wet op de verzorgenden). Onze reactie daarop is dat de verzorgenden niet moeten uitgevonden worden, ze bestaan op gemeenschapsniveau. Wel moet werk gemaakt worden van de erkenning door

het federaal niveau van de reeds bestaande verzorging door de gemeenschappen.

Ons personeel is ons enig kapitaal. Wij kunnen niet alle nieuwe loonkosten aan de cliënten blijven doorrekenen. Wij sluiten ons aan bij de Confederatie van Werkgevers uit de social-profitsector om in deze kwestie gehoord te worden en van voordelen als de verlaging van RSZ-kosten voor lage lonen te kunnen genieten. Ook wat de aangekondigde belastingen betreft op reiskosten voor VZW's willen wij onze belangen verdedigen. Dat is uiteraard iets dat op federaal niveau besproken moet worden.

De meeste evaluaties over de werking van de PWA's zijn ronduit positief. Wij zijn wel bezorgd omdat veel PWA's de taken afnemen van gekwalificeerd personeel. Het is voor geen enkele PWA'er nog interessant om voltijds bij ons te komen werken, omdat de wedde van de professionele verzorger amper hoger is. Hierdoor worden uiteindelijk de reeds schaarse werkgelegenheidskansen voor mensen uit het beroepsonderwijs bedreigd.

Vanuit onze ervaring zijn wij geneigd om in Brussel de cliënt te laten kiezen tussen de Vlaamse of de Franse Gemeenschap.

De heer Ferre Weustenraad : Vooraleer we de thuisverpleging, die nu een federale bevoegdheid is, op gemeenschapsniveau willen brengen, moeten we een belangrijke vraag durven stellen. Hebben we de regels binnen de reeds gedefederaliseerde bevoegdheden wel al op elkaar afgestemd ? En ons antwoord daarop is neen. Gezins- en bejaardenhulp en de Centra voor Maatschappelijk Werk bijvoorbeeld vormen nu een zogenaamd 'homogeen bevoegdheidspakket' (in casu bij Vlaams minister Luc Martens). Nochtans zijn deze regelgevingen evenmin op elkaar afgestemd, wat aanleiding geeft tot verspilling en dubbelwerk. Defederalisering leidt dus niet noodzakelijk tot een betere toestand.

Mevrouw Sonja Becq : Wilt u even toelichten hoe zorgplannen als basis voor taakafspraken kunnen worden gebruikt ? Op welke manier wilt u schemerzones wegwerken : via zorgplannen of via nieuwe regels ? Is het niet zo dat men naast artsen en verpleegkundigen niet alleen verzorgenden maar ook logistieke werkers wil invoeren ?

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Zijn jullie betrokken bij het Vlaams Eerstelijns-overleg ? Hoe moeten de schemerzones opgeklaard worden ? Hoe verlopen de contacten met Wallonië ?

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik heb de opmerking van de heer Weustenraad niet helemaal begrepen. Wilt u ze verder toelichten ? Daarnaast had ik ook graag uw houding vernomen tegenover het ontwerp van decreet over de oprichting van de Vlaamse Gezondheidsraad.

Mevrouw Brigitte Grouwels : U wil dat in Brussel de klant mee beslist. Nu is het zo dat een bicommunautaire dienst goedkoper is dan een Vlaamse. Hoe zit het met de Franse gemeenschapsdiensten ?

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Na een verblijf in een ziekenhuis verzekeren uw diensten een deel van de opvang thuis. Ik had graag geweten wie dit coördineert en wie de lasten draagt : de gemeenschappen of het federale niveau ? Welke opleiding genieten uw bejaarden- en gezinshelpers ? Zijn de criteria voor de PWA's dezelfde ? En wie houdt toezicht op de kwaliteit ?

De heer André Denys : De thuisverzorging is in Vlaanderen veel sterker uitgebouwd dan in Wallonië. Heeft dit geleid tot minder ziekenhuisuitgaven dan in Wallonië ? Zal dat verschil nog toenemen als de bevoegdheden worden overgeheveld ?

De heer Jos Geysels : Een aantal sprekers heeft ervoor gepleit niet alleen te regionaliseren, maar ook te ontzuilen. Hoe zit het precies met de verzuiling op uw terrein ?

Mevrouw Agnes Bode : Onze zeer pluralistische samenstelling uit zich in de reglementering : we weigeren geen enkele cliënt die beantwoordt aan onze normen voor nood aan thuiszorg. Op de uitgaven in de ziekenhuizen in Vlaanderen en Wallonië heb ik geen zicht.

Vroeger werkten de verschillende diensten van de ziekenhuissector en de thuisverzorging los van elkaar. Met de enorme toename van behoeften kan dit niet langer. In functie van de totale situatie van de patiënt stellen ziekenhuis en thuiszorg samen een zorgenplan op. Omdat er al heel wat coördinatie te velde bestaat, hoeven bijkomende kanalen van coördinatie voor ons niet. Wat de vraag over Brussel en Wallonië betreft, kan ik zeggen dat Wallonië een totaal andere cliëntbijdrage heeft dan Vlaanderen.

Mevrouw Monique Swinnen : Het probleem van de thuiszorg is niet van ideologische aard, maar betreft de verdeling van het urencontingent over de regio's. Die verdeling is gegroeid vanuit een traditie, met als gevolg dat een aantal streken in Vlaanderen, zoals Vlaams-Brabant, Zuid-Limburg

en het arrondissement Aalst, benadeeld worden. De toegestane procentuele groei vergroot nog de verschillen. Voor ons hoeft er geen aparte gezondheidsraad te komen. De diensten van gezins- en bejaardenhulp hebben zeer weinig omkadering, onze mensen hebben wel wat anders om handen dan louter vertegenwoordiging. Anderzijds willen we ook niet vergeten worden in de Gezondheidsraad. We stellen vast dat, als welzijn en gezondheid samenzitten, welzijn vaak aan het kortste eind trekt.

Wat de opleidingsvoorwaarde betreft, zijn het mensen uit het beroepsonderwijs en vooral vrouwen die in onze sector terechtkomen. Daarnaast hebben we eigen opleidingscentra opgericht. Aan een werknemer die een PWA-statuut heeft, wordt geen enkele verdere eis gesteld inzake hun kwalificatie. Zij moeten werkloos zijn. Meer wordt van hen niet gevraagd.

2. De heer Jef Maes, adviseur bij het ABVV

De heer Jef Maes : Ik spreek hier zowel in naam van het Vlaamse als van het nationale ABVV. Ik ben iets minder pessimistisch dan de vorige sprekers. Sinds de wet-Moureaux van 1993 zijn de gezondheidsuitgaven grotendeels onder controle gebracht. België besteedt 8,2 procent van het BBP aan uitgaven in de gezondheidszorg en heeft daarmee één van de beste gezondheidszorgsystemen in Europa en in de wereld.

In de sector bestaan twee grote knelpunten. De overheid en de sociale partners hebben te weinig bevoegdheden. Terwijl de kosten van de gezondheidszorg grotendeels gedragen worden door sociale bijdragen, worden de uitgaven bepaald door een zeer geliberaliseerde vorm van zorgverstrekking. Ten tweede is het beleid in de gezondheidszorg al te zeer opgesplitst in overeenkomstencommissies, waardoor veel visie verloren gaat. Een sociale regulering van het aanbod vanuit een duidelijke visie dringt zich dan ook op.

De vragen in Vlaanderen zijn in essentie dezelfde als in Wallonië en in Brussel : ze zijn internationaal van aard. Er zijn vragen rond echelonnering, de vaste inschrijving bij een huisarts, het voorschrijfgedrag van de arts en het verschil in technische prestaties tussen ziekenhuizen.

De kernvraag inzake bevoegdheidsverdeling is met welke visie en met welke middelen een overheid

sociaal regulerend kan optreden in de gezondheidszorg. Wij zijn geen vragende partij voor een verdere communautarisering van de gezondheidszorg. Als men gaat naar een communautarisering van de gezondheidszorg, dan riskeert men verschillende regelgevingen, in het slechtste geval zelfs vijf. Men kan de vraag stellen hoe dat dan moet verlopen in Brussel, een stad met één miljoen inwoners en met dertig percent vreemdelingen. Achttien percent van de patiënten zijn Vlamingen, achttien percent zijn Walen. Gaat de patiënt zich richten naar de goedkoopste gemeenschap? Kan een gemeenschap risicogroepen uitsluiten? Moet de dokter verschillende voorschriftenboekjes hanteren naar gelang de gemeenschap waartoe de patiënt behoort? Zullen er drie verschillende terugbetalingstarieven bestaan? In het Universitair Ziekenhuis van Leuven werden er 15.000 ambulante patiënten en 4.000 gehospitaliseerden geteld die afkomstig waren uit Brussel, Wallonië en uit de Duitstalige Gemeenschap. Wat moet er gebeuren met de erkenning van producten en diensten? Nu al wordt er geklaagd dat de erkenning te traag verloopt. Wat moet dat worden indien dit op verschillende niveaus moet gebeuren? Ten slotte ben ik er niet van overtuigd dat een Vlaamse gezondheidszorg een betere gezondheidszorg is. De belangrijkste actoren binnen het huidige RIZIV zijn Vlamingen. De kernvraag binnen de gezondheidszorg ligt elders. Welke vorm van sociale regulering aanvaardt men?

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : U spreekt nogal defensief. Nochtans is er in de grensregio's zoals Zeeuws-Vlaanderen en Limburg een evolutie naar samenwerkingsakkoorden tussen verschillende staten. De bedoeling daarvan is de gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij de mensen te brengen.

De heer Jef Maes : Gisteren ben ik een Franstalige collega in het ziekenhuis gaan bezoeken. Ze woont in Nijvel en werd eerst in Brussel behandeld. Uiteindelijk werd ze in Leuven geopereerd. De operatie is mislukt, en nu komt er een dokter uit het buitenland die de operatie hopelijk tot een goed einde zal brengen. Ik bedoel daarmee dat de specialisatie in de gezondheidszorg nu van die aard is dat eerder een internationalisering nodig is dan een opsplitsing in kleine eenheden. Niet elke taalgemeenschap zal een gespecialiseerd brandwondencentrum hebben zoals het ziekenhuis van Neder-Over-Heembeek of een centrum voor oncologie zoals dat van Leuven. Er zijn nu al akkoorden tussen verschillende staten, en er moeten er nog meer komen.

De heer Jos Geysels : De vorige sprekers stelden dat in het streven naar een uitbouw van de eerste lijnszorg de communautarisering voor een deblokering kan zorgen. Welke zijn dan de hinderpalen binnen een federaal kader die kunnen opgeruimd worden?

De heer Jef Maes : Zowel in Vlaanderen als in Brussel en Wallonië zijn er een aantal economische belangen in het spel, zoals onder meer die van de zorgverstrekkers. Pleidooien voor of tegen echeloningering zijn niet volledig los te koppelen van die financiële groepsbelangen. Bij de belangengroepen die reageren, ziet men onder meer de specialisten en de farmaceutische industrie, die overigens grotendeels op Vlaams grondgebied gevestigd is. Men ziet het VBO enerzijds opkomen voor een zo klein mogelijke sociale zekerheid, en anderzijds protesteren tegen de besparingen die opgelegd worden aan de farmaceutische industrie. Veeleer dan communautaire tegenstellingen zijn er dus economische belangengroepen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Is het verschil in visie op de gezondheidszorg een verschil tussen Noord en Zuid?

De heer Jef Maes : Het verschil in visie op echeloningering, op pathologiefinanciering of op een vaste inschrijving bij een huisarts heeft minder te maken met communautaire aanhorigheid dan met de economische en sociale belangen die men verdedigt. Ik constateer dat er te weinig mensen zijn die de idee van de echeloningering uitdragen, en dit geldt zowel voor Nederlandstaligen als voor Franstaligen.

3. De heer Gilbert De Swert, hoofd van de studiedienst van het ACV en de heer Stefaan De Cock, vakbondssecretaris LBC-NVK

De heer Gilbert De Swert : De nulde vraag is de belangrijkste: moet de thuiszorg wel geregionaliseerd worden? Voor ons hoeft dit niet. En daar hebben we veel redenen voor. Een eerste reden is principieel van aard. We menen dat de sociale zekerheid, waarvan de thuiszorg deel uitmaakt, gebaseerd is op solidariteit tussen personen. Dit leidt tot solidariteit tussen steden en regio's. Dit is inherent aan het stelsel. Ten tweede zijn er de zogenaamde toevallige en afgeleide stromen die van debiet en richting kunnen veranderen. Wanneer bijvoorbeeld de Vlaamse bevolking sneller ouder wordt, zal dit leiden tot veranderingen. Ten derde is er de internationalisering, zoals ook Jef Maes al

aangaf. De sociale zekerheid en de verzorgingsstaat zijn na de oorlog op nationaal niveau gegroeid. Nu wordt het systeem door de internationale ontwikkeling losgehaakt van de natie. Precies tengevolge van die internationale ontwikkelingen zal een stelsel van sociale zekerheid ook niet meer regionaal kunnen verankerd worden, maar Europees of internationaal moeten ingebouwd worden. Er is een vierde -politieke- reden. Wij hebben niet meteen vertrouwen in de Vlaamse politiek. We vrezen dat die niet dezelfde sociale zorg zal handhaven. Ik geef een voorbeeld. Het federaal Parlement voegde vorig jaar een artikel toe aan de programwet dat zorgcheques toekende aan hulpbehoevende bejaarden. Dat voorstel werd vanuit Vlaanderen geblokkeerd. Ik verwachtte dat het Vlaams Parlement of de Vlaamse regering dan zelf een initiatief zou nemen, maar dat komt maar niet.

Wij hebben, samengevat, liever geen verdere defederalisering van de gezondheidszorg.

De heer Stefaan De Cock : Knelpunten in verband met de bevoegdheidsverdeling in de thuisverpleging zijn onbestaande. De thuisverpleging is een sector van het RIZIV die bijvoorbeeld qua financiering heel transparant is. De financiering is dezelfde voor Vlaanderen en Wallonië, dat is dus geen knelpunt. Het enige wat wel interessant is, is de vraag of de regionalisering een verbetering betekent. Het zijn veeleer echelonnering en afspraken tussen economische belangengroepen zoals het Wit-Gele Kruis of Familiehulp, die een vooruitgang kunnen betekenen. Of er effectief afspraken worden gemaakt, heeft niets te maken met federalisering of regionalisering.

De thuiszorg-sector staat veel verder in Wallonië dan in Vlaanderen. In Wallonië is er meer samenwerking. In Vlaanderen daarentegen is er concurrentie tussen het Wit-Gele Kruis en Familiehulp die elk hun eigen terrein willen uitbreiden. Gaat een regionalisering hieraan verhelpen ? Ik denk het niet, volgens mij heeft het er niets mee te maken. Het uit de concurrentiepositie stappen is van veel groter belang dan de zaken communautair te stellen. Regionalisering betekent ook niet dat samenwerking gemakkelijker zou worden.

Daarom willen wij het federaal houden. De sector is nu beheersbaar. Wanneer in de sector van de thuiszorg budgetten overschreden worden, is het heel herkenbaar waar dit precies gebeurt. Momenteel is de overschrijding van het budget vooral te wijten aan zelfstandigen die teveel laten financieren door het RIZIV, eerder dan dat dit het gevolg zou zijn van uitspattingen. Het is niet gunstig wan-

neer het beleid op Vlaams niveau zou gevoerd worden en de financiering op federaal niveau gebeurt. Dit levert tweeslachtigheid op en is niet bevorderlijk voor de kwaliteit van de verzorging. Dit blijkt ten overvloede in de sector van de rust- en verzorgingstehuizen.

In Brussel zou een regionalisering de problemen nog vergroten. De samenwerking tussen de verschillende gemeenschapscommissies is verre van evident. Wij willen hier een sterk pleidooi houden om de thuiszorg op het federale niveau te behouden, zowel op het vlak van de organisatie, als op het vlak van de financiering.

Ik spreek ook vanuit de praktijk van de thuiszorg. Ik heb vrij veel contacten met de mensen van het Wit-Gele Kruis. Zij liggen niet wakker van de vraag of een regionalisering nodig is. Zij vragen wel een duidelijker beleid.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Hoe zit het met de thuisverpleging in Wallonië ? Zijn er proportioneel evenveel thuisverplegers als in Wallonië, of is thuisverpleging een typisch Vlaams verschijnsel ?

De heer Stefaan De Cock : In Vlaanderen zijn er proportioneel inderdaad veel meer thuisverplegers dan in Wallonië. Thuisverplegers zijn in Wallonië wel overal in samenwerkingsverbanden vertegenwoordigd.

De heer Gilbert De Swert : Bij wijze van boutade : met de thuiszorg zou men een sector regionaliseren waarin de transfers naar Vlaanderen gaan !

VI. HOORZITTING OVER HET RIZIV EN DE VOLKSGEZONDHEID

1. De heer dr. Guy Peeters, algemeen secretaris, en Prof. Marc Elchardus, voorzitter, van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten

Dokter Guy Peeters : We zullen de vragen die we ontvingen beantwoorden op basis van de waarden

⁷ De nota 'het standpunt van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten met betrekking tot het gezondheidsbeleid' werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

die wij verdedigen. De institutionele hervormingen moeten volgens ons bekeken worden op basis van de mate waarin zij de toegang tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg verbeteren. De ziekteverzekering in België is één van de meest performante in Europa. De bestaande solidariteit blijft het best gewaarborgd door een financiering op een zo hoog mogelijk niveau, in de huidige context blijft dit het federale niveau.

Er bestaan belangrijke bevoegdheidsproblemen, niet enkel tussen verschillende niveaus maar ook binnen het takenpakket van eenzelfde overheid. Essentieel is dat er op federaal vlak een geconcentreerde visie over gezondheidszorg en gezondheidsbeleid wordt geconcipieerd.

Bij de herziening van de bevoegdheidsverdeling is de vraag of de bevoegdheden weer naar het federale vlak moeten komen of geconcentreerd worden bij de gemeenschappen. Hoewel er veel argumenten zijn voor een herfederalisering lijkt het politiek niet haalbaar. Maximale solidariteit betekent dat er gekozen wordt voor het behoud van de bestaande federale solidariteit op financieel vlak. Dit is niet alleen ideologisch maar ook pragmatisch relevant: volgens een aantal demografische scenario's zou veeleer Vlaanderen in de toekomst transfers kunnen gebruiken dan Wallonië. Een potentiële migratiestroom van de slechte risico's naar die gemeenschap met het hoogste verzekeringsniveau is ook niet wenselijk.

Voor de andere bevoegdheden worden de grote socio-culturele verschillen tussen de gemeenschappen als belangrijkste argument voor de splitsing aangehaald. De culturele verschillen moeten we opsplitsen in culturele verschillen op zich en verschillen in bedrijfscultuur. Over de culturele verschillen is er te weinig wetenschappelijk onderzoek gevoerd om ze duidelijk in kaart te brengen. Het is echter duidelijk dat er wel een relevant verschil bestaat tussen laag- en hooggeschoolden. Op dit vlak denkt echter niemand eraan om een aparte verzekeringsdekking te voorzien. Zelfs indien er culturele verschillen tussen de gemeenschappen zijn, kan hierop met een aangepast beleid ingespeeld worden.

Naast culturele bevolkingsverschillen zijn er ook verschillen in bedrijfscultuur tussen zorgverstrekkers. In Vlaanderen lijken meer artsen gewonnen voor trapsgewijze gezondheidszorg, voor een vaste inschrijving en een centraal medisch dossier. Als socialistische ziekenfonds zijn wij ook voorstander van deze maatregelen, omdat ze zouden leiden tot een goedkopere en dus meer toegankelijke

gezondheidszorg. Vraag is echter of een relatief verschil tussen Vlaamse en Waalse artsen op dit domein een defederalisering van dit aspect van de gezondheidszorg rechtvaardigt. Wij denken van niet. In de volgende jaren zullen er weliswaar belangrijke veranderingen moeten plaatsvinden, maar dat is mogelijk op federaal niveau. Uiteraard hangt veel af van de druk die in dit verband door bepaalde beroepscorporaties, die sterker zijn in Wallonië dan in Vlaanderen, zal worden uitgeoefend. Deze druk kan ertoe leiden dat de argumentatie die ik nu uiteenzet op de helling wordt gezet. Het is dan ook belangrijk dat de federale overheid vlug werk maakt van bepaalde belangrijke dossiers.

De financiering dient voor ons federaal te blijven: ook bijvoorbeeld de planning, programmering en het geneesmiddelenbeleid moeten federaal blijven. De gemeenschappen moeten echter dichter bij het beleid worden betrokken. Dit is perfect mogelijk: de reconversie van de ziekenhuizen in de periode 1982-1985 is hiervan een sprekend voorbeeld. We stellen dan ook voor dat er een planningscommissie zou worden opgericht op federaal niveau, waarin de gemeenschappen een vaste plaats krijgen en waarin ze medebeslissingsrecht krijgen, vooral op het vlak van het aanbod. Op het gebied van de numerus clausus voor artsen, bijvoorbeeld, hebben gemeenschappen en federale overheid bewezen perfect op elkaar te kunnen inspelen.

De specifieke situatie in Brussel vormt een belangrijk knelpunt. Een defederalisering van het gezondheidsbeleid voor het hoofdstedelijk gebied zou voor enorme problemen zorgen. Defederalisering zal een explosie van reglementeringen veroorzaken en dus zeer hoge administratiekosten. Hoe zal uitgemaakt worden of een Brusselaar tot de ene of de andere gemeenschap behoort, als gezondheidszorg een gemeenschapsmaterie blijft? Maar ook als het een gewestbevoegdheid wordt, ontstaan er problemen. De talrijke hooggespecialiseerde instellingen in Brussel verstrekken hun zorgen immers niet alleen aan inwoners van het Brussels Gewest. Achtien percent van de patiënten in Brusselse ziekenhuizen hebben een Vlaams domicilie, 17,5 percent een domicilie in Wallonië. Als een inwoner van Mechelen zich laat verzorgen in het Bordet-Instituut, hoeveel zal de Vlaamse regio dan bijdragen in de ligdagprijs? Zal zij bereid zijn daarvoor te betalen, als ze geen controle heeft op de uitgaven? Zal de vrije keuze van de patiënt in dat systeem gewaarborgd blijven? Zal de Vlaming zich nog kunnen wenden tot gespecialiseerde instellingen van de andere gemeenschap?

Als ziekenfonds hebben we de plicht de vraag te stellen wat de meerwaarde van de herstructureringen is voor de verzekerden. In elk geval moet vermeden worden dat we in een Kafkaïens doolhof belanden. De beleidsdocumenten die zich bezig houden met defederalisering, bieden geen oplossingen voor de problemen. De Schrikkelnota beperkt zich er bijvoorbeeld toe te zeggen dat verder onderzoek noodzakelijk is.

Mevrouw Vera Dua : Kan u uw uitspraak over de verschillen in bedrijfscultuur verduidelijken ? Er bestaan inderdaad verschillen in gezondheidsgedrag tussen mensen met een lage en met een hoge scholing. Er bestaan anderzijds verschillen in bedrijfscultuur. U beweert de verschillen in bedrijfscultuur te kunnen oplossen, maar er bestaan grote meningsverschillen over echelonnering binnen het corps dat uiteindelijk met de echelonnering zal moeten leven. Ik vraag me af of het binnen de bestaande structuren mogelijk is om de verschillen in bedrijfscultuur op te lossen. U vertegenwoordigt een orgaan dat een enorme invloed heeft op de beslissingen binnen de medische sector. Spijtig genoeg is de impact van de federale overheid in de praktijk vrij beperkt. Wat was uw bijdrage op federaal niveau om de defederalisering tegen te gaan ?

De heer Bart Vandendriessche : Uw orgaan is federaal georganiseerd en uw argumenten zijn daar duidelijk door beïnvloed. Hoe worden de spanningen aangevoeld die voortkomen uit het feit dat het RIZIV een federale instantie is ? U ziet heil in het afsluiten van protocols. Van het protocol van 1993 is echter weinig gerealiseerd. Ik stel me dan ook vragen bij deze manier van werken. Heeft u hier een oplossing voor ? Minister Demeester stelde een stapsgewijs model voor : de gemeenschappen zouden in een eerste stap in het RIZIV moeten worden vertegenwoordigd. In een tweede fase zouden de ligdagprijzen naar de gemeenschappen moeten worden overgeheveld. Wat denkt u over dit model ?

De heer André Denys : Vreest u communautarisering, omdat u wil vasthouden aan het systeem in zijn huidige vorm ?

De heer Robert Voorhamme : U legt in uw eigen visie nogal sterk de nadruk op de financieringssolidariteit. U wil de financiering van de gezondheidszorg op federaal niveau houden, maar over de uitgaven bent u minder specifiek. Wat denkt u van een systeem waarbij een federaal geïnde belasting doorgestort wordt aan de gemeenschappen ? Zo een financiering lijkt op het systeem dat bestaat voor

de financiering van het onderwijs. Is een overheveling nog uit te sluiten, als er zich problemen stellen ?

De heer Felix Strackx : Vorige week hebben we hier vertegenwoordigers van zorgverstrekkers gehoord. Zij hadden het allemaal over de cultuurverschillen tussen Vlaanderen en Wallonië. Dat cultuurverschil kwam eigenlijk neer op de gemakzucht in het Zuiden en de onwil daaraan iets te veranderen. Heeft u ook die ervaring ?

Dokter Guy Peeters : Tot mevrouw Dua wil ik zeggen dat ik blij ben met wat maandagavond is gebeurd in de Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen van het RIZIV, namelijk de principiële beslissing over de invoering van een globaal medisch dossier. Ook al is het een kleine stap, het is een belangrijke. Die stap is gezet onder druk van de ziekenfondsen. Ik zie een duidelijke kentering : er kunnen stappen worden gezet, als men druk uitoefent. Het is waar dat echelonnering botst op de weigering van de Franstalige specialisten, maar ik denk dat men een mening kan wijzigen, als men de juiste argumenten gebruikt op het juiste moment. Ik ga dus niet akkoord met uw visie dat de ziekenfondsen geen druk hebben uitgeoefend. Het is wel zo dat nog maar een kleine stap is gezet.

De heer Vandendriessche vraagt of gevoeligheid voor deze problemen ook aan Franstalige zijde bestaat. Als je de mening van de Franstaligen via de media hoort, dan komt die ons inderdaad soms bizar over. Omgekeerd zal dat ook wel het geval zijn. In de organisatie beseffen ze echter heel goed dat er in dossiers, zoals de echelonnering, die voor Vlaanderen belangrijker zijn dan voor Wallonië, stappen moeten worden gezet. Ze zijn er zich van bewust dat er anders problemen rijzen.

Over het falen van de protocols heb ik het in mijn inleiding al gehad. Ik stel voor een planningscommissie op te richten met een duidelijke plaats voor de gemeenschappen. Wat het plan in fasen van minister Demeester betreft, heb ik al gezegd dat de gemeenschappen een vaste stek moeten hebben in de RIZIV-organen. Verdere stappen voorspellen is moeilijker. Ik heb de indruk dat de staatsvorming zichzelf aanzwengelt.

Wat de vraag van de heer Denys betreft, stellen wij concrete hervormingen voor en geen wonderoplossingen. Het komt er op aan met steeds schaarsere middelen en met een toenemend aantal behoeften steeds efficiënter te werken. Doelmatigheid zal heel belangrijk zijn. Ons probleem is dat de behoeften sterk toenemen. Creativiteit zal dus

meer dan nodig zijn. Privatisering lijkt ons evenmin het enige hulpmiddel. Ik zeg dit niet vanuit ideologische overwegingen, maar omdat de internationale ervaring ons dat geleerd heeft. Alleen als een meerderheid aan Franstalige zijde niet meer doelmatig zou willen werken, zou het communautaire vraagstuk zich stellen.

De piste die de heer Voorhamme voorstelt, vind ik niet zinvol. Idealiter moet de besluitvorming zo dicht mogelijk bij de financiering gesitueerd worden. Als we dat gaan scheiden, creëren we een probleem. Wie gaat uiteindelijk beslissen wat de ene gemeenschap mag aanrekenen aan iemand uit de andere gemeenschap? Op die manier zorgen we voor bureaucratische complicaties. Mocht elke overeenstemming op een bepaald moment onmogelijk zijn, dan is dit wel een mogelijke denkpiste.

Op de vraag van de heer Strackx kan ik het volgende antwoorden: ik ben weliswaar geen socioloog, maar toch heb ik niet de indruk dat Franstaligen vlugger zouden toegeven aan gemakzucht. Ik merk wel meer corporatisme bij bepaalde beroepsorganisaties.

Mevrouw Brigitte Grouwels: U opteert voor een consensusmodel op federaal niveau. Gaan de gemeenschappen dan wel inspraak hebben in het RIZIV? In uw model verandert er niet veel aan de situatie in Brussel. Nochtans zijn de Vlamingen bekommerd om de zogenaamd bicommunautaire ziekenhuizen, waar Vlamingen vandaag niet in hun eigen taal onthaald worden. Deelt u die bezorgdheid? Kan de Algemene Raad van het RIZIV dit probleem oplossen?

Dokter Guy Peeters: Met inspraak van de gemeenschappen bedoel ik dat ze werkelijk mee kunnen beslissen. Ik deel uw bezorgdheid over het probleem van de Brusselse ziekenhuizen, waarvoor snel een oplossing dient gezocht. Het gaat hier immers om rechten van de patiënt en om menselijke waardigheid.

De heer Johan De Roo: Wat vindt u van de fiscalisering van de financiering van de sociale-zekerheid? U pleit ervoor dat het medisch aanbod gecommunautariseerd en de ziekteverzekering federaal wordt gehouden. Zullen daardoor de transfers niet vergroot worden?

Dokter Guy Peeters: De ziekenfondsen zijn geen voorstander van een fiscalisering. Het is nog steeds niet duidelijk hoe zelfstandigen in het systeem kunnen geïntegreerd worden. Bovendien zijn we

gehecht aan het medebeheer van de sociale partners in de sociale zekerheid.

De heer Johan De Roo: Dat ik deze vraag heb gesteld, betekent nog niet dat ik een pleidooi heb gehouden voor de fiscalisering.

Dokter Guy Peeters: Het risico van verhoogde transfers kan worden vermeden als de verschillende partners in de sociale zekerheid het eens worden over de doelstellingen en voldoende financiële verantwoordelijkheid krijgen.

2. De heer Geert Messiaen, secretaris-generaal van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten⁸

De heer Geert Messiaen: De Liberale Mutualiteiten kanten zich tegen de splitsing van de sociale zekerheid. Er mag geen afbreuk worden gedaan aan de solidariteit tussen gemeenschappen en gewesten. In plaats van regionalisering bepleiten we de versteviging van de bestaande pijlers van de sociale zekerheid: de solidariteit en de verantwoordelijkheid van alle actoren. Ook de privatisering van de sociale zekerheid wijzen we duidelijk af. Dat standpunt houdt geen vrijbrief in voor niet-objectieve transfers van de ene regio naar de andere. De gemeenschappen en gewesten moeten inspraak krijgen op federaal niveau.

We vragen een gegarandeerde vertegenwoordiging van alle verzekeringsinstellingen binnen de beheersorganen van het RIZIV. We gaan ermee akkoord dat alle betrokken partners financiële verantwoordelijkheid wordt opgelegd, maar dan moeten ze ook in de Algemene Raad van het RIZIV vertegenwoordigd zijn. De Liberale Mutualiteiten hebben daarin echter geen zetel. We hebben deze situatie aangevochten bij de Raad van State en het Arbitragehof, maar die hebben de beslissing hierover aan de ziekenfondsen zelf overgelaten.

We pleiten ook voor een aanpassing en een verfijning van het socialezekerheidssysteem aan de noden van de zorgbehoevende bejaarden. We willen dus niet evolueren naar een systeem van afhankelijkheidsverzekering. We pleiten voor een maximale bevordering van de eerstelijnsgezondheidszorg en de thuiszorg en voor het verhogen van de

⁸ De nota 'het standpunt van de Liberale Mutualiteiten over de regionalisering van het gezondheidsbeleid' werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

middelen om aan preventie te doen. Tenslotte pleiten we ook voor een uitbouw van de palliatieve zorg door ze te integreren in de normale medische praktijk. Het liberale ziekenfonds is tegen een opsplitsing van de sociale zekerheid, zowel van de zorgen als van de uitkeringen.

De huidige situatie wordt gekenmerkt door een totaal gebrek aan beleid. De gemeenschappen en gewesten programmeren, de federale overheid financiert en legt de erkenningsvoorwaarden op. Zo kan het beleid van de gewest- of gemeenschapsregering doorkruist worden door dat van de federale regering. Waar blijft dan de coherentie ?

In de ziekenhuissector worden daardoor vooral de administratieve procedures verzwaard. In het bejaardenbeleid kan de Vlaamse regering onder meer programmeren voor de rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen (RVT), maar heeft ze niets te zeggen over de verpleegdagprijs, over de forfaits voor de RVT of over de daghospitalisatie. Hetzelfde geldt voor de thuiszorg. Er wordt ook veel gepraat over palliatieve hulp. Dit wordt door de federale overheid gefinancierd als experiment. Los daarvan zijn er ook subsidies van de Vlaamse overheid. Dat is een asymmetrisch beleid. De Vlaamse subsidiëring gebeurt op een andere basis dan de federale, en er bestaat ook geen gelijkaardige subsidie in Wallonië. De gezondheidspromotie is een bevoegdheid van de gewesten, maar behoort tot de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Deze worden daarvoor op nationaal vlak gehonoreerd. Aan knelpunten is er dus geen gebrek.

Een geregionaliseerde gezondheidszorg biedt volgens ons geen bijkomende voordelen voor de patiënt. Als die er dan toch komt, moeten wel hele pakketten worden overgeheveld, zodat we niet te maken hebben met een toestand waarbij de ene overheid programmeert en de andere financiert. De ziekteverzekering is één van de belangrijkste onderdelen van de sociale zekerheid, en daarom vinden we het belangrijk dat ze op federaal vlak georganiseerd blijft. Zo niet dreigt er een versnippering van het beleid en zouden de solidariteit en het verzekeringsprincipe kunnen verdwijnen. Iedereen moet in dezelfde omstandigheden dezelfde zorgen kunnen genieten, ongeacht zijn woonplaats.

Na regionalisering zal het systeem niet goedkoper of efficiënter zijn. Alle beheers- en overlegstructuren moeten immers worden ontdebeld. Dat zou leiden tot een onaanvaardbare verspilling op een moment dat er een grotere financiële verantwoor-

delijkheid wordt gevraagd van de partners in het systeem. Objectieve gegevens, zoals het rapport-Jadot, bevestigen dat er geen sprake is van geldstromen van Vlaanderen naar Wallonië, maar dat er wel grote verschillen bestaan tussen de verschillende provincies binnen eenzelfde gewest. Dit houdt verband met de aard van de beroepsactiviteit in de regio. Overigens zijn wij in deze Algemene Raad alleen vertegenwoordigd als de financiële verantwoordelijkheid ter sprake komt, wat een gunst is vanwege voorzitter Jadot.

De chronische budgettaire problemen in de gezondheidszorg zijn urgenter dan het luxeprobleem van de splitsing. Onlangs werd de begroting voor het jaar 1997 goedgekeurd. Het gaat om een bedrag van 428 miljard frank. Reeds enkele jaren gaat men uit van de begroting voor 1994, namelijk 395 miljard frank, waaraan 1,5 procent wordt toegevoegd. Het beleid wordt op dit ogenblik trouwens louter op budgettaire grondslag gevoerd. Er is bovendien ook een enveloppesysteem dat sectoren straft die in het verleden inspanningen hebben gedaan. Ik zie ook geen voordeel in een regionalisering, omdat dit een eerste stap kan zijn naar een privatisering van de gezondheidszorg. Ten slotte mag men ook niet vergeten dat een opsplitsing van de gezondheidszorg het pluralisme kan en zal aantasten, en dat het monopolieposities zal in het leven roepen, zowel in Vlaanderen als in Wallonië.

Als er dan toch verder gedefederaliseerd wordt, dan moet het met hele pakketten tegelijk gebeuren. De akkoorden en overeenkomsten moeten volgens ons ook in de toekomst op het federale niveau gesloten worden, omdat dit belangrijke waarborgen biedt tegen verarming. De gemeenschappen en de gewesten moeten een vertegenwoordiging krijgen binnen het RIZIV op voorwaarde dat ook alle verzekeringsorganen hierin zitting krijgen. We verzetten ons tegen het afsluiten van akkoorden op andere niveaus dan de commissies van het RIZIV. De beste solidariteit blijft gewaarborgd door de collectieve verantwoordelijkheid van de verschillende actoren. Individuele akkoorden leiden vroeg of laat tot monopolievorming.

De heer Johan De Roo : Welke argumenten heeft u voor de stelling dat de regionalisering zal leiden tot een monopolievorming in Vlaanderen en Wallonië ?

De heer André Denys : Als ik u goed begrijp, pleit u voor de vorming van homogene bevoegdheidspakketten door een herfederalisering. Als reden haalt u hiervoor aan de solidariteit en het risico

voor monopolisering. Door de bevoegdheden op het niveau van de gemeenschappen en gewesten te brengen, komen ze echter dichterbij de bevolking. Is het niet mogelijk om een financieringssysteem uit te werken op het laagst mogelijke bestuursniveau zoals in Duitsland, waar via een doorzichtige solidariteit meer begrip en solidariteit ontstaat tussen de gemeenschappen? Indien de gemeenschappen meer verantwoordelijkheid krijgen, zal dit ongetwijfeld kosten besparen. Zij zullen meer inspanningen doen om de zaak onder controle te houden, want er zullen geen compensaties meer zijn. Zijn we in deze zaak geen slachtoffer van een verkeerde definitie van het begrip solidariteit?

We moeten volgens u niet-objectiveerbare verschillen wegwerken. Dit beweren de opeenvolgende regeringen al meer dan tien jaar te proberen. Uit de praktijk blijkt echter dat deze verschillen groter worden. Is dat uiteindelijk geen gevolg van sociaal-culturele verschillen? Als dat waar is, zou een verdere defederalisering goed zijn voor de Vlaamse patiënt.

De heer Johan Sauwens : Er is inderdaad sprake van begripsverwarring inzake solidariteit. Interpersoonlijke solidariteit is de doelstelling van het gezondheidsbeleid en van de sociale zekerheid in het algemeen. Is dit nu al niet verworden tot inter-regionale solidariteit?

Mevrouw Yolande Avondroodt : Ik zou uw uitspraak dat iedereen recht heeft op gelijke gezondheidszorg willen aanpassen in die zin dat iedereen recht heeft op aangepaste en adequate gezondheidszorg. Wat doet u met het feit dat in Vlaanderen meer dan 200.000 gezinnen zelf voor een zieke of bejaarde zorgen, terwijl men in Wallonië meer een beroep doet op instellingen? De Vlaamse vraag naar meer thuiszorg kan momenteel niet ingevuld worden. Hoe denkt u dit probleem op te lossen binnen de huidige lineaire maatregelen?

De heer Bart Vandendriessche : Hoe is de verhouding tussen de vertegenwoordigers van de gemeenschappen binnen uw organisatie? De vraag naar het niveau waarop de homogeniteit gerealiseerd wordt, is volgens u secundair. Hoe ziet u de coherente organisatie van de bejaardenzorg in de context van de nakende verdriedubbeling van het aantal zorgbehoevende bejaarden? Er komt een zwaar betalingsprobleem aanzetten.

De heer Geert Messiaen : De verhouding binnen onze organisatie is 70 procent Vlamingen tegenover 30 procent Walen. De financiële verantwoordelijkheid wordt bij regionalisering al te vlug een

individuele verantwoordelijkheid. Wanneer het mogelijk wordt overeenkomsten met specifieke groepen af te sluiten, kan dat leiden tot de creatie van monopolies. Waar blijft dan de vrije keuze van de patiënt? Voor ons is het niet noodzakelijk alles te herfederaliseren, wij pleiten enkel voor coherentie.

De heer André Denys : Dit betekent dus dat u niet tegen verdere defederalisering bent?

De heer Johan Sauwens : U heeft inderdaad tal van voorbeelden gegeven waaruit blijkt dat u vindt dat de huidige toestand niet voldoet. Wat moet er volgens u dan gebeuren?

De heer Geert Messiaen : Het is niet mijn verantwoordelijkheid de keuze te maken tussen het federale en het communautaire niveau. Uit het voorbeeld van de palliatieve zorg blijkt wel dat deze homogeniteit op zich noodzakelijk is.

De heer André Denys : Dat is ook onze bekommernis, wanneer we een verdere staats hervorming vragen. Het is ons te doen om een beter bestuur en niet om een defederalisering als doel op zich.

De heer Geert Messiaen : Wij zijn niet a priori tegen homogene bevoegdheidspakketten op communautair niveau, maar wij zijn er wel voor om zoveel mogelijk op het federale niveau te houden.

Ik begrijp de vraag van mevrouw Avondroodt niet goed.

Mevrouw Yolande Avondroodt : Ik vroeg enkel hoe u op de meest adequate manier met de culturele verschillen tussen Vlamingen en Franstaligen denkt te kunnen omgaan. Als gezondheidszorg een schaars goed wordt, moet ze op de meest efficiënte manier worden aangewend. Ik haalde de thuiszorg slechts als voorbeeld aan, omdat er blijkbaar meer middelen nodig zijn in Vlaanderen dan in Wallonië om aan thuiszorg te doen.

De heer Geert Messiaen : Ik stel enkel vast dat de thuiszorg beter georganiseerd is in Vlaanderen dan in Wallonië. Wat kunnen de ziekenfondsen daaraan verhelpen?

Mevrouw Yolande Avondroodt : De gezondheidszorg zou adequater kunnen verlopen via regionalisering. Ik zeg nu zelf wat ik liever van u had gehoord.

De heer Johan Sauwens : Samenvattend komt het standpunt van de heer Messiaen er dus op neer dat

hij principieel tegenstander is van defederalisering. In de praktijk doen er zich echter problemen voor met heterogene bevoegdheidspakketten. Als de defederalisering daarom toch zou plaatsvinden dan zou dat het best in één keer gebeuren.

De heer André Denys : Ik sluit me aan bij de vraag van de heer De Roo. Ik ben tegenstander van een monopoliepositie en voorstander van pluriformiteit. Ik begrijp dat u vreest verstikt te worden door de machtige Christelijke Mutualiteiten wanneer teveel bevoegdheden worden overgeheveld naar Vlaanderen. Anderzijds zijn 70 percent van uw leden Vlamingen. Een defederalisering zal uw positie dus wijzigen.

De heer Geert Messiaen : Ik sta hier niet als Vlaming, wel als vertegenwoordiger van een federale organisatie. In het belang van de patiënt ben ik het wel met u eens dat een monopoliesituatie niet aangewezen is.

3. De heer Marc Justaert, voorzitter van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)⁹

De heer Marc Justaert : Ik ben blij met deze commissie, omdat ze een signaal geeft dat verdere stappen in de staatsvorming grondig zullen worden overdacht. Omdat de LCM erg veel leden heeft kan ik niet hét standpunt van het ziekenfonds verkondigen. Sommige leden zijn voorstander van een defederalisering, terwijl anderen felle tegenstanders zijn. Ik zal slechts, als een technicus, enkele denkpijpen proberen aan te reiken.

Vooraf wil ik enkele uitgangspunten formuleren. Ten eerste moet het duidelijk zijn dat we de ziekteverzekering als een systeem van verzekering en solidariteit beschouwen. Daarom is het van belang dat de te dekken risico's over een zo groot mogelijke groep gespreid worden. Ik ken geen enkele privé-verzekeraar die alleen Vlaamse cliënten wil. Verzekeringsmaatschappijen die aan segmentering proberen te doen, krijgen meestal het deksel op de neus. Daarom opteren we voor een ziekteverzekering die tot de sociale zekerheid behoort en die federaal blijft. Verderop zal ik deze uitgangspunten nog nuanceren.

Ten tweede meen ik dat we ervan moeten uitgaan dat onze huidige ziekteverzekering heel behoorlijk is. Ze is voor iedereen toegankelijk en betaalbaar. Onze ziekenhuizen hebben geen wachtlijsten voor patiënten. Het is een uitdaging om dit systeem te verzoenen met een beheersing van de uitgaven. Individuele betaalbaarheid en collectieve draagbaarheid moeten met elkaar verzoend worden. Iedereen weet immers dat het nu niet het juiste moment is om de sociale zekerheid te spekken door bijvoorbeeld een belastingverhoging. De honoraria van onze artsen zijn in vergelijking met andere landen niet te hoog. Ons probleem ligt in het aanbod en het volume van de aangeboden gezondheidszorg, waar ook in ons land. Er zijn teveel huisartsen, specialisten, kinesitherapeuten en apotheken. Er is teveel zware apparatuur in de ziekenhuizen aanwezig. Bovendien ligt het voorschrijfgedrag in België vrij hoog. We hebben een systeem nodig waarbij iedereen zijn of haar verantwoordelijkheid opneemt.

Een derde uitgangspunt is dat elke hervorming van het verzekeringsstelsel in het belang moet zijn van de verzekerde. Laten we daaraan denken wanneer een defederalisering van de sociale zekerheid overwogen wordt. Ten vierde is het belangrijk dat we realistisch blijven. Vanwege het solidariteits- en verzekeringsprincipe is een defederalisering uit den boze. Anderzijds mogen we onze ogen niet sluiten voor de feiten. De regionalisering is een feit. Bovendien is er een politieke vraag naar meer, zoals onder meer blijkt in de Schrikkelnota, ingegeven door een streven naar meer homogene bevoegdheidspakketten.

We moeten het belang van moeilijkheden die niet-homogene pakketten opleveren, relativeren, omdat er overal problemen rijzen waar bevoegdheden worden verdeeld. Er zijn ook bevoegdheidsconflicten op federaal niveau : zo wordt de financiering van de ligdagprijs geregeld door het RIZIV, de basisreglementering voor ziekenhuizen en zware medische diensten door Volksgezondheid. De terugbetaling van de medische prestaties wordt geregeld door het RIZIV, de kwaliteitstoetsing door het RIZIV en Volksgezondheid. Op momenten dat je selectief moet zijn en moet besparen moet je ook criteria hebben. Een kwaliteitstoets kan een oplossing zijn.

Ook tussen het federale niveau en de gemeenschappen zijn er onduidelijkheden. Wie verzorgt de kwaliteitsbewaking van de ziekenhuizen : het federale niveau of de gemeenschappen ? De tegemoetkoming voor een rolstoel wordt voor een gedeelte betaald door het RIZIV en voor een deel door het

⁹ Een nota van de heer Justaert betreffende de regionalisering van het gezondheidsbeleid werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

Vlaams Fonds. De verpleegkosten van de revalidatiecentra worden door het RIZIV betaald, de onderhouds- en investeringskosten door het Vlaams Fonds. Op het vlak van de drugcentra heeft de Vlaamse regering voor een stuk gelijk. Toen de federale regering een drugsprogramma wou opstarten, heeft de Vlaamse regering hen gewezen op de bestaande instellingen.

Maar ook op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap zijn er onduidelijkheden. De minister van Welzijn erkent de rustoorden, terwijl de minister van Volksgezondheid instaat voor de financiering van de bouw. Wie is bevoegd voor de erkenning van rusthuizen met RVT-bedden? Dezelfde vraag kun je stellen over het beleid inzake serviceflats. Momenteel zijn zowel de minister van Welzijn als die van Volksgezondheid bezig met een decreet over de kwaliteit. Welk van de twee zal op rustoorden van toepassing zijn?

De knelpunten bevinden zich dus op elk niveau. De meeste kunnen weggewerkt worden door overleg tussen de verantwoordelijken. Iets wat nu niet gebeurt. Een tweede mogelijkheid is streven naar homogene bevoegdheden.

Ik zie dan ook een drietal mogelijke denkplaatjes. De eerste is gebaseerd op de Schrikkelnota. Het is niet zo dat de Walen nu meer consumeren, wel zo dat hun infrastructuur hen toelaat meer te consumeren. Om de individuele en de collectieve betaalbaarheid van het systeem te behouden, moeten we het aanbod in de hand houden. Daarom stel ik voor binnen het RIZIV een planningscommissie op te richten voor alle individuele zorgverstrekkers, instellingen en diensten waaraan ook de gemeenschappen deelnemen. Zo bestaat er al een planningscommissie voor de geneesheren die heeft uitgerekend hoeveel studenten geneeskunde er binnen acht jaar mogen afstuderen, gebaseerd op het aantal dat we dan nodig zullen hebben. Hoe dit concreet wordt ingevuld, wordt door de respectievelijke ministers van Onderwijs bepaald. Enkel het eindresultaat is van belang. Een soortgelijke commissie hebben wij nodig voor de kinesitherapeuten, de tandartsen, de ziekenhuizen, de RVT's, de zware medische diensten en de rustoorden. Deze laatste zijn zelf vragende partij. Op het RIZIV weten we niet hoeveel rusthuizen er gepland zijn, wel dat sommigen met moeilijkheden kampen van over- of ondercapaciteit. We moeten dus uitzoeken hoeveel rusthuizen we in de toekomst nog nodig zullen hebben.

Eenmaal de planningscommissie is opgericht, kunnen de gemeenschappen de bevoegdheid krijgen

over de erkenning van rustoorden en ziekenhuizen. Om redenen van opportuniteit zou ik de erkenning van individuele zorgverstrekkers als federale bevoegdheid behouden.

Als derde denkplaatje schuif ik meer homogene bevoegdheidspakketten naar voor. Zo zouden de erkenning en de bouwfinanciering van de rustoorden door één instantie moeten gebeuren. Ook in verband met de revalidatiecentra is de toestand op dit moment allesbehalve doorzichtig. Ook de ligdagprijs van de ziekenhuizen kan mogelijks uitgezuiverd worden (opleiding in universitaire ziekenhuizen). Alle tegemoetkomingen voor rolstoelpatiënten zouden beter aan het RIZIV worden toegewezen, want het gaat hier om een individuele verstrekking.

De heer Johan De Roo : U hebt gepleit voor homogene bevoegdheidspakketten, voor het maken van een aantal functionele afspraken. Dat is een mogelijk standpunt, maar wat is de tendens in het buitenland? In Duitsland worden er stappen gezet naar een herfederalisering, maar tegelijkertijd blijven een aantal functies toegewezen aan de Länder.

De heer Marc Justaert : De tendens tot herfederalisering bestaat in vele landen. Ons ziekenfonds heeft hierover een vergelijkende studie gemaakt.

De heer André Denys : Het probleem van de sociale zekerheid ligt in een te groot aanbod. U bepleit een gecoördineerde aanpak daarvan, via de overheid. Vindt u niet dat men ook van de markt gebruik moet maken om het aanbod te beperken?

De heer Marc Justaert : We moeten het aanbod vooral in overeenstemming brengen met de behoeften. Men kan dat oplossen door de markt te laten spelen. In Nederland probeert men dat, maar het loopt zeer stroef. De ziekenfondsen onderhandelen daar met de ziekenhuizen over zorginkoop. Maar in dit systeem schuilt volgens uw eigen zeggen het gevaar dat het grootste ziekenfonds, in België de Christelijke Mutualiteiten, een monopolie verwerft.

Mevrouw Vera Dua : Een te hoog aanbod is niet uitsluitend een financieringsprobleem voor de overheid, maar ook voor de patiënt is te hoge consumptie nadelig. De oplossing voor een te hoog aanbod lijkt me veeleer te liggen in de overschakeling van prestatiegeneskunde naar forfaitaire geneeskunde, zoals ook uit buitenlandse voorbeelden blijkt.

De heer Marc Justaert : Men evolueert stilaan naar een systeem van forfaitaire vergoedingen voor bepaalde prestaties die veel voorkomen. Maar we moeten vermijden dat we in het systeem van de voormalige Oostbloklanden terecht komen, waarin salarissen worden uitbetaald, ook als daar geen prestaties tegenover staan.

4. De heer dr. Robert Rutsaert en de heer apr. Herman Raes, beheerders van het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB)¹⁰

Dokter Robert Rutsaert : Als voorzitter van de specialistenvleugel vertegenwoordig ik vandaag het ASGB. Individuele artsen kunnen lid worden van onze vereniging door de betaling van een lidmaatschapsbijdrage. In de statuten werden twee doelstellingen vastgelegd. Ten eerste de verdediging van de professionele en morele belangen van de artsen en ten tweede het meehelpen aan en het bevorderen van een coherent gezondheidsbeleid. Beide doelstellingen zijn niet altijd compatibel, want soms is er een conflict tussen de belangen van de gemeenschap en het eigenbelang van de artsen. We willen multidisciplinair werken. Daarom richt onze vereniging zich zowel tot huisartsen als tot preventieartsen en specialisten. Die multidisciplinaire aanpak is belangrijk om onze tweede doelstelling te bereiken. Zo is de chirurgie die vroeger uitsluitend in de ziekenhuissector te situeren was, heden ten dage ook verbonden met de huisartsengeneeskunde, denken we maar aan de dagziekenhuizen. Wij vragen om een defederalisering van de gezondheidszorg. Andere verenigingen zeggen dat dit niet de taak is van de artsenverenigingen.

De tweede doelstelling van onze vereniging is niet realiseerbaar indien de gezondheidszorg niet wordt opgesplitst. Op dit ogenblik is de bevoegdheid ter zake opgesplitst over acht ministers. De bevoegdheidsverdeling is bovendien niet duidelijk. Bij de huidige bevoegdheidsverdeling is de Vlaamse Gemeenschap onder meer bevoegd voor een stuk instellingenzorg en voor de preventie. In het algemeen is de Vlaamse Gemeenschap slechts een uitvoerende overheid van de basisnormen die op federaal niveau werden vastgelegd. Toch zijn er verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië op het vlak van de medische cultuur. Er zijn verschillen in visie, niet het minst bij de artsen.

¹⁰Een nota met het standpunt van het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België in verband met de defederalisering van het gezondheidsbeleid werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissie-secretariaat.

De knelpunten zijn voor een groot deel al opgesomd door de vorige sprekers. Wij vinden vooral het slechte functioneren van de gezondheidszorg ten gevolge van de bevoegdheidsconflicten een probleem. Dat leidt vaak tot bevoegdheidsconflicten, zeker wanneer de bevoegdheid door twee partijen wordt uitgeoefend, waarbij één minister de waakhond moet zijn van de andere. Het beleid wordt steeds meer gevoerd vanuit het oogpunt van de ziekteverzekering. Door het financieel deficit komt het beleid neer op het verdelen van de besparingen. Federaal georganiseerde groepen, sommige artsensyndicaten en de ziekenfondsen kunnen daar macht uitoefenen. Ik onderscheid organisatorische en financiële knelpunten. Op organisatorisch vlak is er bijvoorbeeld een groot probleem bij het preventiebeleid. De bevoegdheid inzake preventie ligt bij de gemeenschappen, terwijl de opbrengst naar de federale overheid gaat.

De huisartsen eisen een grotere rol van de eerste lijnszorg en de preventie, maar er is geen enkele structuur die huisartsen toelaat hun volwassen patiënten te benaderen. Dat is zelfs strafbaar. De resultaten zijn dan ook navenant. Zo is niet de helft van de bevolking gevaccineerd tegen tetanos, zoals nochtans zou moeten. Sommige ontwikkelingslanden scoren op dat vlak beter dan wij. Dat wil zeggen dat in dit geval op medisch vlak de meest elementaire preventie ontbreekt, ondanks de grote overcapaciteit. Een mammografie om de twee jaar bij vrouwen boven de vijftig jaar kan veel ellende voorkomen. Huisartsen kunnen hun patiënten daarover echter niet benaderen. De griep epidemie van begin dit jaar zorgde niet alleen voor zesduizend overlijdens, maar ook voor een ontsporing van het budget. Nochtans kan griep via vaccinatie gemakkelijk voorkomen worden. Maar het probleem is steeds hetzelfde : hoe kunnen de patiënten benaderd worden, indien er geen inschrijving is van de patiënten bij de huisarts.

Op het vlak van opleiding zou de accreditering moeten leiden tot een hogere kwaliteit van de geneeskunde. Dat wordt geregeld via het RIZIV zonder controle van de gemeenschappen. Bij een kwaliteitscontrole rijst weer de vraag wie er bevoegd is. Ook inzake het probleem van de plethora moeten de gemeenschappen een rol spelen. Ook de representativiteit is een probleem. De Vlaamse artsen vinden dat ze ondervetegenwoordigd zijn. De representativiteit zou kunnen getoetst worden via verkiezingen, maar dat wordt tegengehouden op federaal niveau.

In Vlaanderen bestaan er structuren voor de ondersteuning van de huisartsen, maar die ontbre-

ken in Wallonië. De huisartsgeneeskunde wordt onvoldoende ondersteund, maar de federale overheid wil dit niet subsidiëren, omdat de structuren ontbreken in Wallonië. In de sector van de ziekenhuizen zien we dat de ontsporing van het budget het gevolg is van het feit dat de universitaire ziekenhuizen een steeds grotere hap nemen uit het budget. Dat wordt verantwoord door de rol die deze instellingen spelen op het gebied van onderwijs en klinisch wetenschappelijk onderzoek. De vraag is of dit moet betaald worden via het RIZIV-budget, en dan nog via medische prestaties eerder dan via onderwijs.

De financiële knelpunten zijn weliswaar een technische en saaie materie, maar ze moeten toch besproken worden. We vrezen dat ze met opzet zo technisch gehouden worden met de bedoeling de enorme transfers onzichtbaar te maken. Uit een studie van prof. Vleugels van de KU Leuven blijken de verschillen tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië op het vlak van een aantal medisch-technische prestaties. Bij de besparingsronde die nu op komst is zullen lineair een aantal posten aangepakt worden die grote verschillen laten zien.

De heer André Denys : Is er een objectieve verklaring voor deze verschillen ?

Dokter Robert Rutsaert : Wij kennen die in elk geval niet.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Gaat het om een selectie van prestaties ?

Dokter Robert Rutsaert : We hebben aan het RIZIV een volledige lijst gevraagd van alle prestaties, maar we hebben die nooit gekregen. Het RIZIV beweert dat ze zelf niet beschikken over deze gegevens. Wanneer we over cijfers beschikken, dan zijn die afkomstig uit eigen studies of uit de studie van een of andere professor die toegang heeft gekregen tot gegevens in databanken. Dat alles illustreert wat transparantie in de praktijk betekent.

De minimale klinische gegevens (MKG's) zijn een belangrijk element bij het bepalen van de financiering. Momenteel zijn ze de basis voor het toekennen van 30 procent van het budget B2 van de ligdagprijs, maar men wil dit systeem optrekken tot 100 procent. Nu wordt ongeveer 1 miljard frank herverdeeld van de ziekenhuizen die slecht presteren naar de ziekenhuizen die goed presteren. Hiervoor vergelijkt men de ligduur van patiënten met eenzelfde pathologie over de verschillende ziekenhuizen. Men wil streven naar een verantwoord

gemiddelde. Men is van plan om de ziekenhuizen met een langere gemiddelde ligduur te sanctioneren en deze met een korte gemiddelde ligduur een bonus toe te kennen. 66 procent van de slecht presterende en slechts 20 procent van de goed presterende ziekenhuizen bevinden zich in Vlaanderen. De basisgegevens over hoe dit performantieniveau kan worden opgetrokken worden ons niet versprekt. We kunnen dus enkel gissen naar de oorzaken.

Het kan het effect zijn van de meer verspreide Vlaamse geriatriediensten die een factor revalidatie inbouwen. Dit is een verantwoorde investering, want veel meer bejaarden kunnen zo weer naar huis en komen niet in een instelling terecht. Ondanks een kleine technische aanpassing, wordt deze besparing nog steeds gesanctioneerd.

Uit anonieme dossiers blijkt dat sommige ziekenhuizen tot 100 procent heropnames realiseren. Dit is enkel mogelijk indien men de ontslagen enkel administratief realiseert. Wanneer iemand bijvoorbeeld met een hartinfarct gemiddeld 10 dagen in het ziekenhuis verblijft, maar men schrijft hem uit na 5 dagen om hem daarna weer in te schrijven voor vijf dagen, dan gaat het om twee opnamen van vijf dagen.

De heer André Denys : Kan u zeggen over welke dossiers er hier sprake is ?

Dokter Robert Rutsaert : Dat weten we niet. Deze anonieme dossiers liggen op het ministerie van Volksgezondheid ter inzage.

In Vlaanderen is de ambulante zorg beter uitgebouwd en komen enkel de zwaardere gevallen in het ziekenhuis terecht. De MKG zal ook het aantal beddensluitingen bepalen. Dit aantal is het grootst in Vlaanderen. Het aantal bedden blijft ook op het financiële vlak een belangrijke parameter.

Het verbruik van medicatie is per inwoner 35 procent goedkoper in Vlaanderen, wat een besparing zou kunnen opleveren van 2,4 miljard frank. Het hoger gebruik van onder andere antibiotica in Wallonië heeft ook effect op de volksgezondheid, daar de resistentieproblemen verhoogd worden.

Bij de nierdialyse worden er in Brusselse ziekenhuizen jaarlijks 100 transplantaties uitgevoerd op buitenlandse patiënten. Dit heeft tot gevolg dat 100 Waalse patiënten op de wachtlijst blijven staan en er een cumulatieve meeruitgave is van 200 miljoen frank per jaar. Dit is het bedrag dat moet bespaard

worden in de sector dialyse van de ziekteverzekering.

Door de hogere afzet in Wallonië van medische producten heeft dit op langere termijn ook effecten op de tewerkstelling, promotie en verloning in de gespecialiseerde firma's.

De heer Herman Raes : Op het gebied van de klinische biologie blijkt uit cijfers van 1982, die verwerkt werden in 1987, dat de communautaire verschillen zich enkel situeren in de invasieve prestaties. Dit is te verklaren op basis van de verschillen in medische cultuur. Volgens cijfers uit 1992 bedragen deze verschillen 3 miljard frank. De prijzen per verpleegdag voor de klinische biologie zijn hoger in Wallonië. Uit cijfers van 1995 blijkt dat de cijfers voor forfaitaire honoraria in de klinische biologie voor de kleinste Brusselse en Waalse ziekenhuizen hoger liggen dan voor de grootste Vlaamse ziekenhuizen.

Deze cijfers zijn irrelevant omdat de forfaits van niet-universitaire en universitaire ziekenhuizen samengeteld worden. Indien we de cijfers opsplitsen en rekening houden met het feit dat de Brusselse ziekenhuizen ongeveer 20 percent Vlaamse patiënten behandelen en dat de Luikse ziekenhuizen ongeveer 20 percent Limburgse patiënten behandelen, zijn er op gebied van de universitaire ziekenhuizen geen verschillen in de klinische biologie. Dit is echter niet het geval bij de algemene ziekenhuizen. Ondanks het feit dat men reeds zeven jaar tracht deze onregelmatigheden weg te werken, geven de cijfers nog steeds hetzelfde resultaat.

Dokter Robert Rutsaert : We zijn voorstander van een opsplitsing van de gezondheidszorg tussen Vlaanderen en Wallonië. Deze communautisering heeft echter pas zin als we ook weten waar we naartoe willen. We vragen daarom om aanbodsbeheersing, echelonnering en kwaliteitscontrole. De Vlaamse bevolking en de Vlaamse artsen rekenen op dit Vlaams Parlement om dit alles te laten uitvoeren.

De heer André Denys : Ik stel een tegenstelling vast tussen het standpunt van de ziekenfondsen en dat van de artsensyndicaten. De ziekenfondsen hebben het weliswaar over homogene bevoegdheidspakketten, maar ze minimaliseren de verschillen tussen Wallonië en Vlaanderen. De artsensyndicaten beklemtonen juist deze verschillen en leggen ze uit. Hoe komt dat ?

Mevrouw Brigitte Grouwels : U vertegenwoordigt een artsensyndicaat met een federale structuur.

Delen uw Waalse collega's uw opvattingen ? U vertegenwoordigt zowel huisartsen als specialisten : zijn de specialisten het eens met de echelonnering ?

Mevrouw Vera Dua : U hebt gewezen op misbruiken in de gezondheidszorg, die vooral in Wallonië zouden plaatsvinden. Vreest u niet dat de Waalse patiënt zo niet nog meer in de kou zal worden gezet ? We staan hier voor een dilemma : als we het in Vlaanderen zelf beter zullen trachten te doen, zal de Waalse situatie dan niet nog verslechteren ?

Dokter Robert Rutsaert : Wegens tijdsgebrek is vooral de nadruk gelegd op financiële verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië. Er zijn echter ook grote organisatorische verschillen. We hebben met opzet de klemtoon gelegd op de verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië, omdat andere partijen, zoals de vakbonden en de ziekenfondsen, er alle belang bij hebben als erover gezwegen wordt. Pas door een splitsing van de gezondheidszorg zal orde op zaken kunnen worden gesteld. De belangrijkste doelstelling van de defederalisering is niet om de transfers te regulariseren. Voornaamste doel is wel een nieuw, gezond gezondheidsbeleid, wat op federaal niveau blijkbaar niet kan worden gerealiseerd.

Hoewel ons artsensyndicaat federaal georganiseerd is, is het ASGB louter Vlaams. Binnen de confederatie zijn we wel verenigd met het GBO.

De heer Johan Sauwens : Hoeveel leden telt uw artsensyndicaat ?

De heer Robert Rutsaert : Op die vraag wil ik liever niet antwoorden. Binnenkort worden er wettelijke verkiezingen gehouden, waarvoor een minimumdrempel aan leden nodig is. We vrezen dat deze drempels zouden kunnen worden aangepast om bepaalde groepen bij de verkiezingen te weren.

De heer André Denys : Dat klinkt wel erg democratisch.

Dokter Robert Rutsaert : Nog democratischer is dat er na dertig jaar nog steeds geen verkiezingen zijn gehouden.

Over echelonnering, ten minste volgens het model dat wij hebben uitgewerkt, bestaat tussen onze huisartsen en specialisten geen meningsverschil.

Voor wat betreft de vraag van mevrouw Dua als zouden de Waalse patiënten in de kou komen te staan, zal ik een voorbeeld geven uit mijn eigen artsensyndicaat. Een patiënte met een heupprothese

in mijn ziekenhuis leed op een nacht veel pijn. In het ziekenhuis kon ze na twee uur bellen echter niemand te pakken krijgen om haar een pijnstillertoe te dienen. Uiteindelijk moest ze haar huisarts opbellen om de pijn te komen verzachten. Deze wantoestand bleek te wijten te zijn aan het feit dat er slechts één nachtverpleegster op de afdeling aanwezig was. Zij had haar handen al meer dan vol met andere patiënten. Deze anecdote maakt duidelijk dat het onze plicht is om de middelen eerlijker te verdelen. Ik denk dat een Vlaamse patiënt momenteel over het algemeen slechter verzorgd wordt dan een Waalse. Enkel ligdagprijzen laten toe om extra verpleegkundigen in te zetten. De enorme verschillen in financiële middelen laten zonder meer toe om meer verpleegkundigen in te zetten.

5. De heer dr. Toon Malfliet, secretaris-generaal, de heer dr. Marc Moens, beheerder, en mevrouw dr. Roels van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)

Dokter Toon Malfliet : We zijn een sterk gefederaliseerd syndicaat met op het eerste niveau twee Vlaamse, twee Waalse en één Brusselse VZW. Op het tweede niveau bestaat aan Vlaamse kant het VAS, eveneens een onafhankelijke VZW. Op het derde niveau zijn al deze organisaties gegroepeerd in een VZW van VZW's : de BVAS. We zijn onafhankelijk, maar zijn wel contractueel gebonden aan onze Waalse en Brusselse collega's. Sinds onze staking in 1964 hebben we representativiteit verkregen en zijn we aanvaard als gesprekspartner. Sinds de jaren zestig hebben we geprobeerd om de opleiding van huisartsen te bevorderen en de opleiding van de specialisten te reguleren. We zijn ook de auteurs van de accreditering : we hadden immers na overleg met buitenlandse collega's vastgesteld dat de permanente vorming van de huisartsen niet toereikend was. Dokters die willen geaccrediteerd worden moeten onder meer jaarlijks een bepaald aantal uren opleiding volgen en regelmatig deel nemen aan een peer review. Gegevens moeten uitgewisseld worden tussen specialisten en huisartsen. Alle raden van onze organisaties, en alle delegaties zowel op nationaal als op regionaal niveau, zijn gelijk verdeeld tussen huisartsen en specialisten, beiden met blokkeringsrecht. Hetzelfde geldt voor de verhouding tussen Vlamingen en Walen.

Ik wil wel reageren op een aantal zaken die hier al zijn gezegd. De vaccinatie-campagnes tegen polio en pokken waren inderdaad een succes en werden in de eerste plaats uitgevoerd door de huisartsen, niet door instanties zoals Kind en Gezin die eigenlijk niet meer zijn dan een Belgische erfenis.

Ik zal niet alle terechte knelpunten van de heer Justaert herhalen, maar wel ingaan op het taboe van de numerus clausus, waar wij al sedert 1973 voor pleiten op grond van kwaliteitsnormen in de artsenopleiding. Want als twintig studenten rond één patiënt moeten staan, dan is dat niet ideaal voor de opleiding. Er bestaan trouwens internationale criteria over het aantal studenten, en België zit daar ver boven. Het is beschamend dat België geen kwaliteitspolitiek voert, waardoor mensen onvoldoende klinisch opgeleid zijn.

Op het vlak van de representativiteit vragen wij al jaren een ledentelling. Organisaties met een ledenaantal van 10% of meer van het effectief moeten recht hebben op vertegenwoordiging in functie van hun ledenaantal. Representativiteit is enkel zinvol als er geïnstitutionaliseerde overlegorganen bestaan. Hier doet zich echter een probleem voor met de Vlaamse Gemeenschap, die geen enkele consultatie houdt, behalve deze hoorzitting. Op die manier komen we niet tot oplossingen.

Voor ons ligt het belangrijkste knelpunt op het vlak van het onderwijs. Zonder ingreep van de nationale regering was het aanbod wellicht nog altijd niet beperkt. Ik moet er wel aan toevoegen dat die maatregel nog in het Staatsblad moet verschijnen. In Vlaanderen wordt de huisartsenopleiding op een zijspoor gezet. Overal wil men de huisartsen een gelijkwaardige opleiding geven als de specialisten. Maar in Vlaanderen wordt de Zuiderse politiek gevolgd en wordt van de huisartsenopleiding een universitaire opleiding gemaakt, zoals in Frankrijk. Een universitaire opleiding is te technisch voor een huisarts die zijn vak in de eerste plaats op het terrein moet leren. Met het decreet dreigt dat verloren te gaan. De titel van dokter in de geneeskunde en de verloskunde werd vervangen door arts. Dat heeft nefaste gevolgen voor mensen die in het buitenland willen gaan specialiseren.

Over de regionalisering van de gezondheidszorg willen wij geen oordeel vellen. Wij zijn in de eerste plaats begaan met de verzorging van onze patiënten. Wat wij wel vragen is dat bij de verdeling van de bevoegdheden geen verwarring mag ontstaan.

11Een nota met het standpunt van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

Wij zitten wel verveeld met het decreet inzake de kwaliteit en in het bijzonder met artikel 4 waarin wordt gesteld dat de zorg aan het begin en einde van het leven sociaal aanvaardbaar moet zijn. Dat is een vrijbrief voor euthanasie, niet op aanvraag van de patiënt, maar op voorschrift van de overheid. Dit was waarschijnlijk niet de bedoeling van de minister. De administratieve kwaliteitsvoorschriften zijn dermate dat zij in elk ziekenhuis een voltijdse job kunnen vormen voor een arts die nooit een patiënt ziet, maar die in een afgesloten bureau alle formulieren invult, aan de hand van de voorschriften en van de medische literatuur. Dat dreigt trouwens de beste beoordeling mee te krijgen.

Wanneer we de uitgaven van de verschillende ziekenhuizen gedurende het eerste semester van 1995 en 1996 met elkaar vergelijken, krijgen we een duidelijk beeld van de afwijkingen. De kosten, het aantal ligdagen en de prijs zijn in de universitaire en de geassocieerde ziekenhuizen veel meer gestegen dan in de gewone ziekenhuizen. Het argument dat de kwaliteit in grote ziekenhuizen beter is dan in de kleine gaat volgens mij niet op. Als de regering nog meer criteria maakt die het voor gewone ziekenhuizen vrijwel onmogelijk maken, dan barst het RIZIV-budget.

Dokter Marc Moens : Een verdere opsplitsing van de specialistische geneeskunde kan alleen aanleiding geven tot moeilijkheden, gezien vele specialisten, en vooral deze met slechts een beperkt aantal beoefenaars, zich nu al grensoverschrijdend moeten organiseren. In verband met echelonnering kan ik het standpunt van het Algemeen Syndicaat niet onderschrijven. De BVAS is voorstander van een speciale voorziening om een adequatere uitwisseling van gegevens tussen huisartsen en specialisten mogelijk te maken, zonder dat dat verplicht wordt. Dit is het zogenaamde 'briefing-debriefing'-systeem. De vrije artskeuze door de patiënt, samen met de vrijheid van diagnose en therapie voor de arts zijn voor het BVAS zeer belangrijk. Verplichte inschrijving bij de huisarts, zoals wordt voorgesteld door Prof. De Maeseneer en minister Colla, en bij monde van dokter Rutsaert door het Algemeen Syndicaat wordt onderschreven, blijkt overbodig gezien studies van zowel de Christelijke als de Socialistische Mutualiteiten hebben uitgewezen dat ruim 80 procent van de patiënten hun huisarts trouw blijven.

Het BVAS stelt zich vragen over de representativiteit van de specialisten bij de Belgische Confederatie der Belgische Geneesheren, die is ontstaan uit het verstandshuwelijk tussen de eentalig Franse

Groupement Belge des Omnipraticiens en het eentalig Nederlandse Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België. Zonder dit huwelijk zou geen van beide groepen als artsensyndicaat kunnen worden erkend. Zo stellen wij bijvoorbeeld vast dat in het kader van de accreditering het voor vele specialismen onmogelijk is vertegenwoordigers in de rangen van de Confederatie te vinden voor de paritaire comités en voor de leescomités van de peer review.

Door de opsplitsing van allerlei dossiers krijgen de artsensyndicaten, die voor het grootste deel draaien op vrijwilligerswerk, het steeds moeilijker om alles op te volgen. Dit geeft het wrange gevoel dat de overheid het met opzet zo organiseert dat we zouden verloren lopen in de papierberg. Zo wordt meteen ook de inspraak ingeperkt. Hybride oplossingen van partiële verdeling van bevoegdheden zijn niet wenselijk. Er zou beter meer geïnvesteerd worden in mensen dan in middelen en structuren.

Dokter Toon Malfliet : De betalingsmodaliteiten van de artsen zijn eveneens een heet hangijzer. Ik zou een gestructureerd financieringsplan willen zien voor bijvoorbeeld abonnementsbetaling. In landen waar dit bestaat is sinds lange tijd een strenge numerus clausus ingevoerd. Mijn organisatie verdedigt statutair ook de gesalarieerde dokters. Wij zijn dus niet bevooroordeeld.

Mevrouw Vera Dua : U staat niet achter de echelonnering. Wat is uw reactie op de studie van prof. De Maeseneer, die aantoonde dat een belangrijk deel van de Vlaamse specialisten en een groot aantal huisartsen echelonnering bepleiten? Ik was ook wat verbaasd over uw kritiek op de huisartsenopleiding.

Dokter Toon Malfliet : De opleiding van de huisartsen was op de goede weg. Door ze in het zelfde koninklijk besluit te regelen als de opleiding van de specialisten, werd de mogelijkheid geboden om de Belgische situatie aan te passen aan de Europese evolutie. Als de huisartsenopleiding nu bij decreet toevertrouwd wordt aan de universiteiten, wordt deze evolutie echter bevroren. Overal elders in Europa wil men de huisartsengeneeskunde net aan de universiteiten onttrekken, omdat de universitaire opleiding toegespitst is op talrijke en dure technische prestaties. Daarom moet de kandidaat huisarts vooral in de praktijk worden opgeleid.

Dokter Roels : In de Vlaamse pers moest ik uitspraken lezen die niet stroken met mijn persoonlijke visie. En met die mening sta ik niet alleen. Veel huisartsen delen de idee van een losse echelonnering.

ring. Dit heeft zelfs geleid tot de zogenaamde Valentijnsverklaring. Daardoor kwam een samenwerkingsakkoord tot stand, een gemengd syndicaat waar zowel Vlamingen als Walen lid van zijn. De vraag is hoe er aan de huisarts een centrale rol kan toebedeeld worden. De patiënt moet daarbij centraal staan. De patiënten zijn vragende partij voor het bijhouden van een dossier door huisartsen en specialisten, maar ze zijn niet te vinden voor een verplichte inschrijving. U zou de vraag eens aan de patiënt zelf moeten stellen, of ze bereid zijn een contract in drievoud te ondertekenen, één exemplaar voor het ziekenfonds, één voor de huisarts en één voor henzelf.

Volgens ons systeem moet in de eerste plaats de huisarts erkend worden door het remgeld te verlagen. Men zegt dat men de huisartsengeneeskunde wil stimuleren, maar er is geen geld voor de eerstelijnszorg. Bovendien beweren diegenen die tegen huisbezoeken zijn dat deze worden uitgevoerd op vraag van de huisartsen. Er bestaan voorbeelden die het tegendeel bewijzen. Zo werd ik tijdens de voorbije nacht bij een pasgeborene geroepen nadat de ouders eerst het ziekenhuis hadden gebeld. Maar daar was geen plaats. Ik heb het kindje verzorgd en het heeft goed geslapen.

De mentaliteit moet veranderen, maar dit moet gebeuren op een losse manier, en niet van bovenuit. De preventietaak moet volgens ons betekenen dat men geld steekt in mensen en niet in structuren.

Mevrouw Brigitte Grouwels : U vertegenwoordigt de Vlaamse vleugel van het artsensyndicaat, maar in het RIZIV zit de vereniging als één geheel.

Dokter Toon Malfliet : Wij zijn financieel onafhankelijk.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Hoe zijn de Nederlandstalige en de Franstalige vleugel daar vertegenwoordigd ? Bereidt u de standpunten, onder meer over specialistische geneeskunde, samen voor ? Het is algemeen geweten dat de Waalse en Brusselse artsen daarover een andere visie hebben dan de Vlaamse artsen.

Dokter Toon Malfliet : In de startjaren heb ik in de profielcommissie gezeten. Daar heb ik kunnen vaststellen dat de opleiding een gigantische rol speelt in de kostprijs van de geneeskunde. De geneeskunde-opleiding van de UCL is bijvoorbeeld dubbel zo duur, en ook bij de oudstudenten van de UCL zien we dezelfde tendens, bijvoor-

beeld wat betreft het aantal aanvragen voor radiologie en labo. Dit ligt duidelijk aan de opleiding.

Dokter Marc Moens : Binnen ons artsensyndicaat is er een perfecte verdeling tussen Nederlandstaligen en Franstaligen en tussen huisartsen en specialisten. In de nationale commissie artsen-ziekenfondsen, bijvoorbeeld, zetelen voor ons vijf huisartsen, waarvan drie Vlamingen en twee Franstaligen, naast vier specialisten, waarvan telkens twee Vlamingen en Franstaligen zijn. We houden zelfs rekening met het evenwicht tussen de regionale kamers. We proberen zo democratisch mogelijk te zijn.

Ik heb gelezen wat prof. De Maeseneer hier heeft verteld. Het BVAS heeft vaak vergaderd over deze problemen in zijn federale beheerraad, waar de huisartsen paritair vertegenwoordigd zijn, met volledige inspraak in de besluitvorming. Prof. De Maeseneer spreekt uitsluitend vanuit zijn eigen visie, die slechts door een beperkt aantal artsen wordt gedeeld en die bovendien sterk politiek gekleurd is.

Mevrouw Brigitte Grouwels : U zinspeelt vooral op de enquête ?

Dokter Marc Moens : De enquête is op een illegale manier gebruikt. Ze is gefinancierd door het RIZIV, en die gegevens mogen contractueel pas vrijgegeven worden na goedkeuring door de verzekeringscommissie. Die is er nog altijd niet. Het vertellen van bepaalde gevoelsgeladen termen in het onderzoek was moeilijk en kostte veel tijd. Er zijn ook bedenkingen bij een aantal van de gehanteerde methodes. Bij het opstellen van deze enquête is er uitsluitend gewerkt met twintig huisartsen van Gent en twintig van Luik. Het gaat hier om mensen van dezelfde strekking als die van prof. De Maeseneer. Zo komt men tot een vertekend uitgangspunt. Ook de verklaring van de terminologie is onvolledig. Zo staat de term Centraal Medisch Dossier er bijvoorbeeld niet in. De termen die gehanteerd werden bij het definiëren van de verdeelblokken vond ik erg dubbelzinnig en op verschillende wijze uit te leggen volgens de eigen invalshoek. De deelnemers aan de enquête hebben dikwijls en soms uitvoerige vrije commentaren toegevoegd. Daarvan is er in de resultaten geen spoor terug te vinden. Prof. De Maeseneer heeft zich beperkt tot de vragen die hij en de veertig artsen die bij de voorbereiding betrokken waren, opportuun achtten. Ik kan me voorstellen dat de huisartsen niet akkoord gaan met de zaken die hij hier is komen vertellen.

VII. HOORZITTING OVER DE GEZONDHEIDSPROBLEMATIEK IN BRUSSEL

1. Mevrouw dr. Mieke De Bie, geneesheer-directeur van het Sint-Elisabethziekenhuis – Ukkel¹²

Dokter Mieke De Bie : Ik zal me eerst voorstellen, en er meteen bijvertellen vanuit welk oogpunt ik hier zal spreken. Ik ben geneesheer in een bicom-munautair privaat ziekenhuis. Ik spreek hier dus vanuit het veld en niet vanuit een politieke visie. Het is een bicom-munautair ziekenhuis, dus tweeta-lig, in tegenstelling tot de monocom-munautaire zie-kenhuizen, namelijk de drie universitaire ziekenhuizen te Brussel. Met uitzondering van de univer-sitaire en de psychiatrie, is onze ziekenhuisgroep met 438 bedden de grootste. Bovendien ben ik een Vlaming. Ik beseft dat als ik mij zo aan u voorstel, u met een aantal vooroordelen zit. Ik ben mij ervan bewust dat u mij als een 'besmette' Vlaming beschouwt. Ik heb echter ook een aantal vooroor-delen tegenover u. Ik ga ervan uit dat u al beslist hebt over het principe van de defederalisering. U nodigt enkele experts en lobby's uit om hieruit argumenten te halen om uw mening te ondersteu-nen. U hebt de trein al laten vertrekken, maar weet nog niet precies waar hij moet aankomen en welke weg hij moet volgen.

Ik zal u ontgoochelen want ik ga niet antwoorden op al uw vragen. Bovendien zal ik er zelf nog een aantal moeten stellen. Immers, ik ga uit van de vol-gende redenering : als een bedrijfsleider van een belangrijk bedrijf een fundamentele reorganisatie in het vooruitzicht stelt, dan houdt hij op voorhand een aantal simulaties over de mogelijke gevolgen. Welnu, de ziekteverzekering is een belangrijk bedrijf, zowel financieel (240 miljard frank enkel voor ziekenhuiszorg) als inhoudelijk (menselijke impact). Wij beweren vaak dat wat we zelf doen, we ook beter doen. Als we dat eerlijk menen, moe-ten we ook de vraag durven stellen of, en hoe we het wel degelijk beter kunnen doen.

Er zijn een aantal minimale vragen (niet limitatief) waarop u op voorhand zou moeten antwoorden.

Ter eerste : bevordert een defederalisering de kwa-liteit (en consumententevredenheid) en de toegan-kelijkheid (fysisch en financieel) van de gezondheidszorg, en dit voor wie (Vlamingen, Walen, Brusselaars, anderen) en binnen welk tijdsbestek (kortetermijn, middellangetermijn en langeter-mijn) ?

Ten tweede : vermindert een defederalisering de kostprijs (responsabilisering) en voor wie (Vlamin-gen, Walen, Brusselaars, anderen) en binnen welk tijdsbestek (korte, middellange en lange termijn) ? Indien de vraag gesteld wordt naar kostprijsver-mindering voor Vlamingen bijvoorbeeld, dan moet het onderscheid gemaakt worden of het gaat over de Vlaamse overheid (in procent van het 'Bruto Vlaams Produkt') of over het Vlaamse terrein (met name de instellingen, de verstrekkers en de patiën-ten).

Ten derde : brengt een defederalisering een ve-eenvoudiging met zich mee (homogene bevoegd-heidspakketten), voor wie (Vlamingen, Walen, Brusselaars, anderen) en binnen welk tijdsbestek (korte, middellange en langetermijn) ? Hier kan de vraag gesteld worden naar homogene bevoegd-heidspakketten : is het homogeen voor de overheid dan wel voor het terrein (instellingen, verstrekkers, patiënten) ?

Ten vierde : heeft defederalisering een gunstig effect op de vrije keuze van de patiënt (en de the-rapeutische vrijheid van de geneesheer) en dit weer voor wie en binnen welk tijdsbestek ?

Ten vijfde : heeft defederalisering een effect op de toepassing van het gelijkheidsbeginsel dat in de grondwet is opgenomen, en weer voor wie en bin-nen welk tijdsbestek ?

De eerste twee vragen, prijs en kwaliteit, zijn uiter-aard zeer belangrijk, maar vergen een grondig en objectief debat. Bij wijze van voorbeeld, en niet limitatief, wil ik graag enkele praktische bedenkin-gen formuleren, vanuit het werkveld, op het domein van de vereenvoudiging (vraag 3) en van de vrije keuze van de patiënt (vraag 4).

Wat de vereenvoudiging betreft is eenieder het erover eens dat de ziekenhuissector administratief uiterst complex is, en dat er een overdaad aan regels is, de zogenaamde regulitis. Tussen 1 oktober 1995 en 30 september 1996 zijn in het Belgisch Staatsblad precies 839 bladzijden bepalingen ver-schenen, die de ziekenhuissector aanbelangen. Bovendien moeten wij jaarlijks 585.668 bladzijden gegevens overmaken enkel aan de federale over-

¹² Kopieën van de transparanten die door Dokter De Bie wer-den getoond liggen ter inzage op het commissiesecretariaat.

heid (om nog niet te spreken van de andere), naast de 5.805.500 'records' aan de ziekenfondsen. De tijd die een verpleegkundige aan directe patiëntenzorg – zo ruim mogelijk geïnterpreteerd – besteedt is gedaald van 50,5 naar 30,6 percent tussen '85 en '95. De indirecte patiëntenzorg is op deze tijd gestegen van 8 naar 37 percent.

Een mogelijk scenario van defederalisering, dat wel eens gesuggereerd wordt, is dat voor Vlaanderen een Vlaamse ziekteverzekering zou gelden, voor Wallonië een Waalse, en aan Brusselaars de keuze wordt gelaten tussen een Vlaamse en een Waalse ziekteverzekering. Deze regel wordt voorgesteld als homogeen wat het beleid betreft, maar is ze dat ook voor het ziekenhuis, voor de verstrekker en voor de patiënt ?

Ik geef het voorbeeld van een verpleegeenheid in een Brussels ziekenhuis, met 55 procent Franstalige, 35 procent Nederlandstalige en 10 procent anderstalige patiënten. De verpleegdagprijs is afhankelijk van architectonische en organisatorische normen. Wat als Vlaanderen en Wallonië andere prijzen zouden hebben op basis van tegengestelde eisen, bijvoorbeeld wat de draairichting van de deuren betreft, dan is de enige oplossing het installeren van schuifdeuren. En wat als de ene overheid bijvoorbeeld bepaalt dat de apotheek de medicatie tot bij de patiënten moet brengen, terwijl de andere overheid de verpleegkundige van de eenheid daarmee belast ? Ook het verschil in terugbetaling van de geneesmiddelen tussen Vlaamse en Waalse patiënten in dezelfde kamer zal belangrijke problemen stellen (onafgezien van de deontologie) en ongetwijfeld een invloed hebben op de aard en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Wat als de ene overheid nog dialyses terugbetaalt na 65 jaar en de andere niet (cfr. U.K.). Als patiënten met een acuut myocard infarct bijvoorbeeld via inwendige geneeskunde behandeld worden, mag hun verblijf in een ziekenhuis gemiddeld, en zonder dat zich complicaties voordoen, 11,7 dagen bedragen ; als ze een bypass ondergaan, mag dat verblijf, zonder verwikkelingen, 16,9 dagen bedragen. Deze normen zijn gebaseerd op nationale gemiddelden. Maar wat als Vlaanderen en Wallonië de maximum toegestane verblijfsduur verschillend gaan bepalen voor Vlaamse en Waalse patiënten, gehospitaliseerd binnen dezelfde kamer ?

Een ander mogelijk scenario van defederalisering houdt in dat de ziekenhuis-verpleegdagprijs een gemeenschapsmaterie zou zijn en de federale overheid bevoegd blijft voor de individuele verstrekker. Indien dit voor de politici homogeen zou lijken is het dit niet voor het veld. Voorbeeld hiervan is de

gewijzigde terugbetaling van de radiotherapie met een gedeelte via honoraria (federaal) en een ander gedeelte via de verpleegdagprijs (in dat scenario gemeenschap).

Beide voorbeelden van scenario's leiden waarschijnlijk tot meer administratie en regelgeving, maar beslist niet tot vereenvoudiging, kostenbesparing en versnelling van de terugbetaling. Laten we niet vergeten dat de zorgenverstrekking het hoofdobjectief van een ziekenhuis moet blijven en dat op dit ogenblik de financiële toestand van de ziekenhuizen niet rooskleurig is (één derde van de private en één zevende van de openbare algemene ziekenhuizen zijn financieel gezond).

Wat de vrije keuze van de patiënt betreft wil ik erop wijzen dat van de gehospitaliseerde patiënten in Brussel er op dit ogenblik 18,55 procent uit Vlaanderen komt en 17,10 procent uit Wallonië. In het zonet besproken scenario van een gesplitste ziekteverzekering zou Vlaanderen dus tussenkomen (transfereren) voor ongeveer één vijfde van de 'omzet' in Brussel, zonder dat het daarbij nog enige inspraak hierin zou hebben. Ik refereer naar het voorbeeld van de tekorten van de openbare ziekenhuizen, waarin men overgestapt is van een scenario van delging van de tekorten door de verwijzende gemeente naar delging van deze tekorten door de moedergemeente, onder meer gezien de verwijzende gemeente op geen enkele wijze inspraak had in het beheer van het betrokken ziekenhuis.

Tot besluit wil ik aanstippen dat ik dus geen antwoord heb willen geven op de vraag of ik voor of tegen defederalisering ben. Wel vind ik het belangrijk de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de gezondheidszorg in het algemeen en de ziekenhuissector in het bijzonder in België te verbeteren. We kunnen de parallel trekken met de informatisering. Zoals informatisering nog nooit organisatorische problemen heeft opgelost (ze heeft ze wel geïnformatiseerd), zo ook staat federalisering of defederalisering niet automatisch gelijk met een efficiëntere gezondheidszorg.

Ik zou willen eindigen met een dia over de 'mars van de witte managers'. U ziet de slogan : 'Federaal of defederaal, behandel onze regulitiskwaal.'

De heer Walter Vandenbossche : Mevrouw De Bie verklaart dat tachtig percent van de patiënten in de bicommunautaire sector Franstalig zijn.

Dokter Mieke De Bie : Dit cijfer is afkomstig van een studie van het Overlegplatform Vlaamse gezondheidszorg 1993.

De heer Walter Vandenbossche : Wat zijn de gevolgen van de monocommunitarisering van de ziekenzorg voor het bestaande ziekenhuiswezen en voor de hele gezondheidszorg ?

Dokter Mieke De Bie : Het hangt ervan af of u daarmee bedoelt de monocommunitarisering van de ziekteverzekering of die van de ziekenhuizen.

De heer Walter Vandenbossche : Ik spreek over het meest verregaande scenario. U behandelt de problemen van de administratieve verwerking van de monocommunitarisering van de ziekteverzekering. Wat zouden de gevolgen voor de verzorgingssector zijn indien het onhoudbaar zou worden Nederlandstalige en Franstalige patiënten samen te verzorgen ? Op dit ogenblik zijn er immers slechts drie monocommunitaire ziekenhuizen in Brussel. Waarom is er zo massaal voor bicomunitaire ziekenhuizen gekozen ?

Dokter Mieke De Bie : Sedert de vroegere staats-hervorming zijn er in Brussel drie monocommunitaire ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen zijn namelijk gecommunitariseerd samen met de universiteiten. In 1989 was er dan een verdere opsplitsing van de gezondheidszorg. Toen kregen de Brusselse private ziekenhuizen de kans om te kiezen voor een monocommunitair Nederlandstalig of Franstalig of bicomunitair statuut. Met uitzondering van CTR, een kleine instelling, die gekozen heeft voor aansluiting bij Erasme-ULB, hebben alle ziekenhuizen gekozen voor een bicomunitair statuut. Dit is geen bewuste keuze geweest. Er waren immers geen criteria voor wat de keuze zou inhouden en er moest geen actieve daad voor gesteld worden : niets doen betekende bicomunitair blijven en werd als de veiligste oplossing beschouwd.

De heer Walter Vandenbossche : Ik leid af uit de uiteenzetting van Dokter De Bie dat de toestand niet moet veranderen. Intussen kan toch niet ontkend worden dat de bicomunitaire ziekenhuizen op het vlak van behandeling van Vlaamse patiënten schromelijk tekortschieten. Vlamingen worden niet in hun taal behandeld, worden niet begrepen. Mijns inziens kan het communautair debat niet los gezien worden van het medisch debat.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Ik had ongeveer dezelfde vraag. Het ontbreken van criteria voor de

bicomunitaire sector wordt aangevoeld als een probleem. Kan de situatie rechtgetrokken worden enkel door de bicomunitaire sector aan criteria te binden ? Welke moeten dan die criteria zijn ?

Dokter Mieke De Bie : Het onthaal van de patiënten is inderdaad in een aantal instellingen een oud probleem. Sommige ziekenhuizen zijn echter aan de taalwetgeving onderworpen, andere, zoals de monocommunitaire en de private ziekenhuizen, niet. De discussie beperkt zich dus tot de OCMW-ziekenhuizen. Wat mij betreft mogen criteria opgelegd worden, hoewel dit niet noodzakelijk een sluitende oplossing is. Bepaalde ziekenhuizen doen vrijwillig inspanningen om de patiënt in zijn eigen taal te onthalen, los van de vraag of ze nu aan de taalwetgeving onderworpen zijn of niet, en slagen daar ook in.

Mevrouw Brigitte Grouwels : In een andere hoorzitting hebben we vernomen dat de ziekenhuissector te lijden heeft van de opsplitsing van de bevoegdheden over de verschillende niveaus. Ervaart u dat probleem ook ?

Dokter Mieke De Bie : We ervaren dit in Brussel op dezelfde manier als in Vlaanderen, al hebben we dan te maken met andere overheden. Er kan vereenvoudigd worden, maar dat volstaat niet. Er zijn nog andere problemen zoals de vraag naar gezondheidszorg extra muros of de vraag naar huisartsengeneeskunde versus specialistengeneeskunde. Federalisering of defederalisering kan niet alle problemen oplossen.

2. De heer dr. Johan Buffels, voorzitter van de Brusselse Welzijnsraad¹³

Dokter Johan Buffels : De Brusselse Welzijnsraad werd twintig jaar geleden opgericht als samenwerkingsplatform van de Brusselse welzijns- en gezondheidswerkers, om de Vlaamse gezondheids- en welzijnszorg in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest te bevorderen. In de loop der jaren werd de federalisering steeds uitgebreid. Bepaalde

¹³ Een nota van de Brusselse Welzijnsraad met betrekking tot de knelpunten als gevolg van de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid, meerbepaald in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest, werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

bevoegdheden uit de gezondheidszorg bleven echter federaal. Daardoor is er geen integraal gezondheidsbeleid mogelijk in Brussel en Vlaanderen. In Brussel blijven bicommunautaire instellingen voor onvrede zorgen. Een echt functionele aansluiting bij het Vlaamse hinterland ontbreekt.

De Brusselse gezondheids- en welzijnswerkers nemen niet allen hetzelfde standpunt in ten aanzien van de federalisering. Sommigen verkiezen een radicaal gecommunautariseerd model, anderen vermijden het debat uit angst om de vingers te verbranden, nog anderen streven naar een verdere opsplitsing. Voor de meerderheid moet het debat echter nog gevoerd worden. De Brusselse Welzijnsraad engageert zich om het denkwerk te organiseren en te concretiseren. De beleidsverantwoordelijken zullen van de ontwikkelingen die zich hier voordoen op de hoogte worden gehouden.

Hoewel de problematiek te complex is voor overhaaste uitspraken, kunnen we toch al enkele standpunten naar voren brengen. Zo bestaat er een duidelijke voorkeur voor unicommunautaire Vlaamse voorzieningen. Dat blijkt onder meer uit de achtereenvolgende congressen van de Brusselse Vlamingen. Ook in de gezondheidszorg blijven immers de verschillen doorwerken tussen enerzijds een Angelsaksisch gerichte en anderzijds een meer Latijns gerichte cultuur. Bovendien kan op die manier iets gedaan worden aan de blijvende onwil van Brusselse Franstaligen om Nederlands te spreken. De Brusselse Vlamingen verzetten zich eensluidend tegen een regionalisering met drie. Vlaanderen moet zich met de Brusselse gezondheidszorg blijven bezighouden op het niveau van de gemeenschappen. Tegelijk moet solidariteit tussen de gemeenschappen mogelijk blijven. Een samenspel tussen de verschillende gemeenschappen is gewenst. Een belangrijk motief voor een verdere federalisering is de eigen beleidsvisie van de verschillende gemeenschappen. Dit wordt dagelijks in de praktijk gevoeld. Tot vandaag ontbrak een coherent gezondheidsbeleid vanwege de overheid. De ziekenfondsen en de industrie bepaalden in grote mate het beleid. Bij de volledige opsplitsing van de gezondheidszorg naar de gemeenschappen zal dit niet noodzakelijk veranderen. Daarmee moet bij een verdere staathervorming rekening worden gehouden. We mogen daarbij niet uit het oog verliezen dat vele beleidsopties niet haalbaar zijn als er niet voldoende financiële middelen ter beschikking worden gesteld. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de keuze voor eerste-lijnzorg. Nooit mogen we uit het oog verliezen dat bevoegdheidsconflicten een nefaste invloed hebben op de

gezondheidszorg. In de toekomst moet daar dan ook iets aan gedaan worden.

Bij de Brusselse Welzijnsraad bestaat twijfel of Vlaanderen bij een verdere defederalisering zich nog wel zal bekommeren om Brussel. In het verleden deden zich in dit verband ook al problemen voor. Blijft Vlaanderen Brussel niet al te veel zien als de lastige achtertuin waaruit men liever weg blijft ?

In Brussel functioneren momenteel drie ziekenhuizen monocommunautair. Alle andere werken bicommunautair. Daarnaast zijn er de openbare en particuliere ziekenhuizen die nog geen keuze hebben gemaakt tussen een mono- of bicommunautair statuut. De particuliere ziekenhuizen zouden tot een hervorming kunnen worden gedwongen en tot een keuze voor één van beide statuten. Wij zijn ervan overtuigd dat deze ziekenhuizen momenteel niet zullen kiezen voor Vlaanderen. De keuze voor een bicommunautair statuut kan problemen opleveren. De behandeling van patiënten in het Brussels, verloopt immers zelden in het Nederlands. Andere wettelijke normen zouden meer garanties bieden voor de Vlamingen in bicommunautaire instellingen. Voor de openbare ziekenhuizen gelden vanzelfsprekend de taalwetten. Deze ziekenhuizen werden echter onttrokken aan het rechtstreeks bestuur van de OCMW's. We stellen ons bijgevolg vragen over de Vlaamse impact in deze structuren. De GOGI, dat is de overkoepeling van de openbare ziekenhuizen op gewestelijk niveau, heeft bijvoorbeeld al gezegd dat het plannen heeft voor thuiszorg vanuit de openbare ziekenhuizen. Dit gaat regelrecht in tegen het Vlaamse standpunt dat de thuiszorg wil benaderen vanuit de eerste-lijnzorg. Heeft Vlaanderen nog wel medezeggenschap in het beleid van de openbare ziekenhuizen ? Het is niet haalbaar om te kiezen voor Franse en Vlaamse afdelingen in de openbare ziekenhuizen. Veel artsen hebben een eigen specialiteit. Bijgevolg zullen er bij een dergelijke keuze onvermijdelijk veel praktische problemen ontstaan. Vele Vlaamse artsen zullen uiteindelijk ongetwijfeld voor Franstalige instellingen kiezen.

Het is noodzakelijk dat de urgentiediensten binnen het Hoofdstedelijk Gewest perfect tweetalig functioneren. Ook de unicommunautaire instellingen moeten deze garantie bieden. Maar dit is tegenwoordig niet het geval. De meeste Vlamingen die in Brussel of in de Brusselse rand wonen en het slachtoffer werden van een ongeval kunnen hierover meespreken. Is Vlaanderen bereid om hier financieel over de brug te komen, met bijvoorbeeld een tweetaligheidspremie voor de Franstalige zie-

kenhuizen ? De twee gemeenschappen moeten elkaar in deze materie vinden. De vraag is binnen welk kader een dergelijk overleg moet plaatsvinden.

Bij de communautarisering van de gezondheidszorg moeten de Brusselaars vrij kunnen kiezen voor het ene of het andere systeem. De zorgverstrekkers zullen worden erkend door één van beide gemeenschappen. De terugbetaling van prestaties aan een verzorgde patiënt die is aangesloten bij het andere verzorgingssysteem, moet dan wel geregeld worden. Maar de vrije keuze moet gewaarborgd blijven, ook de keuze van zorgverstrekker. Daar kan maar één uitzondering op gemaakt worden, namelijk wanneer de zorgvrager een beroep doet op een tussenkomst van het OCMW. Hier moet de taalaanhorigheid nagekeken worden die blijkt uit de ziekteverzekering.

Het centrale debat zal worden : wie is bevoegd voor de tarieven en terugbetalingen, onder meer de terugbetaling van de ligdagprijzen en artsprestaties ? Dit is een heel belangrijke vraag in Brussel. Hier zullen voorzieningen en zorgverstrekkers van beide gemeenschappen naast en met elkaar moeten functioneren, eventueel zelfs voor dezelfde patiënten. Indien men kiest voor het voortbestaan van bicommunautaire instellingen, dan is de vraag hoe de programmatie zal verlopen, hoe het normerende beleid zal bepaald worden. Ook stelt zich de vraag hoe de terugbetaling vanuit de communautaire verzekeringsorganismen zal gebeuren en welke controle daarop zal uitgeoefend worden. Op welk niveau situeert zich de intercommunautaire samenwerking ? Zal de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie binnen de Brusselse Hoofdstedelijke Raad hiervoor verantwoordelijk zijn, of is er behoefte aan een nieuwe structuur ? Indien elke prestatie op een verschillende manier wordt terugbetaald door de gemeenschap van de behandelde patiënt en op basis van de in deze gemeenschap geldende tarieven, dan levert dit zeer eigenaardige situaties op. De patiënten kunnen dan bijvoorbeeld kiezen voor het voordeligste systeem. Het is ook belangrijk te weten of alle sectoren erbij betrokken zullen worden, zoals bijvoorbeeld de medicatie, de terugbetalingstarieven daarvan en de verstreckende apothekers. Zij kunnen dan voor hetzelfde product verschillende tarieven rekenen, afhankelijk van het taalgebruik van de klant. Men kan er dus over nadenken of het niet beter is dat de twee gemeenschappen gemeenschappelijke tarieven en terugbetalingen voor de bicommunautaire instellingen afspreken. Nog een andere mogelijkheid is dat min of meer eenvormige tarieven en terugbetalingen voor de hele Belgi-

sche federatie intercommunautair worden overeengekomen. Het voordeel is dat intercommunautaire uitwisseling van prestaties minder problematisch wordt. Het nadeel is dat ongetwijfeld een eigen communautair beleid wordt belemmerd.

Het is dus een complexe materie. Er zal veel wikkelen en wegen nodig zijn vooraleer over te gaan tot beslissingen. Tot besluit wil ik stellen dat de defederalisering van de gezondheidszorg ook voor Brussel perspectieven biedt. De vrees is echter groot dat de Vlaamse Gemeenschap de zware inspanningen die nodig zijn in de hoofdstad, niet zal willen opbrengen. Maar ik wil er de nadruk op leggen dat de realiteit in Brussel heel wat complexer is dan in de rest van Vlaanderen. De effecten van investeringen zullen bovendien niet onmiddellijk meetbaar en zichtbaar zijn. Maar de materie raakt het welzijn van honderdduizenden Vlamingen. Men moet immers niet enkel rekening houden met de Vlaamse Brusselaars, maar ook met de Vlamingen in de rand van Brussel. Bovendien zien de vele buitenlanders in Brussel op die manier concreet Vlaanderen aan het werk. Dit is een mogelijke basis van internationale erkenning. De Vlaamse Gemeenschap zal dus kleur moeten bekennen.

De heer Johan Sauwens : Hoe ziet de indeling van de ziekenhuizen in Brussel er uit ? Kan u ons een idee geven van de belangrijkste cijfers ter zake ?

Dokter Joost Rampelberg, Vlaamse Wachtdienst voor Huisartsen : Er zijn 7 belangrijke OCMW-ziekenhuizen in Brussel, naast enkele kleinere. Daarover is een studie gemaakt, maar die heb ik nu niet bij de hand. In totaal zijn er een twintigtal ziekenhuizen.

De heer Jos Geysels : Niettegenstaande de verschillende invalshoeken van de sprekers, vallen enkele gelijklopende feiten op, vooral inzake de consequenties van een mogelijke defederalisering. Men twijfelt of Vlaanderen de nodige inspanningen wil doen. Is deze vrees gebaseerd op ervaring ? Dokter Buffels heeft daarnet één voorbeeld uitgewerkt. Zijn er meer gevallen die suggereren dat de aandacht van Vlaanderen voor Brussel veeleer retorisch is ?

Dokter Johan Buffels : Misschien is het belangrijk te wijzen op het gevoel dat Vlaanderen Brussel niet wil loslaten. Maar als het op centen aankomt, lijkt het vaak moeilijker te gaan. We zien vaak dat bij overleg in om het even welk domein de problemen in Brussel ingewikkelder liggen dan elders. Bijvoorbeeld in huisartsenmiddens blijkt de situatie in Brussel heel wat complexer te liggen. Wat in Vlaanderen evident is, is dit niet in Brussel. Neem

bijvoorbeeld het preventiebeleid. In Vlaanderen is dit duidelijk en kan men daarvoor de nodige middelen vastleggen, verdeeld over de gemiddelde bevolking. In Brussel stelt zich ondermeer de vraag of men zich enkel gaat richten tot de Vlamingen. Zo ja, hoe gaat men dat praktisch realiseren? Of neemt men de Franstaligen of de anderstaligen erbij? Hoe dan ook zullen extra middelen moeten worden vrijgemaakt. Een ogenschijnlijk eenvoudig probleem wordt in Brussel heel complex en vergt extra investeringen. Op korte termijn is het effect niet meetbaar, maar op langere termijn zal het lonen. Het zal Vlaanderen zichtbaar maken in de context van een dominante Latijnse cultuur.

De heer Jos Geysels : De getuigenissen uit Brussel geven het beeld dat niemand in Vlaanderen geïnteresseerd is in Brussel. Dat betekent in de praktijk dat Vlaanderen Brussel loslaat. Welke garanties wil u om dat perverse proces te keren?

De heer Robert Voorhamme : Dokter Buffels wijst op de pijnpunten in verband met de taalgevoeligheden. Op het vlak van de organisatie van de geneeskunde is het nogal vaag om te stellen dat bijkomende investeringen nodig zijn omdat het om Brussel gaat. Voor mij is dat niet zo vanzelfsprekend. Is de wens om de gezondheidszorg in Brussel anders te organiseren, een sociologische realiteit? Is de consumptie van gezondheidszorg in Brussel wezenlijk verschillend bij Vlamingen en Franstaligen? Er zouden bijkomende middelen nodig zijn voor bijvoorbeeld het preventiebeleid. Kan dit leiden tot een verschillend gedragspatroon bij Nederlands- en Franstaligen binnen de sociologische entiteit Brussel? Zijn er nu al verschillen in het gezondheidsgedrag en zullen die verschillen nog toenemen?

Brussel heeft een grootstadfunctie. Dit kan je niet uitschakelen. Ook al zouden er geen taalproblemen zijn, dan blijft er toch een concentratie van een aantal diensten omwille van het feit dat Brussel een hoofdstad is. Met andere woorden: is het niet beter de specifieke taalproblemen op te lossen, veeleer dan de organisatorische weg in te slaan?

Dokter Johan Buffels : Deze redenering leidt onvermijdelijk tot een federalisering met drie. Dat betekent een aparte regeling voor Brussel. Wij zeggen dat dit indruist tegen alles wat wij aanvoelen. We kunnen onze eigenheid niet waarmaken in een dominante Franstalige cultuur. De consumptie van gezondheidszorg hangt sterk af van de manier waarop de zorgen aangeboden worden. Wat we zelf doen, kunnen we doelmatiger organiseren.

Het consumptiegedrag is afhankelijk van de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd. Dit is zowel merkbaar in de eerstelijnszorg als in de meer gespecialiseerde zorg. Binnen Brussel zijn er nu al verschillende medische culturen.

De Brusselse Vlamingen willen niet geminoriseerd worden in een aparte regionale structuur.

De heer Robert Voorhamme : U maakt een onderscheid tussen de eerstelijnszorg en de meer gespecialiseerde sectoren. U zegt bovendien dat dit een probleem is. Mijn vraag is hoe dit probleem zich manifesteert? Zijn de Vlaamse patiënten anders dan de Franstaligen? Gedragen de Vlaamse huisartsen zich anders dan de Franstalige?

Dokter Johan Buffels : Voor wat de dokters betreft kan ik volmondig ja antwoorden. Over het consumptiegedrag van de patiënten heb ik geen onderzoeksgegevens.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Een belangrijk deel van de patiënten van de Vlaamse huisartsen zijn Franstaligen, gemiddeld 80 procent. Misschien hebben zij informatie die deze vraag kan helpen beantwoorden. Dat de zorgverstrekking zelf effectief verschillend is, is overigens onbetwifelbaar.

Zullen de Vlaamse zorgverstrekkers in het toekomstscenario nog altijd even aantrekkelijk zijn voor de Franstaligen?

De heer Walter Vandenbossche : Bestaat bij een eventuele splitsing niet het gevaar dat de Vlaamse huisartsen genoeg moeten nemen met het kleinste deel van de patiënten?

Dokter Johan Buffels : We moeten ervan uitgaan dat het belang van de patiënten primeert op dat van de zorgverstrekkers. De geestelijke gezondheidszorg is op dit ogenblik unicommunautair georganiseerd, en we zitten binnen die sector nu al met problemen. Er is een nijpend tekort aan intramurale doorverwijsmogelijkheden.

Een sterk gedefederaliseerd systeem zal de vrije keuze van de zorgvragers bevorderen. Het meest efficiënte systeem zal het meest aantrekkelijke zijn. Veel zal dus afhangen van de inspanning die de Vlaamse overheid wil leveren.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Is het samen bekijken van de gezondheidszorg in Brussel met die van de rand een mogelijke oplossing?

Dokter Johan Buffels : Dit is een partiële oplossing. We merken in een aantal sectoren, bijvoorbeeld de jeugdzorg, dat het een probleem is om de structuren in Brussel en Vlaams-Brabant op elkaar af te stemmen. Dit vereist overlegstructuren. De bestaande interactie moet uitgebreid worden, veel meer dan afgebouwd in een driedelige regionalisering.

Mevrouw Lydia Maximus : Er is niet alleen een taalprobleem, er zijn ook meerdere culturele verschillen. Wanneer ik mij beperk tot Brussel, en andere steden als Gent en Antwerpen buiten beschouwing laat, wat is dan de verhouding tussen de verschillende culturen ? Hierover wordt niet gesproken. Zorgverstrekking is een universeel mensenrecht, en moet voor iedereen gelijk toegankelijk zijn. Het verwondert mij dat we dit aspect nog niet hebben aangeraakt.

Dokter Johan Buffels : Tot nu toe hebben wij inderdaad slecht even op dit probleem gealludeerd. Het is duidelijk dat de allochtone bevolking in een gedefederaliseerd systeem ook een keuze zal moeten maken. We gaan er in Vlaanderen al te gemakkelijk van uit dat zij voor het Franstalige systeem zullen kiezen. Voor mij is dit niet zo vanzelfsprekend. Ik pleit in ieder geval voor de garantie van een vrije keuze voor iedereen.

Mevrouw Lydia Maximus : Niet voor elke cultuur zal dan een specifiek aangepast systeem bestaan.

De heer Robert Voorhamme : Eigenlijk gaat het hier om een artificiële splitsing. Ik ben bijvoorbeeld een Vlaamse arts in Brussel, moet ik dan een ander petje opzetten als ik een Franstalige patiënt behandel ? We kunnen toch geen tweede Berlijnse Muur bouwen. Of willen wij misschien een geneeskunde per sociale categorie ? Door de problemen op sociaal en taalvlak zijn we verplicht naar een samenwerkings- en samenlevingsmodel te gaan, met respect voor de rechten van de minderheden. Als we het aanbod opsplitsen komen we tot een ondoorzichtig financieringsmechanisme.

De heer Johan Sauwens : Dit debat zullen we na de hoorzittingen moeten voeren.

De heer Robert Voorhamme : Het gaat over de praktische uitvoerbaarheid. Hoe moet een gesplitste financiering georganiseerd worden ? Vele Nederlandstalige huisartsen zullen hiervoor bedanken.

Dokter Johan Buffels : U mag niet verwachten dat de Brusselse Welzijnsraad daar nu al een antwoord

op heeft. Maar ik ben blij dat u beseft hoe complex het allemaal wel is.

De heer Walter Vandenbossche : De stelling die de maximale communautarisering verdedigt, moet ook de prijs van dit alles durven behandelen. We moeten de Vlamingen ook zeggen hoeveel er geïnvesteerd zal moeten worden om het systeem leefbaar te houden. Daar krijg ik nu nog geen antwoord op.

Mevrouw Brigitte Grouwels : De Welzijnsraad moet ook het deficit berekenen.

De heer Jos Geysels : Een kenmerk van de Brusselse structuur is het grote aantal hooggespecialiseerde voorzieningen. Wat zal daarmee gebeuren ?

Dokter Johan Buffels : Vroeger kon op dat vlak iedereen doen wat hij wou. Pas later is er een zekere beperking opgelegd, maar zonder enige planning. Die planning is nu onvermijdelijk geworden. Zij kan echter net zo goed in een gedefederaliseerd kader gerealiseerd worden.

3. Prof. Louis Tielemans, geneesheer-directeur van het Academisch Ziekenhuis Jette

Prof. Louis Tielemans : Het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel is in 1977 geopend en telt momenteel 678 bedden. Het is een Vlaams unicommunautair ziekenhuis gelegen binnen de 19 Brusselse gemeenten en hangt voor de erkenning en de exploitatie af van de Vlaamse regering.

De VUB koos al in 1969 voor een Vlaams unicommunautair ziekenhuis op een medische campus in Jette. Vooraf hadden de Brusselse overheid, de ULB en sommige leden van de administratie Volksgezondheid een project voorgesteld voor een tweetalig universitair ziekenhuis met een Franstalig en een Vlaams beddenhuis, respectievelijk behorend tot de VUB en de ULB en daartussen een gemeenschappelijk technisch blok. Dit project werd in 1968 door de toenmalige minister goedgekeurd. Maar de VUB heeft zich snel tegen dit bicommunautair model afgezet omdat het een aantal bestaande problemen in verband met taal en geneeskundige structuur in de toekomst zou bevestigen en versterken.

De VUB koos voor een Nederlandstalige bestuursvorm en voor personeelsleden met een Nederlandstalig diploma. De voertaal van het ziekenhuis

is het Nederlands, maar anderstalige patiënten worden in hun eigen taal behandeld. De Vlaamse universitaire instelling heeft een supraregionale verwijfsfunctie uit Vlaanderen en Brussel.

De door de VUB gekozen organisatie stond tijdens de besprekingen in de Senaat met het oog op de staatshervorming van 1980 model voor wat later als een unicommunautaire instelling zou beschreven worden. In de Brusselse agglomeratie zijn nog twee andere grote unicommunautaire instellingen aanwezig, de universitaire ziekenhuizen van de ULB in Anderlecht en van de UCL in Woluwe, die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap vallen.

Door de beslissing van de VUB kreeg de Vlaamse Gemeenschap, die al bevoegd was voor de ziekenhuizen in het Vlaams Gewest, ook het programmatische- en erkenningsbeleid over één ziekenhuis in Brussel. De programmatische- en erkenningscijfers van de bevoegde Brusselse instanties slaan dus niet op de drie unicommunautaire instellingen.

Onze ervaring over de uitoefening van de bevoegdheid door de Vlaamse overheid is gemengd. Soms heeft de overheid grote belangstelling voor onze unieke situatie, maar soms bemoeilijkt het appendix Brussel het beleid. Er is trouwens al openlijk gezegd dat het totale aanbod in Brussel overdreven is en dat Vlaanderen andere noden heeft. Ook ten opzichte van de tewerkstellingsprogramma's opgesteld door de Vlaamse overheid zijn er problemen bij de aanstelling door een Vlaamse rechtspersoon te Brussel en ontbreken er samenwerkingsakkoorden, dit terwijl de VUB toch één van de grootste Vlaamse werkgevers in de Brusselse agglomeratie is.

Het aanbod aan Vlaamse ziekenhuisdiensten is mede door het beddenmorbatorium van 1982 onvoldedig te Brussel. Vooral de Vlaamse psychiatrische en de bejaardensector is onvoldoende uitgebouwd.

Het ziekenhuis telt thans 2.283 personeelsleden ; 13 percent daarvan woont in Brussel, 80 percent in Vlaanderen, meestal in het randgebied. In 1995 werden 26.493 patiënten opgenomen en telde men 365.644 ambulante patiënten. Die komen vooral uit Vlaanderen, 36 percent komt uit Brussel. We schatten het aantal Nederlandstalige patiënten op 85 percent. De reactie van het publiek ten opzichte van ons unicommunautair Vlaams ziekenhuis is erg positief. Vlaamse patiënten uit Brussel en de randgemeenten kiezen voor dit model, bij de Vlaamse huisartsen van de betrokken regio kan dit anders liggen.

Het ziekenhuis heeft door Volksgezondheid een 100-zone toegewezen gekregen, bevestigd door de lokale Vlaamse en Brusselse overheid. De spoedgevallendienst van het VUB-ziekenhuis lag overigens zelf aan de basis van het zogenaamde rampenplan, dat reeds in de jaren tachtig functioneel was. Deze situatie met inschakeling in beide gebieden dient beveiligd te worden.

Besluitend zou ik willen stellen dat de instelling erg vroeg koos voor een duidelijke Vlaamse identiteit en de blijvende bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap over het ziekenhuis. We wensen niet dat het Vlaams Gewest bevoegd wordt. De reactie van de bevolking was erg positief, terwijl de Vlaamse overheid eerder passief reageert op de specifieke probleemstelling in Brussel. In dat verband bevestig ik wat de vorige spreker heeft gezegd. De ligging in Brussel vereist een vorm van samenwerking met de Brusselse instanties. Een Vlaams gezondheidszorgnetwerk te Brussel lijkt ons noodzakelijk en leefbaar, maar zou nog aangevuld moeten worden. De Vlaamse identiteit van de instelling sluit de opvang van anderstaligen niet uit.

De heer Johan Sauwens : Maken allochtonen ook gebruik van de diensten van het universitair ziekenhuis in Jette ?

Prof. Louis Tielemans : De situatie loopt enigszins parallel met die van het onderwijs in Brussel. De eerste jaren waren de allochtonen grotendeels afwezig, mede door onze ligging buiten de traditionele allochtone woonzones. Nu is er een stijgende aanwezigheid, die evenwel niet homogeen verdeeld is over de allochtone bevolking. Sommigen hebben het ziekenhuis gevonden en anderen niet.

4. De heer Dr. Joost Rampelberg, van de Vlaamse Wachtdienst voor Huisartsen¹⁴

Dokter Joost Rampelberg : Een groot deel van de tussenkomst van dokter Buffels kunnen wij zonder meer beamen. Vooraf zou ik willen vragen de veelgebruikte termen regionalisering en defederalisering te vermijden. Zij scheppen enkel verwarring in de discussie.

¹⁴ Een nota van de Vlaamse Wachtdienst Brussel over de hervorming van de gezondheidszorg werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

Communautarisering van de gezondheidszorg betekent voor Brussel een splitsing in twee systemen. De Brusselaars moeten een keuze maken tussen het Vlaamse en het Franstalige systeem. Beide zouden dan strikt eentalig worden. Een keuze uit opportuniteitsredenen zou grotendeels uitgesloten worden. Een goed systeem zou wel nog altijd wervend werken. Problemen kunnen alleen optreden wanneer men mensen moet weigeren die zich niet kunnen uitdrukken in de taal. Ik denk niet dat er zich veel dergelijke problemen zullen voordoen omdat betwistingen snel kunnen beslecht worden, naar analogie met wat gebeurt in de arbeidsrechtbank voor de sociale sector.

Wanneer we echter zouden opteren voor de gewesten dan zou dat leiden tot nieuwe grenzen en tot een onontwarbaar kluwen. Omwille van de hoofdstadfunctie is het onmogelijk de Brusselse agglomeratie af te grenzen. Als regionalisering niet kan, is splitsen in twee de enige redelijke oplossing. We moeten dan nog wel een systeem bedenken waarbij een Nederlandstalige arts een Franstalige patiënt kan verzorgen en vice versa. Dergelijke systemen functioneren nu al in de grensstreken. We hebben dus de keuze tussen behouden wat er is of splitsen in twee.

Wat de verdeling van de bevoegdheden betreft is het knelpunt in Brussel het regionaal aspect van bepaalde OCMW-ziekenhuizen. Voor Vlaanderen maakt het weinig verschil uit of de bevoegdheden naar de gemeenschappen gaan of naar de gewesten, in Brussel is dat wel het geval. De huidige bicommunautaire instellingen moeten verdeeld worden over de twee gemeenschappen. Daarbij moet men niet uitgaan van een talentelling. Wel moet er rekening worden gehouden met een aantal sociologische onzichtbare Vlamingen en met de uitstraling naar de Brusselse rand.

Er wordt gezegd dat er geen klachten zijn. De mensen klagen inderdaad niet. Ze zijn immers totaal hopeloos. Ze geloven niet meer in de instellingen, ze geloven niet dat klagen helpt. De klachten, die toch worden geuit, komen terecht bij huisartsen en apothekers. In 'le pays légal' worden deze klachten gesmoord.

De eis van een inhaalbeweging voor de Vlaamse instellingen is gerechtvaardigd, vooreerst omdat de Vlamingen in Brussel er recht op hebben na vijftig jaar van achterstelling sedert de repressie. Vervolgens ook omwille van de openheid naar het Vlaams-Brusselse achterland. Ten slotte blijken zowel Vlaamse instellingen als Vlaamse huisartsen in staat te zijn om anderstalige patiënten op te van-

gen, in scherpe tegenstelling tot de Franstalige instellingen. Een instelling als de VUB levert voorbeeldig werk op dit vlak.

We mogen niet wachten op institutionele hervormingen om in Brussel een net van voorzieningen voor Nederlandstaligen uit te werken. In de eerste lijn zijn er in Brussel een aantal organisaties die opgezet werden door Vlamingen die de moed niet hebben laten zakken. Er is echter geen subsidiëring voor geïntegreerde initiatieven. Aan Franstalige kant bestaat het CSD (Centre de Soins à Domicile), dat wel gesubsidieerd wordt. Het verzorgingsmodel dat deze organisatie voorstaat komt echter niet overeen met wat Vlamingen en Brusselaars wensen. Het kan zich inplanten dank zij het sterk uitgebouwde netwerk waarbij niet alleen artsen, maar ook verpleegkundigen, familiale helpsters en traiteurs betrokken zijn. Wanneer er geprotesteerd wordt omdat alles in het Frans gebeurt, dan is de reactie dat er gewoon geen Vlaamse diensten zijn. Dit is zo omdat de Vlaamse Gemeenschap het niet op zich genomen heeft. De uitbouw daarvan en de samenwerking met de Brusselse instellingen moet uitgaan van de Vlaamse Gemeenschap omdat de Vlaams-Brusselse politieke instellingen te zwak zijn en te zeer verweven in afspraken met de Franstaligen.

Bepaalde beslissingen worden genomen op federaal niveau, terwijl de uitvoering van de beslissingen bij de gemeenschappen berust. Het is duidelijk dat de financiële middelen dan ook naar de gemeenschappen moeten gaan. Bijgevolg moet ook de bijdrage van de sociale zekerheid aan de gemeenschappen worden toegewezen. De opmerking dat deze bijdragen zowel door werkgever als door werknemer worden gedragen weerstaat niet aan een ernstige analyse. In feite zijn alle bijdragen werknemersbijdragen. Ze worden door de werkgevers verrekend als loonkosten. Daarom moeten we deze kosten personaliseren in hoofde van de verzekerde. Dit vraagt een technische aanpassing, maar het is niet onmogelijk.

Brussel telt meer sociologische Vlamingen dan men denkt. Een regionalisering zou alleen de bestaande problemen verergeren. Bepaalde mensen denken socio-economisch eerder in Vlaamse termen, hoewel ze zich naar buiten toe niet noodzakelijk in het Nederlands uitdrukken. U hebt gezegd dat tachtig percent van de patiënten Franstalig is. Er zijn er zeker veel. Maar sommige patiënten spreken Frans met hun huisarts, maar gedragen zich voor de rest als Vlamingen.

Deze groep klaagt niet vanwege de transfers, maar omdat ze het niet prettig vindt om in een keurslijf gedwongen te worden. Er is in dit kader een grote samenwerking tussen Brusselse Vlamingen en Vlamingen in de rand noodzakelijk. Brussel en de Vlaamse rand vormen immers eigenlijk één geheel. Door de federalisering met drie wordt Brussel evenwel als een aparte entiteit met een eigen identiteit gezien. Deze identiteit ontbreekt in werkelijkheid : er zijn alleen Vlamingen en Franstalige. Zelfs de allochtonen in Brussel oriënteren zich langzamerhand naar de Vlaamse of de Franstalige Gemeenschap.

De solidariteit moet worden uitgeoefend binnen groepen met eenzelfde aanvoelen van de noden met betrekking tot de gezondheidszorg. Dit aanvoelen verschilt bij Vlamingen en Franstaligen, ten gevolge van de bestaande cultuurverschillen. De Brusselse Vlamingen zijn het beu zich steeds te moeten aanpassen aan de wensen van de Franstaligen.

Dat wil evenwel niet zeggen dat we streven naar subnationaliteit. De overstap van het ene stelsel van sociale zekerheid naar het andere moet mogelijk blijven. Bij een splitsing met twee zullen akkoorden moeten worden gesloten op het niveau van de gemeenschappen. Dit betekent niet dat er een Berlijnse muur zal komen in Brussel. De bijdragen zullen in de twee stelsels anders kunnen worden aangewend. Dit betekent niet dat Franstaligen niet meer terecht zullen kunnen bij Vlaamse artsen, of omgekeerd. De rechthebbende zou zijn kosten terugbetaald krijgen, nadat hij gewoon een formulier heeft ingevuld, zoals op dit ogenblik al gebeurt in de grensgebieden.

De splitsing van de sociale zekerheid is mogelijk op alle vlakken. Ook bijvoorbeeld de pensioenen – zelfs van federale ambtenaren – moeten worden gesplitst. Anders blijft Vlaanderen betalen voor de discriminatie die ze vroeger bij de benoeming van ambtenaren moest ondergaan. Samengevat is een splitsing met twee op het niveau van de gemeenschappen absoluut noodzakelijk voor de Brusselse Vlamingen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Vertolkt u uw eigen visie of die van alle Vlaams-Brusselse huisartsen ? U pleit voor een splitsing met twee op het niveau van de gemeenschappen. Vindt u dat bicommunautaire instellingen dan nog kunnen blijven bestaan ? Bij deze instellingen gaat het immers eigenlijk om een splitsing met drie. De gemeenschappen oefenen er immers toezicht op uit.

Dokter Joost Rampelberg : Ik heb een formeel mandaat van de twee verenigingen van Vlaams-Brusselse huisartsen. Zij staan achter deze tekst. De bicommunautaire instellingen moeten zoveel mogelijk verdwijnen. Ze werken niet behoorlijk en zijn te duur.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Als de ziekenhuizen nu de keuze zouden krijgen tussen een Vlaams of een Franstalig monocommunautair systeem, zouden de meeste kiezen voor het Franstalige systeem. Ook in de bicommunautaire instellingen zijn er veel Vlaamse patiënten en werknemers. Ontstaat zo niet het gevaar dat het Vlaamse aanbod in Brussel nog kleiner wordt ?

Dokter Joost Rampelberg : Niet de ziekenhuizen zijn Franstalig, maar wel vaak het bestuur ervan. Het bestuur beschouwt het ziekenhuis al te vaak als haar eigendom. Laten we echter niet vergeten dat bijvoorbeeld de OCMW-ziekenhuizen publiek eigendom zijn, die voor een groot deel gefinancierd worden met Vlaams geld.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Ik begrijp uw standpunt met betrekking tot de openbare ziekenhuizen. Hoe zit het echter met de particuliere ziekenhuizen ?

Dokter Joost Rampelberg : Voor de particuliere ziekenhuizen is de situatie momenteel al veel gunstiger dan voor de openbare. Zodra er voldoende Vlaamse openbare ziekenhuizen zijn, zal de kwaliteit van de openbare ziekenhuizen de particuliere ziekenhuizen er ongetwijfeld toe brengen om te kiezen voor het gunstigste model. We hopen dat de Vlaamse Gemeenschap in dit verband initiatieven zal nemen om voor een behoorlijk Vlaams aanbod in Brussel te zorgen. Momenteel bestaat er immers nog een tekort aan Vlaamse gezondheidsverstrekking in Brussel. Het spreekt vanzelf dat wie het nu voor het zeggen hebben in de Brusselse ziekenhuizen, zullen opteren voor het Franstalige systeem. Zij zijn immers zelf Franstalig.

De heer Walter Vandenbossche : Ik ben het niet eens met uw opvattingen over een eigen Brusselse identiteit. Over juridische of sociologische identiteit kan gediscussieerd worden, maar een Brusselaar kan even goed als bijvoorbeeld een Antwerpeenaar een eigen identiteit hebben.

Als er een radicale splitsing zou komen, dan zal de Vlaamse Gemeenschap ongetwijfeld grote inspanningen moeten doen. Kan u een overzicht geven van de minimale inspanningen die Vlaanderen zal

moeten leveren om de Brusselse Vlamingen een normale gezondheidszorg te bezorgen ?

De heer Filip Dewinter : Bestaan er cijfers over het aantal Franstalige patiënten die op Vlaamse diensten een beroep doen ?

Dokter Joost Rampelberg : Er zijn daarover geen cijfers beschikbaar. Vlaamse artsen vinden het immers logisch om zich aan te passen aan de taal van de patiënt. We mogen hier niet vergeten dat er veel patiënten zijn die weliswaar Frans spreken met hun arts, maar onder elkaar een Vlaams dialect spreken.

De heer Vandebossche heeft mijn bedoeling niet goed begrepen, toen ik het had over een eigen Brusselse identiteit. Binnen de Vlaamse identiteit, kan iedereen zich uiteraard nog bijvoorbeeld Brusselselaar of Antwerpenaar voelen.

De heer Walter Vandebossche : Ik heb nog steeds geen antwoord gekregen op de tweede, en belangrijkste, vraag die ik heb gesteld.

Dokter Joost Rampelberg : Onze verenigingen steunen op vrijwilligerswerk. Wij willen wel studies doen en af en toe doen we dat ook. We zouden wel voorstellen doen, indien we geld voor het studiewerk hadden. We zullen echter de koppen bijeen steken om op uw vraag te antwoorden.

De heer Johan Sauwens : Het zou inderdaad zinvol zijn om te weten waarvoor en hoeveel investeringen nodig zijn.

De heer Walter Vandebossche : Houdt het standpunt dat u en dokter Buffels verdedigen, geen risico's in, indien u geen waarborgen heeft dat de Vlaamse Gemeenschap zal investeren. U stelt voor om de gezondheidszorg in Brussel te splitsen in twee, maar bent u zeker dat de Vlaamse Gemeenschap u ter hulp zal komen ?

Dokter Joost Rampelberg : Ik besef dat in Vlaanderen de bereidheid tot investeren nog niet aanwezig is, maar we leveren inspanningen om ze daarvan te overtuigen.

De heer Walter Vandebossche : Er moeten waarborgen zijn.

De heer Johan Sauwens : Daar moeten wij voor zorgen.

Dokter Joost Rampelberg : Dat is precies wat ik wou zeggen.

VIII. HOORZITTING OVER HET GEZINSBELEID

1. De heer Lieven Vandenberghe, administrateur-generaal Kind en Gezin

De heer Lieven Vandenberghe : Een aantal aangelegenheden in het beleid aangaande kinderen en gezinnen speelt zich af op het raakvlak van Vlaamse en federale bevoegdheden. De vergoedingen voor de gezinnen, met name de kinderbijslag, worden op dit ogenblik beschouwd als mogelijk te defederaliseren. Dit zou in ieder geval een serieuze versterking zijn voor het voeren van een gezinsbeleid.

Kinderopvang werd door de bijzondere wet van 1980 toegewezen aan de gemeenschappen. De federale overheid speelt via de sociale partners, meer bepaald via het Fonds voor Collectieve Uitrustingen en Diensten (FCUD) echter nog altijd een belangrijke rol. Binnen het Fonds wordt een onderscheid gemaakt tussen de normale en de buitengewone taken. De eerstgenoemde zijn de bijkomende toelagen aan de door Kind en Gezin erkende kinderdagverblijven. De laatstgenoemde werden vrijgemaakt door het sociaal interprofessioneel akkoord van 1995-1996 voor de ondersteuning van de buitenschoolse opvang van kinderen tussen 3 en 12 jaar. Voor de normale taken krijgt Vlaanderen jaarlijks ongeveer 170 miljoen frank, voor de buitengewone 300 tot 400 miljoen frank.

De federale overheid vaardigt dus maatregelen uit op een vlak waar ze geen bevoegdheden heeft, namelijk voor zover er aan de toekenning van de bijkomende middelen ook een reglementering wordt verbonden. De federale overheid heeft recent echter beslist om de normale taken van het FCUD vanaf 1997 op te heffen.

Binnenkort wordt ook een beslissing genomen over de eventuele verlenging van het interprofessioneel akkoord. Zal de zogenaamde 0,05-maatregel verlengd worden ?

Het probleem is dus dat de huidige werking van het FCUD in principe niet kan, terwijl het fonds tegelijkertijd een belangrijke financiële steun betekent voor de kinderdagverblijven (tot tien percent van de werkingsmiddelen). Dit probleem kan worden opgelost, nu de federale overheid beslist heeft de normale taken van het FCUD op te heffen en de Vlaamse regering zal instaan voor het budget. De nodige middelen daartoe werden reeds voorzien op het budget van Kind en Gezin.

De Vlaamse Gemeenschap heeft dus een oplossing, maar de Franse Gemeenschap nog niet. Dat verklaart de druk op de federale overheid om de opdracht tijdelijk te blijven waarnemen.

Als het FCUD de inhoud van de kinderopvang in Vlaanderen bepaalt, dan is dat een bevoegdheids-overschrijding. Door de geldende interprofessionele akkoorden is een engagement van de sociale partners op dat vlak niet verboden, integendeel. De evolutie gaat trouwens in die richting. De regelgeving voor de buitenschoolse kinderopvang behoort tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, maar de sociale partners zorgen voor aanvullende financiering. Het gaat om een aanzienlijk bedrag : een half miljard frank op jaarbasis.

Daarnaast is er het probleem van de adoptiebemiddeling in het gezinsbeleid. Binnen afzienbare tijd wordt in het Vlaams Parlement een decreet ingediend over de voorwaarden waaraan een kwalitatieve adoptie moet voldoen. Tot nu toe is de wetgeving terzake federaal. Het decreet dat zal worden ingediend, kan tot problemen leiden, zowel met de federale regering als met het oog op een regeling voor Brussel.

Het internationale verdrag van Den Haag uit 1992 inzake interlandelijke adoptie bepaalt dat per land een centrale autoriteit bevoegd wordt voor buitenlandse adoptie. Vooruitlopend op de ratificatie van dat verdrag, is die bevoegdheid in Vlaanderen toegewezen aan Kind en Gezin. Het decreet beroept zich op bepalingen van dat internationale verdrag. We aanvaardden een centrale federale autoriteit, vooral in verband met Buitenlandse Zaken en Justitie, zoals visaverplichtingen. Maar de inhoudelijke bevoegdheid in verband met de kwaliteit van de adoptie komt toe aan de Vlaamse Gemeenschap.

Een aantal problemen heeft te maken met de interpretatie van de rolverhouding tussen de centrale autoriteit en de gemeenschappen. De huidige minister van Justitie heeft een werkgroep gecreëerd die hierover een grondige discussie voert. Zo heeft de zaak een positieve wending genomen. Op het federale niveau wordt niet betwist dat de gemeenschappen bepaalde taken kunnen uitvoeren. Bij Buitenlandse Zaken ligt de toestand misschien iets ingewikkelder, omdat ook de ambassades daar een rol spelen. Bij het ministerie van Justitie is er echter een pre-akkoord over de erkenning van de bevoegdheid van de gemeenschappen.

Het tweede probleem ligt misschien iets moeilijker. In Brussel kunnen er immers bicommunautaire

adoptiediensten opgericht worden zonder enige erkenning. Nu werd terzake een akkoord bereikt tussen de Vlaamse en de Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Er zou geen aparte erkenningsprocedure, los van de beide gemeenschappen, ingevoerd worden via de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Veeleer zou de erkenningsregeling van diensten van de Franse en van de Vlaamse gemeenschap ook voor bicommunautaire diensten in Brussel gelden. De ervaring leert dat de diensten die niet erkend worden door de Franse of de Vlaamse gemeenschap en die bezig zijn met zogenaamde wilde adopties, hun maatschappelijke zetel vestigen in Brussel. Daar is immers totnogtoe geen enkele erkenningsprocedure of reglementering uitgewerkt.

De afdeling Wetgeving van de Raad van State heeft echter gezegd dat een dergelijk samenwerkingsakkoord wettelijk niet kan. De bevoegdheid van de beide gemeenschappen strekt zich niet uit tot de bicommunautaire voorzieningen van Brussel. De aparte erkenning van deze instellingen moet mogelijk blijven. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie kan hiervan geen afstand doen bij akkoord, zonder wetgevend werk. Zelfs een eventuele dubbele erkenning is voor de Raad van State niet aanvaardbaar. Vrijbuitelij blijft dus in feite mogelijk behalve indien de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie regelgevend optreedt. Dit is niet evident, en gezien de communautaire situatie ook niet onmiddellijk te verwachten. Dit is nochtans een ernstig probleem. Een sluitende regeling is dus noodzakelijk.

De kinderopvang en de adoptieregeling zijn voor Kind en Gezin de twee meest cruciale zaken op het vlak van de bevoegdheidsproblematiek. De gevoerde gesprekken duiden op een positieve evolutie, maar toch zijn er een aantal zaken die niet op korte termijn kunnen gerealiseerd worden.

De heer Robert Voorhamme : Klopt het dat transferten op zich geen probleem vormen voor Kind en Gezin, maar wel indien er daardoor een regeling wordt opgelegd die interfereert met Vlaamse communautaire bevoegdheden ? Daartegenover staat de kritiek op deze visie, die stelt dat men vanuit Vlaanderen meer had kunnen ondernemen om een en ander te vermijden. Men had bijvoorbeeld meer middelen op de begroting kunnen zetten om zaken te realiseren die nu worden geregeld via het interprofessioneel akkoord. Men kan de sociale partners niet verwijten dat ze een lacune vullen, terwijl Vlaanderen dit zelf heeft nagelaten. Men had zelf maar regelgevend moeten optreden. Dit zou overi-

gens alsnog kunnen, zelfs zonder verdere staatshervorming.

Dan is er nog een meer principieel probleem. We kunnen streven naar de verderzetting van de 0,05 percent in het interprofessioneel akkoord. Dergelijke akkoorden leiden echter steeds naar een tijdelijke regeling, en bieden dus weinig houvast. Is het volgens u zinvol te werken met dergelijke interprofessionele of zelfs intersectoriële akkoorden, als we onder sociale partners in staat zouden zijn daartoe te komen? Worden deze zaken niet beter door de overheid geregeld?

Mevrouw Brigitte Grouwels : Is er binnen het FCUD een vaste verdeling tussen de instellingen van de Vlaamse en de Franse Gemeenschap? In elk geval heeft de Vlaamse Gemeenschap in Brussel van deze middelen nog niet veel gebruik kunnen maken.

De heer Lieven Vandenberghe : Ik kan de opmerking van de heer Voorhamme onderschrijven. Men kan inderdaad geen verwijten richten aan de sociale partners. Ze hebben een essentiële maatschappelijke rol gespeeld. Ik zou het tegendeel zelfs betreuren. Indien mogelijk zouden dergelijke interprofessionele afspraken beter gebeuren op regionaal niveau.

Nu is de Vlaamse Gemeenschap ongeveer klaar met de regelgeving. Dat is een positief feit. Voor de Franse Gemeenschap is een dergelijke regelgeving er echter niet. Wanneer de beide gemeenschappen gezamenlijk zouden kunnen optreden, dan zouden er stabielere akkoorden mogelijk zijn en meer constructieve gesprekken met de sociale partners.

De heer Robert Voorhamme : Als ik het goed begrijp, dan bedoelt u dat het beter zou zijn dit soort overeenkomsten communautair af te spreken en niet op federaal niveau.

De heer Lieven Vandenberghe : De sociale partners zijn nu al opgenomen in de raden van bestuur van de para-communautaires en kunnen op deze manier meespelen in de aanwending van de door hen aangebrachte middelen. Dit is een volkomen verantwoordbare constructie.

Het zou jammer zijn wanneer de beschikbare middelen niet evenwichtig zouden verdeeld worden, zoals mevrouw Grouwels aanhaalt. Over het algemeen is de verdeling binnen het FCUD ongeveer 55 percent voor de Vlaamse en 45 percent voor de Franstalige initiatieven. Het FCUD hanteert echter geen verdeelsleutel als zodanig maar geeft een aan-

vullende subsidiëring per voorziening. Er is hier dus geen zwaar principieel probleem over de verdeling van de middelen.

Wat de buitenschoolse opvang betreft, daarentegen, gaat er op dit ogenblik meer geld naar Wallonië dan naar Vlaanderen, terwijl het vroeger net andersom was. We moeten hierop geen kritiek geven, de door de gewesten genomen initiatieven zijn gewoon gehonoreerd. Initiatieven ter zake van de Vlaamse Gemeenschap in Brussel waren er bij mijn weten niet.

Wat Brussel betreft, zorgt het gebruik van de middelen voor werkgelegenheid voor problemen. We moeten immers beseffen dat in Vlaanderen en Wallonië bijkomende gelden vanuit tewerkstelling naar buitenschoolse opvang reeds werkgelegenheidskredieten van de gewesten bevatten. In Vlaanderen gaat het om het zogenaamde WeerWerk-geld. De FCUD-middelen zijn hierop een aanvulling. Dergelijke middelen zijn er in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest gewoon niet. Daarom worden initiatieven van de Franse Gemeenschap in Brussel volledig gedragen door het Fonds. Vlaamse initiatieven zijn er, zoals gezegd, niet. Ik zal de cijfers ter zake ter beschikking stellen van de commissie¹⁵.

Mevrouw Brigitte Grouwels : In Brussel waren er wel degelijk Vlaamse initiatieven, maar deze initiatieven zijn op een muur gestoten. Ze kregen nergens onderdak. De precieze redenen daarvoor zijn mij nog steeds niet duidelijk. De initiatieven van de Franse Gemeenschap daarentegen, werden voor honderd percent gehonoreerd.

De heer Jos Geysels : Kan de heer Vandenberghe dat voor ons verduidelijken?

De heer Lieven Vandenberghe : Voor Vlaanderen en Wallonië worden initiatieven terzake via respectievelijk Vlaamse en Franstalige werkgelegenheidskanalen gefinancierd én vanuit het FCUD. In Brussel daarentegen bestaat geen regeling voor een financiering via werkgelegenheidskanalen: het FCUD moet daar alle kosten dragen. Het probleem dat zich vervolgens stelde was dat enkel Franstalige, en dus geen Vlaamse, initiatieven in Brussel werden gerealiseerd.

¹⁵ Deze cijfers liggen ter inzage op het commissiesecretariaat.

Mevrouw Brigitte Grouwels : De reden daarvoor is dat ons altijd verteld is dat we geen geld konden krijgen van het FCUD.

De heer Lieven Vandenberghe : En deze veronderstellig bleek niet te kloppen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Het probleem zou zich reeds jaren stellen en intussen zou het totale bedrag al tegen één miljard frank aanlopen. Klopt dat ?

De heer Lieven Vandenberghe : Ik denk dat dat wel een beetje overdreven is. Volgens mijn gegevens betreft het een tamelijk recent probleem. Ik kan echter nog geen definitieve uitspraak doen : daartoe ontbreken teveel gegevens.

De heer Johan Sauwens : Ik zou het debat willen opentrekken naar het gezinsbeleid in ruime zin. Veel federale beslissingen hebben op dit breed opgevatte gezinsbeleid een invloed. Deelt u de visie uit de Schrikkelnota dat er in dit verband een grotere betrokkenheid vanuit de gemeenschappen noodzakelijk is ? Wat verwacht Kind en Gezin van het jaar 2000 ? Welke strategieën denkt u uit te stippelen als de gemeenschappen meer middelen krijgen ?

De heer Lieven Vandenberghe : Het opstellen van een gezinseffectenrapport vindt Kind en Gezin een belangrijke mogelijke stap op de weg naar een meer gezinsvriendelijke samenleving. Kind en Gezin zou wel liever spreken over een kindeffectenrapportering. Het begrip kind is immers gemakkelijker om te omschrijven : een classificatie naar leeftijd zou daarbij kunnen volstaan. Dit kindeffectenrapport beoogt voornamelijk de reglementering vreemd aan de eigen welzijnsector getoetst aan het criterium kindvriendelijkheid : het gaat met name om reglementeringen inzake fiscale regimes, verkeer enzovoort. In dit kader denkt Kind en Gezin eraan een proefproject te ontwikkelen. Of de genoemde werkwijze haalbaar is kunnen we slechts weten als we eerst één en ander in de praktijk uittesten.

Door de defederalisering binnen sociale zekerheid en kinderbijslagen nemen de mogelijkheden toe. Het betreft hier immers tot nu toe een geïsoleerde betoelaagde sector. Het zou mogelijk worden om bijvoorbeeld de relatie te onderzoeken tussen kansarmoede en kinderbijslag. Er zullen veel integratiemogelijkheden ontstaan.

De heer Johan Sauwens : Is er in dit verband al een blauwdruk klaar ?

De heer Lieven Vandenberghe : Een blauwdruk is er nog niet, maar wel zijn er bijvoorbeeld al gesprekken gevoerd over kansarmoede.

De heer Jos Geysels : Inzake de koppeling tussen armoedebestrijding en kinderbijslag en de idee van de kinderbijslag als recht van elk kind werd al belangrijk werk geleverd. Ook prof. Cantillon deed veel onderzoek op dat terrein. Men vertrekt daarbij van een vorm van positieve discriminatie ten voordele van de laagste inkomens. Is dit soort beleid gemakkelijker te realiseren als de kinderbijslag een regionale bevoegdheid wordt ?

De heer Lieven Vandenberghe : Absoluut, kansarmoedebestrijding heeft veel meer gewicht in de Vlaamse Gemeenschap. Er is een betere aansluiting bij de concrete situatie van de gezinnen.

De heer Johan Sauwens : De behoefte om dit in concrete maatregelen te vertalen blijft bestaan.

De heer Lieven Vandenberghe : We kunnen kijken naar het bedrag dat wij zelf financieren. Wij hebben daartoe een sociaal fonds opgericht, zodat we zelf geld kunnen geven of bepaalde zaken kunnen aankopen. Vertrekkend vanuit het begrip recht van het kind krijgt men een veel grotere aansluiting met de concrete situatie en wordt de discussie minder principieel.

De heer Jos Geysels : Dit is moeilijk. Die piste moet men moduleren naar de aftrek. Een tweede vraag die misschien filosofisch van aard is : ziet u de kinderbijslag als element van gezinspolitiek ? Kinderbijslag is immers een recht van elk kind en mag niet arbeidsgebonden zijn.

De heer Lieven Vandenberghe : Dat zou te beperkt zijn, maar het is wel een essentieel onderdeel van de gezinspolitiek.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Mijn vraag ging ook over het individuele recht van het kind op kinderbijslag.

De heer Lieven Vandenberghe : Dat is voor ons een verworvenheid.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Maar wat gebeurt er dan in Brussel ? Daar zal men zich moeten uitspreken voor één gemeenschap.

De heer Lieven Vandenberghe : In Brussel is een oplossing nodig, maar die heb ik niet.

Mevrouw Brigitte Grouwels : De Vlaamse Gemeenschap had een akkoord over samenwerking inzake adoptie bereikt met de Franstalige Gemeenschap, maar de Raad Van State heeft dit verhinderd. In de wetgeving ontbreekt blijkbaar een juridische basis voor dergelijke akkoorden.

De heer Lieven Vandenberghe : Dat blijkt zo te zijn : ik zal u het advies van de Raad Van State bezorgen¹⁶.

2. Prof. Roger Dillemans, vertegenwoordiger van Sociura

Prof. Roger Dillemans : De werkgroep Sociura bestaat uit wetenschappers van de universiteiten van Leuven, Antwerpen en Tilburg, ambtenaren en parlementsleden van verschillende politieke partijen. Ik spreek hier niet als voorzitter van het beheerscomité van de sociale zekerheid. Dat is te delicaat. Ik spreek dus voor een groepje van wetenschappers die ook de praktijk kennen. We hebben geprobeerd om tussen niet altijd gelijkgezinde personen een consensus te bereiken.

Het thema van de defederalisering stond niet vooraan op onze agenda. Wel hebben we al lang vóórdat dit debat begon, een ontwerp gemaakt van een opdeling van de domeinen van de sociale zekerheid dat overeenstemt met de voorstellen die deze commissie nu behandelt.

Voor die opdeling hebben we sociale en wetenschappelijke motieven. We onderscheiden twee soorten risico's. In de eerste plaats zijn er de arbeidsgebonden risico's : er moet dekking zijn voor verloren arbeidsinkomsten. Denk bijvoorbeeld aan werkloosheid, aan beroepsziekten of arbeidsongevallen. In de tweede plaats zijn er de risico's van alle burgers, ongeacht hun professioneel statuut. Die risico's hebben een ander profiel. Hier moet een universele dekking zijn. Nu is dit ongeveer 96 percent, we willen dat dit 100 percent wordt. De dekking moet voor alle burgers gelijk

zijn. Er is geen reden om de kleine risico's van zelfstandigen niet te dekken. Zij moeten uiteraard wel bereid zijn hun solidariteitsbijdrage te betalen. Zo mogen er ook geen verschillen in de kinderbijslag voor zelfstandigen en voor werknemers zijn.

Door deze opdeling is het mogelijk de vestiging van de rechten te verbeteren. Kinderbijslag is bijvoorbeeld een recht van elk kind. De kinderbijslag moet echter worden uitbetaald aan diegene die het kind verzorgt, wie dat ook is. Iedereen die op ons territorium rondloopt, heeft het recht op een basispakket gezondheidszorgen. Als de infrastructuur voldoende is, om alle burgers deze basiszorg te geven, zou het sociaal onverantwoord zijn om die aan sommigen te ontzeggen. Het statuut of de woonplaats mogen hierbij geen rol spelen.

Het gevolg van deze opdeling is dat de financiering van het systeem moet veranderen. De kinderbijslag bijvoorbeeld moet uit algemene overheidsmiddelen komen. We pleiten er ook voor om de fiscale aftrek voor kinderen af te schaffen, omdat die niet doorzichtig en niet sociaal is. De 30 tot 40 miljard frank die dat zou opleveren, moet bij het pakket van de kinderbijslag gevoegd worden. Ideaal zou zijn dat het budget voor de kinderbijslag nog verhoogt en ook de opvoedingskosten van de kinderen zou dekken. Dat betekent onder meer dat vrouwen vrij zijn om wel of niet uit werken te gaan.

Binnen de gezondheidszorg zijn de kosten anders gedekt. Ze zijn ook hoger. De middelen gaan naar drie sectoren : honoraria, ziekenhuizen en de farmaceutische producten.

Wij dachten aan een drieledige financiering. Ten eerste door bijdragen van de ondernemingen voor zover de risico's beroepsgebonden zijn. Het gaat hier dus om een soort preventie. Preventie wordt trouwens steeds belangrijker in de problematiek van de sociale zekerheid (cfr. de Franse term *securité sociale*). Als het risico zich toch voordoet, moeten we het natuurlijk ook herstellen. In laatste instantie moet in een vergoeding voorzien worden. Dat laatste systeem bestaat al ongeveer 50 jaar, en is nu niet langer het enige. Tenslotte is uitsluiting momenteel de belangrijkste vorm van armoede. Het probleem van de volgende eeuw zal trouwens de kennisarmoede zijn.

Naast de financiering door de ondernemingen in het kader van de preventie, willen wij ook een beroep doen op het persoonlijk inkomen van de burger. Met persoonlijk inkomen bedoel ik meer dan alleen maar het inkomen uit arbeid, want dat is maar ongeveer 80 percent van het totale inkomen

¹⁶ Ter inzage op het commissiesecretariaat : advies van de Raad van State van 25 mei 1994 over een ontwerp van samenwerkingsakkoord tussen de Franse Gemeenschap, de Vlaamse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreffende de tussenkomende diensten inzake adoptie, gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (L. 23.311/9).

van ons land. Het is belangrijk om de solidariteit te baseren op het hele inkomen, dus niet alleen op het inkomen uit arbeid. Wij pleiten ervoor om alle bijzondere sociale bijdragen samen te voegen tot één algemene sociale bijdrage.

Een derde financieringsbron vormen de nationale middelen. We pleiten niet voor een verhoging van de belastingen, wel voor een verschuiving : zo stellen we bijvoorbeeld een belasting op gezondheidsbedreigende producten zoals tabak en alcohol voor. Daarvoor moet men maar de Europese goedkeuring krijgen. Die prijsstijgingen moeten niet worden opgenomen in de index van de consumptieprijzen. De gezondheidsindex die we nu kennen, was trouwens een idee van onze werkgroep.

De heer Dehaene was onze voorstellen niet ongenegen. In het Sint-Michielsakkoord en in de kaderwetten zijn er sporen van terug te vinden. Maar het is duidelijk dat bepaalde partijen in het Zuiden van het land dat alles liever niet al te expliciet geformuleerd wilden zien. Voor ons was die nieuwe indeling op zichzelf een zeer valabel voorstel, zelfs als er niet over splitsing werd gesproken. Het is een manier om de risico's beter te dekken, zonder meer middelen te gebruiken. Doordat ons voorstel voor die nieuwe opdeling gekoppeld werd aan de communautarisering kan er niet gemakkelijk meer over gepraat worden.

Toch zijn er redenen om verder te denken. Ook de Vlaamse regering denkt in die richting. Inzake de gezondheidszorg zijn er ook andere argumenten voor communautarisering. Gezondheidszorg is een persoonsgebonden materie bij uitstek en door communautarisering zouden de bevoegdheidspakketten veel homogener zijn. De belangrijkste reden is echter dat de voorkeuren inzake gezondheidszorg nu eenmaal verschillen. Ik heb mijn twijfels over bepaalde studies over transferten en hou me niet met het verleden bezig. In het kader van de responsabilisering is het echter beter de solidariteit te organiseren binnen een gemeenschap met dezelfde opvatting over gezondheidszorg. Minister Busquin heeft het voorstel gelanceerd om de eerste dag op een dienst spoedgevallen extra te subsidiëren. We hebben toen ontdekt dat in Wallonië twee maal zoveel beroep wordt gedaan op de dienst spoedgevallen als in Vlaanderen. Uiteindelijk bleek dat de organisatie van de huisartsen in Vlaanderen dit verschil perfect kon verklaren. Het heeft dus te maken met een cultuurverschil. Maar het had tot gevolg kunnen hebben dat Vlaanderen voor extra kosten zou opdraaien. Daarom stel ik voor iedereen zelf de dekking van zijn risico's te laten organiseren.

Over heel Europa is men op zoek naar een standaardpakket voor de gezondheidszorg, maar ieder land blijkt zijn eigen voorkeuren te hebben. Ook al beantwoorden die voorkeuren niet altijd aan reële behoeften, toch kunnen we niet zonder meer over misbruik spreken, maar over culturele verschillen.

Bovendien bepaalt binnen de gezondheidszorg het aanbod in sterke mate de vraag, omdat gezondheid nu eenmaal het hoogste goed is. Een welvaartsstaat moet iedereen basiszorg verstrekken. Maar wat is de basisverzorging precies ? Hoe vaak moet iemand naar de huisarts ? Dat hangt af van de geschiedenis van een streek en daarom stel ik voor iedereen zijn eigen systeem te laten uitwerken.

Toen ik nog voorzitter was van de raad van bestuur van een universiteit met een groot universitair ziekenhuis heb ik vaak geklaagd over de kloof tussen de prijs voor een geneeskundige prestatie in de verschillende landsdelen. Ik pleitte ervoor om overal dezelfde regels op dezelfde manier toe te passen. Ik ben er ondertussen van teruggekomen het heil daarvan te verwachten. Laat iedereen de verantwoordelijkheid voor zijn eigen systeem opnemen.

De heer Jos Geysels : Toen ik in 1988 in de Kamer kwam, moesten we ons buigen over het probleem van de sociale zekerheid, met name over een rapport van de koninklijk commissaris uit 1980, dat een aantal ideeën bevatte die vandaag opnieuw ter tafel liggen. Ongeveer een jaar geleden stelde prof. Herman Deleeck in een vrije tribune in De Standaard, die mede door u ondertekend was, dat de communautaire discussie niet thuishoorde in een debat over de hervorming van de sociale zekerheid en dat het opnemen van die communautaire discussie alleen maar verantwoord was als de communautaire kwesties door de Franstaligen misbruikt werden om noodzakelijke hervormingen tegen te houden. Is dat ogenblik nu aangebroken ? U pleit er al jaren voor om de kinderbijslag te universaliseren. Is die stelling compatibel met de overdracht van bevoegdheden ?

Prof. Roger Dillemans : Ik heb nooit voor de splitsing van de sociale zekerheid in het algemeen geijverd. Al wat met arbeid te maken heeft, moet gedekt worden waar arbeid ter sprake komt, de rest is een andere zaak. Of de kinderbijslag al dan niet gedefederaliseerd wordt, is geen acuut politiek probleem. Anders dan in de sector van de gezondheidszorg is hier geen sprake van transferten en het gaat om minder geld. Wel is de kinderbijslag een zeer complexe materie geworden. Om hieraan te verhelpen, zou ze beter uit het bedrijfsfinancie-

ringscircuit gelicht worden. Dat zou de uitbetaling ervan sterk vereenvoudigen.

Prof. Deleeck heeft vorig jaar een aantal vrienden binnen het milieu gevraagd om zijn oproep mee te ondertekenen. In de eerste versie daarvan stond nog zonder meer dat de communautaire kwestie ons niet aanbelangde. Die stelling hebben we na lange discussies genuanceerd. Inmiddels heeft onze groep op 4 juni van dit jaar een tekst uitgebracht over de modernisering van de sociale zekerheid¹⁷. Voor mij kan de sociale zekerheid een federale materie blijven als maar gegarandeerd wordt dat de regels en de toepassing van de regels overal dezelfde zijn.

De heer Busquin heeft als minister van Sociale Zaken een commissie opgericht om de algemene criteria vast te leggen voor het bepalen van de verpleegdagprijs in ziekenhuizen. Overigens is uit de rapporten-Jadot inmiddels gebleken dat de verschillen in verpleegdagprijs wat gedaald zijn. De commissie heeft inderdaad criteria vastgelegd om per ziektebeeld een forfaitaire verpleegdagprijs te bepalen. Maar de rechtekkingen die op basis van deze criteria zouden moeten uitgevoerd worden, bleken budgettair niet haalbaar.

De heer Robert Voorhamme : U pleit op de eerste plaats voor een rationelere organisatie van de sociale zekerheid, de discussie over de communautarisering is voor u van ondergeschikt belang. Deze denkplaatse biedt het voordeel van de eenvoud. Maar u hebt zelf gezegd dat de gezondheidszorg een sector is waarin het aanbod de vraag bepaalt. De prijs-kwaliteitverhouding speelt in de gezondheidszorg minder. Het gaat hier niet om een gewoon consumptiegoed en daarom kiest men gewoon voor de beste kwaliteit, ongeacht de prijs. Als men op een beperkt grondgebied, met drie verschillende culturen inzake gezondheidszorg, op verschillende instanties een beroep doet om het aanbod beter te beheersen, wordt de kans op de perversiteit van het systeem wel zeer groot.

U zoekt een andere financieringswijze voor verschillende delen van de sociale zekerheid op basis van de aard van de risico's die gedekt worden. Maar precies daar blijft u steken in een model dat niet langer met de realiteit overeenstemt. Veertig jaar geleden was werkloosheid bijvoorbeeld vooral een conjunctureel risico, nu neemt het aandeel van de structurele werkloosheid alsnog toe. Zeker op het Europese vlak, maar ook al in ons land, begint men de werkloosheidsverzekering te hanteren als instrument van een activerend uitkeringsbeleid dat onderdeel is van het werkgelegenheidsbeleid.

Het risico op werkloosheid krijgt dan voor het beleid een andere betekenis. De werkloosheidsverzekering moet daarom niet in de eerste plaats zorgen voor een inkomen voor de werklozen, maar wel gelden vrijmaken om de werklozen terug in te schakelen.

In ons land wordt deze koppeling van werkgelegenheidsbeleid en uitkeringen meer en meer doorkruist door een zeker immobilisme dat het gevolg is van de bevoegdheidsverdeling in dit land. In bepaalde Europese landen is er, dank zij een andere staatsstructuur, wel zo een doortastend werkgelegenheidsbeleid. Daarom stel ik me de vraag of het model waarover u spreekt nog voldoende actueel is.

Prof. Roger Dillemans : De heer Voorhamme stelt dat dit probleem voor onze groep niet het hoofdthema is. Het is voor ons echter zeker niet ondergeschikt, vooral wanneer het systeem niet rechtvaardig werkt. De elasticiteit van de vraag naar gezondheid is niet zo groot. De mensen hebben immers geen keuze. Ik zou hier het voorbeeld kunnen aanhalen van een jonge arts, wiens kindje een operatie nodig heeft die enkel in de Verenigde Staten kan uitgevoerd worden. Deze operatie gaat tien miljoen frank kosten. De ouders kunnen dat niet betalen, maar toch is de enige vraag die ze zich stellen hoe ze dat bedrag bij elkaar gaan krijgen.

Voor ons is werkloosheid een risico dat dicht bij de arbeid staat. De aard van de werkloosheid is inderdaad veranderd. Vroeger was werkloosheid exceptioneel. Nu is dat een ingebouwd deficit van onze maatschappij. De vraag is waar dat het best kan verzekerd worden. Wij menen dat dit het best kan gebeuren daar waar het economisch bestel functioneert, namelijk waar de partners in het economisch proces elkaar ontmoeten. Als de syndicaten zich hiertoe hadden georganiseerd, dan stonden er nu Europese syndicaten tegenover de multinationale ondernemingen. We blijven erbij dat de werkloos-

¹⁷ Deze nota ('Een visie op doelstellingen en de principes voor de sociale zekerheid en een algemeen voorstel tot hervorming') werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

heid geen risico is waarvoor je de dekking zonder meer naar Vlaanderen kan verschuiven.

De opmerking van de heer Voorhamme dat werkloosheidsuitkeringen steeds meer gekoppeld worden aan een werkgelegenheidsbeleid, is terecht. Men heeft het werkgelegenheidsbeleid gecommunautariseerd, hoewel dat volgens ons schema niet noodzakelijk was. Het huidige systeem functioneert niet goed, maar terugkeren naar federale bevoegdheden is volgens mij niet meer haalbaar. Men heeft deze beslissing destijds genomen om pragmatische redenen. Men ging er namelijk van uit dat de Vlaamse diensten beter werkten. De heer Voorhamme heeft gelijk dat werken met verschillende overheden, zonder homogene bevoegdheidspakketten, een moeilijke opdracht is.

De heer Robert Voorhamme : Blijkbaar heeft de geringe mogelijkheid om de uitkering actief te gebruiken in het werkgelegenheidsbeleid te maken met het klimaat van wantrouwen tussen de overheden. Daardoor blijft het werkgelegenheidsbeleid in ons land achter bij de Scandinavische landen.

De heer Jos Geysels : De heer Voorhamme heeft gelijk, maar niet helemaal. Er is inderdaad een tendens om de werkloosheidsuitkeringen te gebruiken voor een werkgelegenheidspolitiek. Daarnaast is er echter het fenomeen dat bepaalde werkloosheidsuitkeringen aan dat werkgelegenheidsbeleid worden onttrokken. Ik denk onder meer aan de oudere werklozen, die zelfs uit de statistieken verdwijnen.

De heer Roger Dillemans : De huidige minister-president heeft indertijd, toen hij minister van Arbeid was, de idee gelanceerd van een zesde pijler precies voor die groep. Dat is toen niet aanvaard mede omdat de indruk zou ontstaan dat deze mensen afgeschreven worden. Nu komt het thema niet meer uitdrukkelijk aan de orde, maar is de werkloosheidsuitkering voor sommige werklozen wel geëvolueerd naar een basisinkomen.

We hebben ook de idee van een basisverzekering tegen risico's inzake werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en pensioenen gelanceerd. Er zou gestreefd worden naar een basisverzekering voor iedereen van 18 tot 65 jaar, ook voor die mensen die weinig gewerkt hebben. Men zou dan het begrip werkzoekende gebruiken in plaats van het begrip werkloze. Dat basisinkomen zou niet veel hoger liggen dan het huidige gewaarborgd mini-

mum inkomen, maar dan zonder onderzoek naar de bestaansmiddelen zoals het OCMW nu doet. Dat onderzoek is nog voor veel mensen een grote psychologische drempel. Mevrouw Bea Cantillon heeft berekend dat dit systeem zou kunnen functioneren voor de werkloosheid en voor de arbeidsongeschiktheid. Voor de pensioenen zou het echter teveel kosten.

Er loopt een onderzoek naar personen die, hoewel ze er recht op hebben, toch geen beroep doen op de sociale zekerheid. Vaak spelen daarbij psychologische motieven mee. Sommige mensen zijn bijvoorbeeld te trots om naar het OCMW te stappen. Door middel van een basisverzekering zou deze groep toch niet uit de boot vallen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : U heeft ervaring met de Brusselse situatie. De universitaire ziekenhuizen van Leuven en Brussel werken immers samen. Heeft uw werkgroep zich ook gebogen over de Brusselse problematiek ?

Prof. Roger Dillemans : Onze werkgroep heeft Brussel weliswaar niet uit het oog verloren, maar Brussel was niet het belangrijkste voorwerp van het onderzoek. We zijn niet uitgegaan van een eventuele verdere defederalisering. We beseffen dat het hier gaat om een delicaat probleem. Universitaire ziekenhuizen moeten patiënten uit het hele land kunnen opvangen, naargelang hun specialisatie. Brussel is een apart probleem, maar het kan worden beschouwd in een ruimere context. We zijn voorstander van een splitsing tussen financiering en verstrekking van de gezondheidszorg. Er bestaan verschillen tussen de verschillende Europese landen. In sommige landen, zoals Engeland, stelt de zogenaamde National Health Service gratis artsen en ziekenhuizen ter beschikking. Bij ons wordt gewerkt met een verzekering en met terugbetaling. Dit gebrek aan eenvormigheid kan voor complicaties zorgen. In het document 'Some Arguments and Proposals for European Actions in Health Care' pleiten we ervoor dat eenieder de zorgen kan halen in het land en de regio die het meest geschikt zijn. De terugbetaling moet evenwel van de eigen regio komen. De tarifiering en terugbetaling moet gebeuren volgens de normen die van toepassing zijn in de eigen streek. Dit voorstel op het niveau van Europa zou ook voor Brussel kunnen werken. Het zou trouwens niet slecht zijn dat we op deze wijze impact zouden krijgen op het taalgebruik in ziekenhuizen.

3. De heer Fons De Neve, hoofd van de studiedienst van de Bond van Grote en van Jonge Gezinnen (BGJG)¹⁸

De heer Fons De Neve : Eerst en vooral wil ik onze voorzitter en nationaal secretaris verontschuldigen. Ik wil u eveneens bedanken voor de kans die u ons biedt om onze visie uiteen te zetten.

De Bond wil voor de gezinnen in Vlaanderen en Brussel goede omstandigheden creëren om een kwaliteitsvol gezinsleven uit te bouwen. Dit is uiteraard niet enkel een materiële aangelegenheid, maar toch mag de financiële ondersteuning van de gezinnen niet vergeten worden.

Kinderbijslag is in dit verband het meest directe instrument om de levensstandaard van gezinnen met kinderen op te krikken tot op een niveau vergelijkbaar met dat van gezinnen met minder of zonder kinderen en eenzelfde inkomen. Dit gebeurt door financiële ondersteuning. Dankzij het werk van vele decennia hebben we nu een behoorlijk systeem van kinderbijslagen, dat echter voor verbetering vatbaar is. Helaas wordt daar soms sluis, soms heel expliciet, aan geknabbeld.

De Bond pleit al vele jaren voor de defederalisering van de kinderbijslag. Ons standpunt is derhalve niet geïnspireerd door het probleem van de transferten van Noord naar Zuid. Wel doordat wij ervaren dat alle aspecten die kunnen leiden tot een kwaliteitsvol gezinsleven, het best maximaal tot één coherent geheel behoren en op één beleidsniveau worden gebundeld.

In de bijzondere wet van 1980 is er een belangrijke lacune, omdat ondanks de overheveling van het gezinsbeleid de rechtstreekse financiële ondersteuning van de gezinnen zoals via de kinderbijslag niet voorzien is. Vermits wij pleiten voor een eigen, coherent gezinsbeleid met eigen accenten vanuit elke gemeenschap, moet die wet van 1980 nog zijn volle invulling krijgen via een volgende stap naar verdere defederalisering.

Los van dit pleidooi willen wij de kinderbijslag losmaken uit de sociale zekerheid. Het systeem is wel historisch zo gegroeid, maar dit is nu niet langer relevant. Sociale zekerheid hangt immers samen met de arbeidssituatie en -risico's, terwijl kinderen krijgen geen arbeidsrisico is en geen directe invloed heeft op het inkomen, maar natuurlijk wel op de levensstandaard. Kinderbijslagen zijn kostencompenserend voor de kosten van kinderen.

Dit heeft belangrijke consequenties. Als de kinderbijslag uit de sociale zekerheid wordt gelicht, moet er onder meer worden overgestapt naar een andere financiering. Wij willen de bijdragefinanciering vervangen door financiering uit de algemene middelen, waarbij de diverse maatschappelijke geledingen op een rechtmatige en correcte wijze hun aandeel opnemen. Een tweede consequentie is het feit dat we zullen moeten werken met een ander stelsel. Nu bestaan er verschillende stelsels naast elkaar : werknemers, zelfstandigen, overheid en de gewaarborgde bijslag. Wij zijn voor een overgang naar een eenheidsstelsel. Daarin wordt de band met de beroepssituatie van de ouders doorgeknipt. Het bestaan van het kind is een voldoende reden om kinderbijslag te ontvangen. Kinderbijslag wordt dus een recht van het kind. Dit moet één van de kernelementen worden van het toekomstige stelsel.

Dit uit de sociale zekerheid halen van de kinderbijslag zien we als een tussenstap naar defederalisering. Er zijn twee belangrijke redenen voor de verdere overheveling naar de gemeenschappen. Ten eerste zal pas dan de wet van 1980 volledig worden toegepast. Een tweede reden is het subsidiariteitsprincipe. We beschouwen de Vlaamse Gemeenschap als het niveau bij uitstek voor het globaliseren van het gezinsbeleid.

Hierbij kan men zich de bedenking maken of dit niet in strijd is met het solidariteitsbeginsel. Volgens ons moet subsidiariteit de voorrang krijgen op solidariteit, omdat het uiteindelijk een stap vooruit kan betekenen voor alle gemeenschappen en voor de gezinnen die er deel van uitmaken.

De Bond verwacht dat het Vlaams kinderbijslagstelsel een minimum kostendekkend stelsel is dat uitgaat van het recht van het kind, los van het beroep van de ouders en hun werkgever. Dit is meteen ook een administratieve vereenvoudiging. Op termijn moeten we komen tot een gelijke basisbijslag voor elk kind, dat de minimumkosten dekt. De Bond wenst dat de gezinnen beter worden van de defederalisering. Dat kan als de Vlaamse Gemeenschap ook over voldoende bevoegdheden

¹⁸ Een nota met het standpunt van de Bond van Grote en van Jonge gezinnen naar aanleiding van het debat over de hervorming van de sociale zekerheid werd ter beschikking gesteld van de commissie en ligt ter inzage op het commissiesecretariaat.

en middelen beschikt voor een eigen krachtige Vlaamse gezinspolitiek.

Tot besluit : voor de financiering dient, zoals ik reeds aanhaalde, overgestapt van een systeem dat nu rust op werkgeversbijdragen naar een systeem op basis van algemene middelen. Gevaar hierbij is dat men afhankelijk is van de jaarlijkse toewijzing in het kader van de begroting. We rekenen evenwel op de Vlaamse bereidheid om een echte gezinspolitiek te voeren en zelfs uit te breiden en de wil om hiertoe in een veilige duurzame financiering te voorzien. In een eerste fase kan men overgaan tot een stelsel gebaseerd op twee pijlers, later tot een reële defederalisering. De Bond heeft nog geen technisch model over hoe deze defederalisering en financiering tot stand moet komen, maar wil wel de grondlijnen en motieven aangeven en mee zoeken. Omdat de uitgaven van de kinderbijslag bekend zijn over de regio's, moet het mogelijk zijn om tot een objectieve verdeelsleutel te komen. Het aantal rechtgevendende kinderen zou hiervoor een basisgegeven kunnen zijn, met eventuele corrigerende factoren. We merken evenwel dat het relatieve aantal gezinnen met respectievelijk 1,2,3,4 en meer kinderen niet wezenlijk verschilt in de Vlaamse en Franstalige Gemeenschap. Op termijn kan een eigen fiscaliteit nagestreefd worden, evenwel met de nodige corrigerende maatregelen naar de gezinnen toe.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Wat is het standpunt van de Bond over de recente federale maatregelen inzake de kinderbijslag ?

Mevrouw Patricia Ceysens : U streeft ernaar om inzake de kinderbijslag twee banden door te knippen : deze met de arbeidssituatie, mijns inziens terecht, en deze met het gezin. Dat laatste begrijp ik niet goed. Een kind dat geboren wordt in een welstellend gezin krijgt toch meer financiële kansen dan een kind dat geboren wordt in een minder goedgezind gezin ?

De kinderbijslag is de enige manier waarop wij de kinderen rechtstreeks betoelagen. Hoe ziet u de verhouding met de andere, onrechtstreekse vormen van betoelaging ? Is verandering ook hier noodzakelijk ?

De heer Herman Suykerbuyk : Bij de subsidiëring is het aantal kinderen een criterium. Het is dus een vorm van dotatie. Is dit het standpunt van de Bond ? Men kiest voor overheveling maar om hetzelfde stelsel toe te passen ? Wil u de overdracht van middelen naar de gemeenschappen om dezelfde politiek te voeren als nu op federaal niveau ?

De heer Jos Geysels : De Bond pleit voor het principe om de kinderbijslag om te vormen tot het recht van elk kind en niet afhankelijk te maken van de situatie van de ouders. U bekritiseert de recente federale maatregelen. Denkt u dat de defederalisering u op dit vlak meer garanties biedt ?

U pleit voor de betaling via de algemene middelen, via enveloppefinanciering of door zelfstandige inning via fiscale middelen. Hoe denkt u de transfer van gezinnen met meer kinderen naar gezinnen met minder kinderen te kunnen vermijden ? Welke groepen moeten de kosten hiervan dragen ?

Wat doet u met de niet rechtstreeks uitgekeerde subsidies zoals de fiscale aftrek ?

De heer Johan Sauwens : Indien de financiering niet meer gehaald wordt uit arbeid maar uit algemene middelen, wordt veel papierwerk bespaard. Weet u hoeveel deze besparing zal opleveren ?

De heer André Denys : Als u de kinderbijslag weghaalt uit de werkgeversbijdrage zal de arbeidskost dalen met 7 procent. Wilt u de nodige financiële middelen verwerven via een rechtstreekse belastingvorm ?

De heer Fons De Neve : We willen dat de gezinnen beter worden van de defederalisering. Dat betekent dat er nog veel werk aan de winkel is. Het gaat niet alleen over een aanpassing van de structuren. We moeten ijveren voor een Vlaams eenheidsstelsel waarbij de kinderbijslag de minimumkosten dekt en de band met de situatie van de ouders doorgeknipt is. De garanties zijn afhankelijk van de politieke wil. De nodige structurele en wettelijke sleutels moeten ingebouwd worden en de negatieve factoren weggenomen worden. We zijn voor een bedachtzame overgang die aan de gezinnen de materiële en immateriële elementen biedt voor een goed en kwaliteitsvol leven.

We willen de band met het gezin doorknippen, omdat we ervan uitgaan dat de kinderbijslag een recht van het kind is. Elk gezin met kinderen ondergaat immers een daling van de levensstandaard, zelfs al heeft het gezin een hoog inkomen. Er is een groot verschil tussen een gezin met een inkomen van bijvoorbeeld 2 miljoen zonder kinderen en een gezin met eenzelfde inkomen maar met drie kinderen ten laste.

In onze visie heeft de kinderbijslag de functie de levensstandaard op te krikken tot een niveau dat vergelijkbaar is met dat van mensen met minder of

zonder kinderen. De factor kinderen mag dus geen reden zijn voor een achterstand.

Uiteraard zijn er verschillen naargelang het inkomen van de gezinnen. Voor deze verticale inkomenshervreiding tussen mensen met een hoog inkomen en mensen met een laag inkomen, los van het kindertal, is de fiscaliteit het meest geschikte instrument. De kinderbijslag is evenwel het goede instrument voor een hervreiding tussen de gezinnen die met velen van een inkomen moeten leven en de gezinnen die met weinig van een inkomen moeten leven. Dit noemen we de horizontale inkomenshervreiding. We mogen deze twee vormen van inkomenshervreiding niet door elkaar gebruiken. Eens de inkomenskoppeling ingebracht komen we op een glijdende helling terecht en lopen we het risico te evolueren naar een selectief systeem van kinderbijslag voor een beperkte groep van gezinnen met kinderen. De politiek van inkomenshervreiding is trouwens een van de hoofdtaaken van de overheid.

Wanneer we het hebben over de directe kosten van kinderen, dan bedoelen we de minimumkosten die als het ware kleven aan, dit wil zeggen eigen zijn aan elk kind. Het gaat dan om kosten voor onder meer kleding en voeding, voor het aandeel van het kind in verwarming en elektriciteit. Wij gaan ervan uit dat de kinderbijslag die directe kosten moet dekken. Daarnaast moeten bepaalde gezinnen meer ondersteund worden voor specifieke uitgaven die samenhangen met de kwaliteit van het gezinsleven zoals huisvesting of specifieke kosten van het kind, zoals vooral onderwijs. Daar kan men selectieve subsidies geven aan die gezinnen die niet zelf de kosten kunnen dragen. In onze visie is er dus een universele en meer selectieve vormen van tussenkomsten aan gezinnen. Wij zien geen reden om die twee bij elkaar te voegen.

Er waren ook een paar vragen over de financiering. Wanneer men de kinderbijslag uit de sociale zekerheid zou lichten, zou een werkgeversbijdrage van zeven percent niet meer nodig zijn. Sommigen willen daarvan gebruik maken om de werkgeversbijdrage te verlagen. Wij zouden dan veeleer sleutelen aan de overheidstransfer naar de sociale zekerheid. Het geld dat niet meer in de sociale zekerheid geïnjecteerd dient te worden zou grotendeels kunnen gebruikt worden voor de financiering van de kinderbijslag. Op dit ogenblik heeft men ook voor meer dan honderd miljard frank alternatieve financiering gevonden. Het zal wellicht mogelijk zijn op een creatieve manier de middelen bijeen te brengen en dit zonder de gezinnen met kinderen te discrimineren.

Uiteraard zijn we ervoor beducht dat bij een andere vorm van financiering inspanningen zullen gevraagd worden van de gezinnen. Voor elke geplande maatregel zou er een gezinseffectenrapportering moeten komen. Gezinnen mogen niet getroffen worden, omdat ze kinderen hebben. Indien er dan toch inspanningen gevraagd worden, dan moet men zoeken naar compenserende maatregelen. We zullen nooit aanvaarden dat gezinnen, en grote gezinnen in het bijzonder, de dupe worden.

De Bond staat zeer afwijzend tegenover de federale inleveringsmaatregelen. Deze houding hebben we grondig gemotiveerd en breed geëtaleerd. Uiteraard vinden we het onfatsoenlijk van de federale regering om in de kaderwet maatregelen aan te kondigen om de bestaansonzekerheid van gezinnen met kinderen te verminderen en als uitvoering inleveringsmaatregelen voor de gezinnen met kinderen op te leggen. Dit raakt kant noch wal en is ongeloofwaardig. De kinderbijslag werd hierbij gebruikt als politieke pasmunt. Ik denk hier aan de halvering van de leeftijdstoelage voor het eerste kind en de verschuiving van de derde leeftijdstoelage van zestien naar achttien jaar. Dat betekent dat gezinnen nog meer voor de minimumkosten van hun kinderen moeten instaan, en dit in hogere mate naarmate ze meer kinderen hebben. Een ongewenst neveneffect is er ook als kinderen verschuiven in rang wanneer een kind het gezin verlaat. Het volgende kind komt in rang één terecht en begint meteen ook in te leveren. Voor een groot gezin kan dit over de jaren gespreid een inlevering van tienduizenden frank en zelfs meer dan honderdduizend frank betekenen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Als ik goed ben ingelicht, heeft de Bond geen duidelijk standpunt over de situatie in Brussel. Het Gewest Brussel van de Bond heeft een ander standpunt ingenomen dan de Bond nationaal. Wat is uw standpunt daarover ? Hoe kan het systeem ook toegepast worden op Brussel ?

De heer John Taylor : Wat zou de meerkost van de door u voorgestelde maatregelen zijn ?

Mevrouw Yolande Avontroodt : Wat zou de impact van de besparingsmaatregelen op de demografische evolutie zijn ?

De heer Fons De Neve : Over het probleem Brussel hebben we geen publiek standpunt. De Vlaamse gezinnen in Brussel hebben wel onze bijzondere aandacht. Wij wensen dat ook die gezinnen mee kunnen genieten van een Vlaams kinderbijslagstel-

sel. In een democratische en pluralistische organisatie als de Bond brengt dit uiteraard discussie mee. Het Gewest Brussel is bezorgd over deze evolutie. We hebben echter een standpunt ingenomen met de hele beweging in ons hoogste juridische orgaan, de Algemene Vergadering, met alle gewesten daarin vertegenwoordigd. Hier kunnen we natuurlijk niet ingaan op de technische aspecten van de oplossing. Als Vlaanderen een attractief kinderbijslagstelsel zou hebben zal natuurlijk de vraag rijzen welke verschuivingen in het Brusselse zullen ontstaan en wat eraan dient gedaan. Indien de koppeling aan de werkgeversbijdrage er niet meer zou zijn, dan zijn we wel al een stap op weg naar een deblokkering van de Brusselse situatie, althans wat de financiering betreft.

De langetermijndoelstelling naar een minimumkostendekkend stelsel zal onvermijdelijk meer middelen vragen. Die kosten bedragen gemiddeld 10.000 frank per maand per kind en daar zijn we nu nog een eind vandaan. Indien de kinderbijslag verder evolueert in de richting van een basisrecht dat minimumkostendekkend is, zal mogelijk moeten gesleuteld worden aan het fiscale herverdelingsmechanisme. Er bestaan immers verschillende instrumenten voor een transferpolitiek naar de gezinnen toe.

De heer Johan De Roo : Defederalisering van de kinderbijslag zou in Brussel tot gevolg kunnen hebben dat mensen uit dezelfde straat, met dezelfde gezinssituatie en kinderen met dezelfde leeftijd, een verschillende toelage ontvangen. Wat denkt de BGJG hierover ?

De heer Fons De Neve : De keuze voor subsidiariteit kan betekenen dat een gemeenschap eigen accenten legt en er dus verschillen ontstaan. Dit is nu eenmaal de prijs die betaald wordt voor defederalisering. Ook in andere domeinen zoals de studietoelagen, of het kleuteronderwijs kunnen er nu reeds verschillen in Brussel zijn. Overigens bestaan er nu al gezinnen uit dezelfde straat met een verschillende kinderbijslag, al hebben die dan geen communautaire oorzaak, maar zijn zij veeleer te wijten aan de onvolkomenheid van het huidige systeem.

De heer Johan Sauwens : In het domein van de kinderbijlagen zijn er minder transfers dan in de sociale zekerheid. Wat is het standpunt van uw collega's van de Franstalige Gemeenschap ten aanzien van de defederalisering ?

De heer Fons De Neve : De Ligue des Familles is op dit ogenblik een tegenstander van defederalise-

ring. Wij zijn het evenwel eens over heel wat basisprincipes, zoals kinderbijslag als recht van het kind en de minimumkostendekking, terwijl wij op institutioneel vlak van mening verschillen.

IX. HOORZITTING OVER DE FINANCIERING

– **Dr. Steven Vansteenkiste, docent socialezekerheidsrecht, K.U. Brabant**

Dr. Steven Vansteenkiste : Mijn uiteenzetting zal niet de gehele problematiek van de bevoegdheidsverdeling inzake sociale zekerheid omvatten. Ik beperk mij tot enkele capita selecta, met name : de financiering van een eventuele Vlaamse sociale zekerheid, de mogelijke oplossingen voor de Brusselse situatie, de relatie van het financieringsprobleem met een ruimere fiscale of financiële autonomie voor de deelgebieden en de gevolgen voor de overheidsfinanciën.

Op al deze vragen zijn technische antwoorden mogelijk, maar deze zijn uiteindelijk afhankelijk van politieke keuzes. Aan de gedetailleerde uitwerking van een technische oplossing moet klaarheid over de politieke doelstellingen voorafgaan. Een en ander kadert in een ruimer debat over de staatsvorming. Het gaat hier in het bijzonder om de verruiming van de fiscale autonomie van de deelgebieden en het statuut van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Ook de Europese evolutie inzake gezondheidszorg speelt een rol.

Het komt ons voor dat de meest bevredigende resultaten worden bereikt, wanneer men opteert voor de meest radicale oplossingen. Er zijn alternatieven mogelijk, maar die leiden in het beste geval tot sub-optimale resultaten. Aangezien de politieke keuzes nog niet zijn gemaakt, dienen wij ons als wetenschappers voorlopig te beperken tot denkspites. Pas wanneer die keuzes gemaakt zijn, heeft het zin om de relevante scenario's volledig uit te werken.

Onze visie op de financiering van een communautaire sociale zekerheid kadert binnen de maximale hypothese van een volledige communautarisering van het gezondheids- en het gezinsbeleid, inclusief de verzekering en de gezinsbijslag. Voorts hanteren wij de volgende uitgangspunten. De basissolidariteit wordt behouden, al dient dit begrip nader gepreciseerd te worden. De overheveling naar de deelgebieden mag geen negatieve invloed hebben

op de algemene overheidsfinanciën, maar zou integendeel moeten bijdragen tot de sanering ervan. Een bevoegdheidsherverdeling moet de optimale werking van de Belgische en Europese economische en monetaire unie respecteren. Het verantwoordelijke overheidsniveau moet ook financieel geresponsabiliseerd worden. De communautaire financiering van de sociale zekerheid mag de evolutie naar een ruimere fiscale autonomie niet hinderen. Er moet een evenwicht bestaan tussen kosten en uitgaven, ook in Brussel. De hervorming moet geleidelijk ingevoerd worden met behulp van een overgangsregeling. De administratie die nodig is voor de inning moet zo min mogelijk complex zijn. Voor zover complexiteit onvermijdelijk is, moet die zeker niet de verzekerde en liever ook niet de zorgverstrekker treffen. De interregionale transfers mogen niet toenemen als gevolg van de communautarisering. Al is het bestaan van die transfers geen voldoende reden om bevoegdheden over te dragen, toch duiden zij onvermijdelijk op culturele en/of gedragsverschillen. Die kunnen een indicatie zijn van het verlangen naar een andersoortig beleid.

In onze hypothese blijft de gehele inkomensvervangende sociale zekerheid federaal, meer bepaald de uitkeringen voor werkloosheid, ouderdom, arbeidsongeschiktheid en het bestaansminimum. De gehele kostencompenserende sociale zekerheid wordt aan de gemeenschappen toegewezen. Het gaat hier om de gezondheidszorgverzekering, de gezinsbijslagen (inclusief minima), de integratietegemoetkomingen voor minder-validen, de kostencompenserende bijstand en de eventuele afhankelijkheidsverzekering. In een minder radicale hypothese wordt hiervan slechts een deel overgeheveld, bijvoorbeeld de gezinsbijslagen.

Bij de vraag hoe de sociale zekerheid op het niveau van de gemeenschappen te financieren ga ik uit van de maximale hypothese en moet een onderscheid worden gemaakt tussen de overgangsregeling en een definitieve regeling.

De financiering van de communautaire sociale zekerheid moet voor de werkgever financieel neutraal zijn. Dit is een belangrijk uitgangspunt. Stel dat financiering door een werkgevers- en werknemersbijdrage behouden blijft. Als we de financiering in dat geval blijven koppelen aan de werkplaats, zullen er verschillen ontstaan afhankelijk van de vestigingsplaats. Als de loonlast binnen een Belgische economische unie niet overal gelijk zou zijn, creëren we sociale dumping. Als de financiering gekoppeld wordt aan de woonplaats van de werknemer, zal de ene categorie duurder zijn dan

de andere. Beide hypothesen zijn nefast. Er mag dus geen communautair verschil ontstaan tussen de bijdragen van werknemers en werkgevers.

Een mogelijke oplossing zou erin kunnen bestaan werkgevers- en werknemersbijdragen te laten bepalen door de federale overheid en ze vervolgens over de gemeenschappen te verdelen. Op die manier wordt echter de financiële autonomie van de gemeenschappen beperkt. De beste oplossing bestaat erin de financiering los te koppelen van de werkgevers- en werknemersbijdrage, en te komen tot een alternatieve financiering in een zogenaamd tweepijlersysteem.

Een eerste mogelijkheid is de financiering uit de algemene middelen, die via dotaties verdeeld worden onder de gemeenschappen. De federale overheid kan beslissen over te gaan tot een belastingverhoging. De dotaties kunnen gebeuren uit de BTW dan wel uit de persoonsbelasting. U weet dat de keuze niet volledig neutraal is. De resterende federale middelen uit de BTW zijn echter niet voldoende om de gehele kostencompenserende sociale zekerheid te financieren.

Een tweede mogelijkheid is financiering door een eigen communautaire fiscaliteit. Dan komen we terecht in het debat over fiscale autonomie. In elk geval biedt het huidige systeem geen bevredigende oplossing voor Brussel.

Een derde mogelijkheid is een bijdrage op het inkomen van alle inwoners, vergelijkbaar met de wijze waarop de Nederlandse volksverzekeringen worden gefinancierd. Die bijdrage zou worden geheven op het inkomen van de inwoners van de gemeenschap. Het begrip woonplaats moet daarbij op federaal niveau gedefinieerd worden. In Brussel laat men de inwoners zelf bepalen bij welk systeem ze zich willen aansluiten. Dit lijkt de optimale oplossing. Een gedeeltelijke financiering door werkgevers- en werknemersbijdragen en/of door federale dotaties kan wel een rol spelen tijdens de overgangperiode of als element in een bijzonder solidariteitsmechanisme.

De financiering via bijdragen zoals in een volksverzekering heeft een aantal voordelen. Zo zijn de gemeenschappen in dit systeem helemaal zelf verantwoordelijk voor uitgaven en inkomsten. Bovendien is deze oplossing ook los van een algemene regeling voor een grotere fiscale autonomie te realiseren. Het kan een eerste stap zijn in die richting en is er zeker geen belemmering voor.

In tegenstelling tot een financiering via de fiscaliteit van de gemeenschappen is de volksverzekering een haalbare oplossing voor Brussel. Daarnaast blijft het verzekeringskarakter behouden : er wordt een directe band gelegd tussen de bijdrage en het recht op prestaties. Dit draagt bij tot de legitimiteit van het systeem.

Het gaat om een geaffecteerde bijdrage. Er wordt een specifiek budget voor de sociale zekerheid gecreëerd, wat de legitimiteit en doorzichtigheid verhoogt. De jaarlijkse discussie over de financiering van de gezondheidszorg, die gepaard zou gaan met een fiscale financiering, wordt zo vermeden. Bovendien wordt er ook in Brussel een correcte link gelegd tussen het aantal verzekerden, de inkomsten en de uitgaven.

De financiering verschuift in dit systeem van de ondernemers naar de inwoners. Het is daarom nog geen cadeau voor de ondernemers. Dergelijke verschuiving kan gecompenseerd worden. In Nederland heeft men bij een soortgelijke operatie een zogenaamde overhevelingstoelage ingevoerd zodat het netto-inkomen van de werknemers uiteindelijk gelijk bleef. Bij het bepalen van de bijdrageplicht kan een minimum-inkomensgrens gesteld worden waaronder geen bijdragen verschuldigd zijn. Op die manier worden ook de minima niet het slachtoffer van de verschuiving.

De invoering van de alternatieve financiering kan eventueel gecombineerd worden met een loonkostenverlaging. Voor de toekomst wordt het risico van een uitgavengroei in elk geval niet meer rechtstreeks op de loonkosten gelegd. Het zal opgevangen moeten worden door een stijging van de bijdrage in de volksverzekering. Tegelijkertijd wordt het risico eveneens verschoven van het federale naar het gemeenschapsniveau. Ik beschouw dit als een positief gevolg. De gemeenschappen beschikken trouwens over belangrijke bevoegdheden om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen.

De huidige overheidsbijdrage aan de sociale zekerheid kan gebruikt worden tijdens een overgangsfase. Ze kan bijvoorbeeld worden bevroren op een bepaald niveau en overgeheveld worden naar de gemeenschappen. Een andere mogelijkheid bestaat erin ze geleidelijk af te bouwen.

Waar zit dan de solidariteit in dit scenario ? Voor eerst blijft er nog een basissolidariteit bestaan via de inkomensvervangende sociale zekerheid. Dit is een interpersonele solidariteit, die echter ook een solidariteit tussen de deelgebieden inhoudt. Die solidariteit is op dit ogenblik trouwens groter in de

sectoren van pensioen en werkloosheid dan in de gezondheidszorg. Verder is er ook nog interregionale solidariteit via het geheel van de federale inkomenspolitiek, via de federale fiscaliteit en via het algemene solidariteitsmechanisme in de financieringswet. Het is wel waar dat zonder bijkomende maatregelen een stuk solidariteit dat nu in de gezondheidszorg bestaat zou verdwijnen.

Moet die basissolidariteit ook een specifiek solidariteitsmechanisme in de gezondheidszorg inbouwen ? Persoonlijk meen ik van niet, er lijken immers onvoldoende objectieve verschillen tussen de gemeenschappen te bestaan, om een dergelijk mechanisme te rechtvaardigen. Dit is echter een politieke vraag, ik hoef hierover niet te beslissen. Een solidariteitsmechanisme is echter perfect toe te voegen aan de voorgestelde wijze van financiering. Op basis van bepaalde parameters, zoals het aantal ouderen en invaliden of de aanwezigheid van ongezonde industrieën, zouden objectieve verschillen in behoeften berekend kunnen worden. Dit komt trouwens ook voor in scenario's voor de responsabilisering van de ziekenfondsen. We zien dit ook gebeuren in Nederland, waar een dergelijke herverdeling gebeurt tussen de geresponsabiliseerde ziekenfondsen, op basis van de objectieve verschillen tussen de verzekerdenpopulaties.

Het is ook mogelijk een soort rampenfonds op te richten om extreme collectieve risico's te herverzekeren. Ik kan me dergelijke situaties moeilijk voorstellen, maar ze zijn mogelijk. Dergelijk solidariteitsmechanisme zou eigenlijk best op Europees vlak opgericht worden.

Ik pleit dus voor een systeem van financiering via premies in een type van volksverzekering, dat eventueel kan aangevuld worden met een specifiek solidariteitsmechanisme.

Inzake een overgangsregeling kan men denken aan een geleidelijke afbouw van de werkgevers- en werknemersbijdragen of aan het onmiddellijk afschaffen ervan, gecombineerd met een overhevelingstoelage die er moet voor zorgen dat het voor de werknemers een neutrale operatie wordt. De federale financiering naar behoefte zou geleidelijk kunnen afgebouwd worden, waarbij de overheidsbijdragen inzake sociale zekerheid via een dotatie aan de gemeenschappen zouden kunnen overgedragen worden. Dit is slechts één voorbeeld. Er zijn voor de overgangsregeling trouwens nog andere scenario's denkbaar.

Inzake de toestand in Brussel wil ik enkele voorafgaandelijke opmerkingen maken.

De kostencompenserende socialezekerheidsuitkeringen in de gezondheidszorg en de kinderbijlagen zijn bij uitstek een persoonsgebonden aangelegenheid. Bij een eventuele bevoegdheidsherverdeling moet er gestreefd worden naar coherente bevoegdheidspakketten. Dat betekent dat de bevoegdheden moeten overgedragen worden aan de gemeenschappen, want deze zijn bevoegd voor het gezinsbeleid en voor het gezondheidsbeleid. Wanneer men zou regionaliseren in plaats van te communitariseren, dan zou dat voor Brussel leiden tot incoherente situaties. Ofwel moet men de bijdrage koppelen aan de woonplaats, en dan kan men vragen stellen over de leefbaarheid van het stelsel in Brussel. Ofwel koppelt men het aan de werkplaats, en dan is er een scheef trekking in de andere richting.

Ten tweede ga ik ervan uit dat er geen subnationaliteit wordt ingevoerd. Als dat wel het geval zou zijn, dan is een ander financieringsscenario uiteraard mogelijk, bijvoorbeeld via de fiscaliteit. De gemeenschappen zijn in Brussel bevoegd ten aanzien van instellingen, niet ten aanzien van personen. Daarom is het type premie-volksverzekering te verkiezen boven fiscaliteit. Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen de gezondheidszorgverzekering en de rest van het gezondheidsbeleid dat nog federaal is. Een oplossing voor Brussel moet complexiteit vermijden en als die niet te vermijden is, dan moet die niet op het niveau van de patiënt te situeren zijn, maar op beleidsniveau.

Hoe kan men een communautaire sociale zekerheid realiseren in Brussel? Dat kan met name door aan de inwoners van het Brussels Gewest een keuzerecht te geven. Het gaat om een individuele en herroepbare keuze. Zo niet dan wordt het een soort subnationaliteit. De keuze is dus herroepbaar, maar wellicht moeten er toch remmen ingebouwd worden. Dit is vergelijkbaar met de keuze van een ziekenfonds. Het is nu ook niet mogelijk om elke dag van ziekenfonds te veranderen. Voor minderjarigen geldt tevens de woonplaats, die niet noodzakelijk dezelfde is als die van hun ouders. Voor minderjarigen te Brussel geldt tevens de keuze, die dan uitgeoefend wordt door de ouders of de voogd.

Dit voorstel impliceert een vorm van competitie tussen communautaire sociale verzekeringsinstellingen. Het gaat hier om een competitie tussen publieke stelsels. Competitie bestaat ook in andere landen, bijvoorbeeld waar een responsabilisering van de ziekenfondsen werd doorgevoerd. In België bestaat er ook competitie inzake de aanvullende

verzekeringen en inzake de particuliere verzekeringen.

Het voorstel impliceert wel dat de zorgverstrekkers met twee soorten verzekerden geconfronteerd worden. Dit probleem moet echter niet overdreven worden. Ziekenhuizen, en andere zorginstellingen, zijn best in staat dit onderscheid te maken, zelfs indien dat zou leiden tot zeer uiteenlopende terugbetalingssystemen zoals een ligdagprijs versus een pathologiefinanciering. Ziekenfondsen maken nu trouwens al een onderscheid tussen verschillende soorten verzekerden. Ze hanteren de facto andere tarieven voor patiënten met een hospitalisatieverzekering. Ziekenhuizen beschikken naar verluidt trouwens over de nodige gespecialiseerde software om dit soort onderscheid op een voor hun budget optimale wijze te maken. Ook voor de individuele zorgverstrekkers kan het bestaan van twee soorten verzekerden mijns inziens geen onoverkomelijk probleem zijn.

Over de problematiek van de overheveling van het gezondheidsbeleid als dusdanig in Brussel en de problemen betreffende, bijvoorbeeld, de programmering en de organieke wetgeving, is er bij mijn weten nog geen omvattende studie uitgevoerd die een globale oplossing naar voor schuift. In het boek dat ik gisteren met mijn Leuvense collega's heb voorgesteld, worden wel een ruim aantal specifieke vragen beantwoord (Jan Bertels, Danny Pieters, Paul Schoukens en Steven Vansteenkiste, *De Vlaamse Sociale Zekerheid in 101 vragen en antwoorden*, Acco, Leuven/Amersfoort, 1997). Men kan echter pas volledige scenario's uitwerken als de politieke keuzes gemaakt zijn. De politieke wereld moet nagaan welke onderdelen federaal blijven en welke gemeenschapsbevoegdheden in Brussel bicommunautair georganiseerd kunnen worden. Een volledige unicommunautaire zorgsector in Brussel lijkt in elk geval ten nadele van de Vlaamse gebruikers te zijn.

Ik wil enkele vragen uit het boek die over deze problematiek handelen, hier weergeven zonder een globale visie naar voor te schuiven. Conventioneering vormt geen probleem als er twee ziekteverzekeringen zijn. Nu zijn er ook artsen die niet geconventioneerd zijn en de verzekerden, die zij behandelen, worden ook terugbetaald. Toch is het van belang dat we streven naar conventioneering op federaal niveau of met alle artsen in België. Daar moeten we echter rekening houden met de mogelijke Europese evolutie. Het Europees kartelrecht zou kunnen inhouden dat de huidige conventioneering met tariefafspraken tussen verzekeraars en zorgverstrekkers afgeschaft wordt omdat dit een

vorm van kartelvorming is. Een andere evolutie zou kunnen inhouden dat de nationale socialezekerheidsstelsels de terugbetaling van prestaties niet meer mogen beperken tot het eigen land. Men kan dan in andere landen verzorgd worden met terugbetaling door de Belgische ziekteverzekering, die dan eigen tarieven hanteert of, indien het kartelrecht dit nog toelaat, afspraken maakt met artsen in binnen- en buitenland. Ook binnen deze redenering is een Belgische bicommunautaire ziekteverzekering mogelijk. Nu reeds maken bijvoorbeeld de Nederlandse ziekenfondsen overeenkomsten met Belgische ziekenhuizen.

Op dit moment worden de zorgen, verstrekt door iedereen die als arts erkend is, terugbetaald. Ook bij een gesplitste ziektekostenverzekering moet een zo ruim mogelijke toegang tot de ganse medische zorg in België en eventueel in heel Europa verzekerd worden.

De franchise en de remgelden kunnen verschillen in beide gemeenschappen. In Brussel kan dit dan een element worden dat de keuze kan bepalen. De invoering van een echelonnering (het terugbetalen van de zorgen verstrekt door een specialist enkel na verwijzing door de huisarts), kan, mits degelijke voorlichting, in één van de gemeenschappen ingevoerd worden zonder dat dit in de andere gebeurt.

De vrije keuze voor een arts en de toegankelijkheid tot alle gezondheidszorg, eventueel ook in andere landen, kunnen gewaarborgd blijven. De idee dat de patiënt zorg geniet in de andere gemeenschap is, zoals gezegd, perfect verenigbaar met de idee van twee ziekteverzekeringen.

Over het al dan niet federaliseren van de andere aspecten dan de ziekteverzekering moet verder nagedacht worden. Hierbij is er één belangrijk uitgangspunt : de patiënt een zo ruim mogelijk aanbod blijven waarborgen.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Wat is de invloed van de Europese monetaire unie op deze problematiek ?

U vindt dat er voldoende onderzoek is en vraagt nu dat politieke keuzes gemaakt worden zodat de wetenschap oplossingen voor deze keuzes kan uitwerken. Klopt deze vaststelling met uw stelling ?

Dr. Steven Vansteenkiste : Er is schandalig weinig onderzoek geweest over de sociale invloed van de invoering van de Europese monetaire unie. Wat betreft de sociale zekerheid is er weinig Europese regelgeving. Er bestaat een coördinatie-Verorde-

ning die samenhangt met het vrij verkeer van werkkenden en die zich richt op het behoud van socialezekerheidsrechten bij migratie. En er zijn een aantal richtlijnen over de gelijke behandeling van mannen en vrouwen in de sociale zekerheid. Verder geven alle lid-staten zelf vorm aan hun socialezekerheidssysteem.

Ik veronderstel dat door de invoering van de eenheidsmunt het Europese feit dieper zal ingrijpen op de sociale zekerheid. De vermindering van de sociale lasten zal de devaluatie vervangen als wapen in de concurrentiestrijd tussen de verschillende landen. Dit kan leiden tot een neerwaartse spiraal van sociale dumping. Wellicht is het Europese antwoord hierop, op termijn, dat een aantal minimumstandaarden inzake sociale bescherming worden ingevoerd.

Het onderzoek naar de mogelijkheid tot overheveling van de ziektekostenverzekering naar de gemeenschappen is reeds zover gevorderd dat er politieke beslissingen kunnen worden genomen. Uiteraard moeten een aantal details nog verder worden uitgediept. Daarvoor kan wellicht beter gewacht worden op de nodige politieke beslissingen.

De heer Robert Voorhamme : De heer Vansteenkiste zegt dat inspelen op lagere loonkosten wegens de monetaire unie uit den boze zou zijn.

Dr. Steven Vansteenkiste : Ik heb gezegd dat concurrentie op het vlak van de loonkosten binnen Europa op termijn kan leiden tot sociale afbraak.

De heer Robert Voorhamme : Bij het begin van uw betoog stelde u een monetaire unie als één van de voorwaarden waarbinnen uw onderzoek is verlopen. U zei dat lagere loonkosten binnen een muntunie niet kunnen. Ik wil er op wijzen dat deze redenering door een groot deel van dit Vlaams Parlement niet wordt gevolgd.

Hoe ziet u het overheidsaandeel in de financiering van de sociale zekerheid ? U wijst erop dat we nu een tweepijlersysteem kennen met vervangingsinkomens die gefinancierd worden uit de bijdragen en met aanvullende inkomens die worden gefinancierd uit aanvullende bijdragen en vooral door de algemene middelen via de fiscaliteit. De overheid heeft echter een belangrijke functie voor risico's die niet door een verzekering kunnen worden opgevangen. Zo kan de overheid tussenbeide komen in de werkloosheidsverzekering. Deze interventie is aangewezen, aangezien de werkloosheid beïnvloed wordt door macro-economische

gegevens. In periodes van langdurige crisis stijgen de uitgaven en verminderen de inkomsten bij een werkloosheidsverzekering. Daarom is er een compenserend mechanisme door de overheid noodzakelijk. Ik wil dan ook wijzen op het gevaar van een uitschakeling van de overheid in belangrijke sectoren van de sociale zekerheid. Kan u ons hierover uw mening geven ? Welk zijn de implicaties voor de federale overheid : hoe moet zij zorgen voor financiering ?

De heer Luc Van den Brande, minister-president van de Vlaamse regering, Vlaams minister van Buitenlands Beleid, Europese Aangelegenheden, Wetenschap en Technologie : Ik wil erop wijzen dat de vorm van overheidsbijdrage in België zoals in het geval van technische werkloosheid, nauwelijks terug te vinden is in andere landen.

De heer Robert Voorhamme : Een volksverzekering die wordt gefinancierd op het niveau van de gemeenschappen zou een voordeel opleveren aan de bedrijven of aan de federale overheid. Welk zijn volgens uw model de gevolgen van de compensaties van de volksverzekering op de financiële draagkracht voor andere sectoren ?

U maakt een onderscheid tussen vervangingsinkomens en aanvullende inkomsten. Vervangingsinkomens hebben traditioneel betrekking op werkloosheid en pensioenen. Tegenwoordig worden evenwel veel middelen voor werkloosheid gebruikt als een vorm van loon in het kader van een werkgelegenheidsbeleid. Het gaat dus niet zomaar om een vervangingsinkomen. Hoe situeert u deze complicatie binnen uw model ?

Objectieve uitgavenverschillen vormen slechts één aspect van solidariteit. Daarvoor hebben we trouwens al een oplossing door de ziekenfondsen financieel verantwoordelijk te maken en alleen objectief te rechtvaardigen verschillen in uitgaven te aanvaarden. U heeft het niet gehad over inkomenssolidariteit. De inkomsten liggen nochtans in de ene regio lager dan in de andere : de financieringscapaciteit van de bevolking ligt met andere woorden niet even hoog in beide regio's. Is uw zwijgen over de inkomenssolidariteit een teken dat deze vorm van solidariteit niet meer aan bod kan komen ? Vindt u de verschillen tussen de regio's voor wat betreft de financieringscapaciteit van de bevolking belangrijk ?

Het systeem dat u voorstelt inzake Brussel heeft verduidelijking. U regelt weliswaar de verzekeringsmechanismen voor de gemeenschappen in Brussel, maar de voorgestelde keuzemogelijkheid blijft problematisch. Nog ernstiger is de lacune met

betrekking tot de aanbodsregulering. Het kernprobleem van de gezondheidszorg, nu en in de toekomst, blijft immers de kostenbeheersing en dat is in wezen geen verzekeringsprobleem. Vragen dat eerst de nodige politieke knopen worden doorgemaakt, komt neer op de kar voor het paard spannen. Een verkeerde politieke keuze zou immers enorme budgettaire en andere consequenties hebben. Op dit probleem heb ik vroeger al gewezen. Het moet toch mogelijk zijn om ter zake meer onderzoek te verrichten, uitgaande van hypothesen. Op basis van de resultaten daarvan kan een meer verantwoorde politieke optie gekozen worden. Dit onderzoek zou voornamelijk betrekking moeten hebben op de ziekenhuizen. Daar situeert zich het cruciale kostenprobleem en daarover gaan ook de discussies tussen Vlaanderen en de federale regering.

Dr. Steven Vansteenkiste : Het lijkt niet aangewezen loonkostenconcurrentie binnen België mogelijk te maken. Dat lijkt misschien paradoxaal, aangezien diezelfde concurrentie binnen de Europese Unie wel mogelijk is. In elk geval zal Europa ook de sociale integratie moeten bevorderen. De gevolgen van loonkostenconcurrentie zouden binnen België nog veel erger zijn dan binnen Europa, omdat de verschillen wat de andere aspecten van de concurrentiepositie van een bedrijf betreft, binnen België veel kleiner zijn dan die tussen België en Griekenland bijvoorbeeld, zodat verschillen in loonkosten veel zwaarder doorwegen.

In ons voorstel blijft overheidsingrijpen wel degelijk mogelijk, al verschuift die voor de bevoegdheden van de deelstaten van het federale naar het gemeenschapsniveau.

De heer Robert Voorhamme : Het invoeren van een volksverzekering op gemeenschapsniveau zal geld kosten, al is het dan voor de personen. Hoe gaat men verhinderen dat de kosten stijgen ? Een en ander kan immers doorgerekend worden.

Dr. Steven Vansteenkiste : De verschuiving van bedrijven naar personen kan een nuloperatie zijn. Hiervoor bestaan technieken. Dit hoeft geen cadeau aan de bedrijven in te houden. De verlaging van de bijdragen kan gecompenseerd worden door een verhoging van het brutoloon. De niet-actieven kunnen tegen een kostenverhoging beschermd worden door het invoeren van een minimuminkomensgrens, onder dewelke men geen premies hoeft te betalen. Er bestaan wel degelijk technieken om de hele operatie neutraal te houden. Die technieken werden in Nederland gebruikt. In elk geval zullen toekomstige kostenstijgingen die een toenemende nood aan bijdragen veroorzaken, dan niet meer automatisch op de rug van de bedrijven

terecht komen. In het voorstel zijn het de gemeenschappen die de verantwoordelijkheid voor de kostenbeheersing dragen, zij zouden daartoe ook over de meest geëigende bevoegdheden beschikken.

Mevrouw Patricia Ceysens : Mijns inziens levert het systeem van de volksverzekering een groter gevaar op voor dubbele belasting dan het systeem van de federale overheidsdotatie. Hoe kan men immers garanderen dat de compenserende, fiscale herschikking er wel degelijk gaat komen op federaal vlak ?

Dr. Steven Vansteenkiste : Elke financiële hervorming zal hoe dan ook een overgangperiode moeten inbouwen. Deze regeling, met name met betrekking tot de overhevelingstoeslag, moet vooraf in een financieringswet opgenomen worden.

De heer Johan Sauwens : Deze kwestie kan inderdaad niet los gezien worden van het debat over de verruiming van de fiscale autonomie. Aan het einde van de overgangperiode zal elke gemeenschap zelf kunnen bepalen waar de lasten dienen te liggen. Overigens zou ik graag nader geïnformeerd worden over het reeds vaak geciteerde Nederlandse voorbeeld.

Dr. Steven Vansteenkiste : De overhevelingstoeslag wordt reeds behandeld in het verslag van de Vlaamse Onderzoeksgroep Sociale Zekerheid 2002¹⁹.

Het is mogelijk dat inkomensvervangende regelingen kostencompenserende elementen bevatten. De werkloosheidsuitkering kan bijvoorbeeld rekening houden met de gezinssamenstelling. Dat moet mogelijk blijven. Dergelijke kostencompenserende aspecten veranderen immers niets aan het wezenlijk inkomensvervangende karakter van de regeling.

De heer Robert Voorhamme : Het werkloosheidsbudget financiert ook andere zaken zoals het werkgelegenheidsbeleid, de tewerkstellingsprogramma's, de loopbaanonderbrekingspremies enzovoort. Deze domeinen van het werkgelegenheidsbeleid zullen evenwel niet onder de werkloosheidsverzekering vallen in uw voorstel. In de praktijk is mijns inziens dit onderscheid toch moeilijk te maken.

Dr. Steven Vansteenkiste : Het is evident dat gelijk welk domein van de sociale zekerheid altijd in verband staat met andere belangrijke domeinen, ook van buiten de sociale zekerheid. Dat neemt niet weg dat het onderscheid tussen inkomensvervangende en kostencompensatie in alle bestaande en mogelijke stelsels een sluitend criterium blijft voor bevoegdheidsverdeling. Elke verzekering behoort uiteindelijk in wezen tot één van de twee. De werkloosheidsverzekering blijft in elk geval federale bevoegdheid, de financieringswijze verandert hier niet.

Op de vraag over de inkomenssolidariteit kan ik het volgende antwoorden : aan de uitgavenkant zijn de objectieve verschillen klein en bovendien omkeerbaar. De inkomensvervangende tak van de sociale zekerheid blijft bovendien federaal. Bovendien zitten in de huidige financieringswet – en waarschijnlijk ook in de toekomstige – algemene solidariteitsprincipes. Het heeft toch geen zin om regionale verschillen in inkomen te compenseren via de gezondheidsverzekering.

De heer Robert Voorhamme : Maar die solidariteitsmechanismen uit de financieringswet treden pas nadien op. In een bijdragesysteem zoals uw volksverzekering moet men rekening houden met primaire inkomensverschillen.

Mevrouw Patricia Ceysens : Het is de bedoeling om de volksverzekering op gemeenschapsniveau te financieren, zodat er ruimte vrijkomt op federaal niveau. Dat kan worden gebruikt om iets te doen aan het inkomensprobleem in een gemeenschap. Maar daar zal men toch ook meer ruimte hebben.

Dr. Steven Vansteenkiste : Ik denk niet dat er veel ruimte zal vrijkomen : de kosten voor de gezondheidszorg stijgen voortdurend. De gemeenschappen kunnen geen loonkostenverlaging doorvoeren. We stellen dat het voor de werkgevers neutraal moet zijn bij welk systeem van ziekteverzekering hun werknemers aangesloten zijn, daarom kan niet langer uit werkgeversbijdragen gefinancierd worden. Vooraf kan op federaal niveau beslist worden hoe we de overgang naar het nieuwe systeem voor de werknemers gaan compenseren.

Mevrouw Patricia Ceysens : De heer Voorhamme vreest dat Vlaanderen dat zal kunnen betalen, maar Wallonië niet.

De heer Robert Voorhamme : Als de gemeenschappen de bijdragen bepalen in functie van de financiële middelen van hun bevolking, heeft een rijke gemeenschap veel meer mogelijkheden. De

19 Bertels, Cocquyt, Dierick, Joosten en Vanrobaeys, *Juridisch onderzoek naar de financiële transfers in de sociale zekerheid. Deel II*, Acco, Leuven/Amersfoort, 1994, p. 203-208 (ligt ter inzage op het commissiesecretariaat).

vraag stelt zich dus wat er moet gebeuren met de armere gemeenschap. Hoe lossen we dit op ? Alle discussies gingen tot nu toe over de uitgaven, maar aan die zijde zijn de verschillen klein.

De heer John Taylor : Moet er niet onderhandeld worden over het geheel van de solidariteit ?

De heer Robert Voorhamme : Bij de invoering van een volksverzekering wordt de armere gemeenschap gecompenseerd via de algemene middelen. Dan krijgen we opnieuw een solidariteit via de algemene middelen.

De heer Bart Vandendriessche : Die solidariteit bestaat nu ook al. Wanneer iemand zich tot het OCMW moet richten, kan het OCMW zijn of haar ziekteverzekering betalen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Ik begrijp uw optie voor een volksverzekering, maar stel mij de vraag of dit systeem mogelijk is in Brussel. Daar is er toch een belangrijke groep sociaal zwakkeren.

De heer John Taylor : Moet het precieze systeem om de financiering van de gezondheidszorg te regelen vooraf worden afgesproken ? Als Vlaanderen voor dit systeem kiest en de Franse Gemeenschap niet, welke zijn dan de gevolgen ?

Dr. Steven Vansteenkiste : Om een volksverzekering in te voeren moet de bijzondere wet, en misschien zelfs de grondwet worden gewijzigd. Bovendien mag het voor de ondernemingen geen verschil maken tot welk systeem een werknemer behoort. Er moet dus vooraf worden afgesproken.

De heer John Taylor : We zijn dus verplicht tot een akkoord te komen over de financiering voor het hele land.

Dr. Steven Vansteenkiste : Communautarisering betekent inderdaad een akkoord over een alternatieve wijze van financiering.

Minister-president Luc Van den Brande : Ik wil even verwijzen naar het Spaanse of Italiaanse model waar wel verschillende vormen van autonomie bestaan. In België is dit moeilijk aangezien er twee grote deelstaten zijn en het speciale geval Brussel. Bovendien houdt dit systeem in dat er verschillende vormen van fiscale autonomie moeten worden ingevoerd. Ik vertel dit hier los van de algemene discussie als een theoretische mogelijkheid.

Dr. Steven Vansteenkiste : De inkomstenverschillen tussen de gemeenschappen gelden voor elk beleidsdomein en niet alleen voor de sociale zekerheid. Ik beweer niet dat er geen solidariteitsmechanisme nodig is, maar ik betwijfel of er een specifiek solidariteitsmechanisme nodig is voor de gezondheidszorg. We hebben zeker nood aan een algemeen mechanisme dat rekening houdt met de verschillende rijkdom van de gemeenschappen.

De heer Robert Voorhamme : Dan maakt men een eenzijdige keuze. Een volksverzekering is goed voor de gemeenschap met een rijke bevolking. In die gemeenschap kan het hele systeem betaald worden door bijdragen en er is geen subsidie uit de algemene middelen nodig. De andere gemeenschap zal wel een beroep moeten doen op algemene middelen. Kan daarvoor geen oplossing worden gevonden binnen de volksverzekering zelf ?

Dr. Steven Vansteenkiste : U gaat uit van de veronderstelling dat één van de gemeenschappen niet in staat zou zijn zelf zijn gezondheidszorg te financieren, zelfs indien er bijvoorbeeld een overgangperiode van tien jaar wordt voorzien.

De heer Robert Voorhamme : Ik ga ervan uit dat er inkomensverschillen zijn tussen de regio's.

Dr. Steven Vansteenkiste : Er zijn verschillende regio's in Europa waar een goede gezondheidszorg is uitgebouwd ondanks een lager per capita inkomen dan Vlaanderen, zoals bijvoorbeeld Nederland.

Mevrouw Patricia Ceysens : Dat is geen politieke, maar een technische kwestie.

De heer Robert Voorhamme : Het gaat hier om het bepalen van basisniveaus. Dat is een politieke discussie.

De heer Herman Suykerbuyk : Uw vraag was of het denkbaar is dat een regio geen eigen instrumentarium voor gezondheidszorg zou kunnen uitbouwen. Is die vraag voldoende beantwoord ?

De heer Robert Voorhamme : Een financiering via een bijdragesysteem is wellicht aantrekkelijk voor Vlaanderen. Vanuit het standpunt van de anderen is het wellicht minder aantrekkelijk.

Dr. Steven Vansteenkiste : Wat ik voorstel betekent inderdaad een inkomensverlies voor de Franse Gemeenschap en winst voor Vlaanderen. U wil dit verlies aan solidariteit vermijden. Men kan verschillende scenario's bedenken om solidariteit in te

bouwen, maar die zouden telkens de autonomie van de gemeenschappen verkleinen. Men zou bijvoorbeeld kunnen denken aan een systeem van gedeelde financiering. Daarbij zouden de werkgevers- en de werknemersbijdragen federaal worden vastgelegd en vervolgens verdeeld worden naargelang de woonplaats. Dat zou dan aangevuld kunnen worden via een premie-volksverzekering. Men zou nog verder kunnen gaan en de financiering via de werkgevers- en werknemersbijdragen gewoon behouden en die verdelen naargelang de woonplaats en naargelang het aantal verzekerden. Dan bestaat de autonomie van de gemeenschappen enkel aan de uitgavenzijde.

De heer Robert Voorhamme : Pleit u er nu niet voor om het aanbod te beheersen ? Op dit ogenblik wordt de regulering van het aanbod beschouwd als iets wat aansluit bij homogene bevoegdheidspakketten. Dat is bijgevolg een volgende stap, zo luidt het. Is het echter niet veeleer de eerste en belangrijkste stap ?

Dr. Steven Vansteenkiste : Wellicht heb ik me te negatief uitgedrukt over een regulering van het aanbod. Het is wel gemakkelijker het verzekeringsstelsel over te dragen dan de rest van het gezondheidsbeleid. Dat zou nu al kunnen met de huidige bevoegdheidsverdeling. Het ideaal zou zijn als dit tegelijkertijd gebeurde. Ook inzake het aanbodsbeleid kan veel zo niet alles naar de gemeenschappen gaan. Het knelpunt is echter Brussel. Daar zou men te maken krijgen met een bicommunautair aanbodsbeleid. Dit leidt tot een aantal technische problemen die wellicht nog niet volledig uitgeklaard zijn. Men moet ernaar streven elke verzekerde, tot welke gemeenschap hij ook behoort, een zo groot mogelijk aanbod te bieden. Dat is een Europese trend. Daardoor komt de nationale organisatie van de gezondheidszorg op de helling te staan, los van de discussie over communautarisering. De eigen verzekerden zullen zorgen genieten in het buitenland. Dan moet men wel rekening houden met de werkelijke kosten, en moet men dus ook de investeringen mee incalculeren. Men bestudeert deze evoluties, onder meer op het kabinet van minister Demeester-De Meyer.

Mevrouw Grouwels vroeg zich af op welke basis men in Brussel een keuze zou maken. Een rationeel handelende mens zal wellicht een keuze maken op basis van kosten en van het verzekeringspakket. In Brussel zal er vaak een keuze gemaakt worden op basis van de taal.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Mijn vraag ging specifiek over de sociaal zwakkeren. Moeten zij ook

een bijdrage betalen ? Wie moet dat betalen ? Wie gaat dan de keuze bepalen ?

Dr. Steven Vansteenkiste : De hoogte en de vorm van de bijdrage zal door de gemeenschappen bepaald worden. Waarschijnlijk zal er daarbij beslist worden dat wie onder een bepaalde inkomensgrens zit wel verzekerd is, maar geen bijdrage moet betalen.

De heer John Taylor : Hoe zal men verhinderen dat te veel mensen voor het Vlaamse systeem kiezen. Ik ga ervan uit dat de keuze op een rationele basis zal gemaakt worden. Als het systeem interessant is zou men kunnen komen tot een groter aantal Vlamingen in Brussel.

Dr. Steven Vansteenkiste : Competitie tussen systemen hoeft niet slecht te zijn. Het zou kunnen dat in Brussel het aantal Vlamingen voor de sociale zekerheid groter is dan het aantal culturele Vlamingen, maar ik geloof niet dat daardoor het systeem ontwricht zou kunnen raken.

De heer John Taylor : De Vlaamse aanwezigheid in Brussel zou hierdoor kunnen bevorderd worden, maar dit zou ook kunnen leiden tot anomalieën.

Dr. Steven Vansteenkiste : Het aantal Vlaamse verzekerden is niet hetzelfde als het aantal Vlamingen in Brussel. Maar tegen het recht op uitkeringen staat steeds de bijdrageplicht.

De heer John Taylor : Misschien is het nodig een aantal andere voorwaarden te bepalen.

Dr. Steven Vansteenkiste : Men zou bepaalde koppelingen kunnen maken, bijvoorbeeld dat wie naar een Vlaamse school gaat ook Vlaams moet verzekerd zijn. Ik ben daar echter geen voorstander van omdat dit een stap zou zijn in de richting van een subnationaliteit.

De heer Jos Geysels : Het is interessant dat de verschillende financieringsmodaliteiten hier naast elkaar geplaatst worden. In het licht van de doelstelling, namelijk het komen tot homogene bevoegdheidspakketten, stellen de economen dat er pas tot decentralisatie mag overgegaan worden als drie voorwaarden, namelijk de beheersbaarheid, de voorspelbaarheid en de mogelijkheid tot discriminatie vervuld zijn. Ik wil het enkel hebben over de eerste twee voorwaarden. De beheersbaarheid en de voorspelbaarheid zijn in de aanbodzijde van de ziekteverzekering niet volledig aanwezig. Hoe verenigt u deze voorwaarden met uw theorie ?

Bij de uitgavenzijde zijn er twee problemen namelijk een uitgavensurplus en een inkomensdeficit. Deze twee factoren zijn niet te isoleren, men moet ze integendeel optellen. Bij meer uitgaven dalen immers de inkomsten. Onderzoek over een bijdragesysteem gebaseerd op twee pijlers, wijst op de mogelijkheid van uitsplitsing op objectieve criteria. Dit moet verder onderzocht worden. U gaat hierop niet in en zegt enkel dat het formuleren van objectieve criteria moeilijk is.

U spreekt over een volksverzekering, gebaseerd op een solidariteit tussen Vlaanderen en Wallonië maar er moet ook solidariteit zijn tussen gezonden en zieken, tussen jong en oud, tussen de verschillende inkomens. Gaat uw idee de druk om over te gaan tot private verzekeringsinstellingen, vooral gericht op de hogere inkomens, niet versterken ?

De heer Johan De Roo : Uw uiteenzetting is zeer interessant, het is de eerste maal dat er een door-dachte visie met oog voor de financiering wordt geformuleerd. Hoe men het systeem ook wijzigt, dit mag geen afbreuk doen aan de kwaliteit van de gezondheidszorg en het gezinsbeleid maar het moet integendeel een meerwaarde scheppen met het behoud van de solidariteit.

Ik wil mijn vragen beperken tot het systeem van de kinderbijslag omdat deze materie eenvoudiger is dan de ziekteverzekering, zeker indien men vertrekt van de idee van het recht van elk kind op kinderbijslag. Nu zijn er vier systemen van kinderbijslag met een totale uitgave van ongeveer 155 miljard. In de huidige financieringswijze is dit integraal een werkgeversbijdrage, die neerkomt op ongeveer 7 percent van de sociale lasten.

Hervormingen moeten grondig en toekomstgericht zijn en moeten een aantal doelstellingen durven verenigen. Eén van de objectieven waarover grote eensgezindheid bestaat is het verminderen van de loonkosthandicap van onze bedrijven. We zouden de 7 percent kunnen schrappen en vervangen door een algemene sociale bijdrage en een compensatie via de vennootschapsbelasting.

Nu wordt de kinderbijslag uitbetaald in de woonplaats van de rechthebbende door ongeveer 40 verschillende patronale kinderbijslagfondsen. Indien men de 7 percent schrapt, zijn er veel minder argumenten voor de patronale verankering en zou de kinderbijslag kunnen uitbetaald worden door de gemeente. Voor Brussel is dit weliswaar ingewikkelder maar, via een bovenstructuur waarbij de gelden van de gemeenschappen komen, perfect realiseerbaar. Is deze piste reeds onderzocht ? Ik denk

dat dergelijk stelsel in Denemarken gehanteerd wordt. We moeten een aantal zaken doorverwijzen naar het lokale niveau, kinderen zijn best op te volgen via de gemeenten, die hiervoor natuurlijk vergoed kunnen worden. Ik spreek hier uit persoonlijke naam en tracht als lid van deze commissie het nodige denkwerk te verrichten.

Dr. Steven Vansteenkiste : De wijze van uitvoering van de gezinsbijslagenregeling moet elke gemeenschap voor zich bepalen. Het lijkt echter weinig waarschijnlijk dat de kinderbijslagfondsen daar nog een rol in zullen spelen. In de logica van de volksverzekering is immers weinig plaats voor de sociale partners. In Denemarken bestaat per gemeente inderdaad één instelling waar de verzekerde terecht kan voor de ganse sociale zekerheid, behalve voor de werkloosheidsvergoeding. Ik vind dit een goed idee, maar dit is een inhoudelijke discussie.

De heer Geysels gaat bij zijn eerste vraag uit van de economische theorie, het *fiscal federalism*. Die leert dat een sociale verzekering een optimale omvang moet hebben om werkbaar te zijn. Deze optimale omvang verschilt naargelang de voorspelbaarheid en de beheersbaarheid van de sociale risico's. Uiteraard moet er gewerkt worden met een grotere schaal naarmate de voorspelbaarheid en de beheersbaarheid van een sociaal risico kleiner zijn. Voor een centralisatie van de sociale verzekering pleiten dus schaalvoordelen. Anderzijds kan bij decentralisering beter rekening worden gehouden met lokale gedrags- en voorkeursverschillen. De schaal is voor Vlaanderen en Wallonië niet te klein om er een aparte sociale verzekering op na te houden. Gelijksoortige situaties in het buitenland bewijzen dat. Voor de Duitstalige Gemeenschap kunnen er wel problemen rijzen. Maar ook daar kunnen oplossingen gevonden worden. De kinderbijslagen vormen een vrij voorspelbaar risico. Tot op zekere hoogte geldt dat ook voor de ziektekosten. Buitenlandse voorbeelden tonen aan dat ziektekostenverzekeringen ook op vrij kleine schaal kunnen functioneren (Luxemburg, kleine stelsels in grotere landen). Dat kan bijvoorbeeld wel leiden tot de noodzaak om grotere financiële reserves aan te leggen. Met de beheersbaarheid rijzen er meer moeilijkheden, maar deze problemen kunnen door middel van geschikte beleidsinstrumenten worden opgevangen. Ik meen dat een splitsing van de sociale verzekering kan leiden tot een coherenter beleid, omdat de gemeenschappen die instrumenten dan in een coherent bevoegdheidspakket bijeenbrengen.

Het is inderdaad niet gemakkelijk om criteria te bepalen waarmee objectieve verschillen in behoefte aan gezondheidszorg gemeten zouden worden. Althans, het is niet gemakkelijk om hierover overeenstemming te bereiken. Behalve objectieve criteria zoals leeftijd, zijn er ook moeilijker meetbare criteria in het spel. Objectieve verschillen in behoefte aan medische zorg meten ligt niet voor de hand. Nochtans is het wel degelijk mogelijk. De commissie-Jadot houdt zich hiermee bezig.

De heer Geysels vroeg of er een verband bestaat tussen de communautarisering van de gezondheidszorg en de mogelijke privatisering ervan ?

De heer Jos Geysels : Ik heb gevraagd in welke mate in het geval van een volksverzekering, de tendens zal groeien tot toename van private verzekeringen op het vlak van gezondheidszorg. In welke mate werkt het één het ander in de hand ?

Dr. Steven Vansteenkiste : De ziekteverzekering is thans een werknemersverzekering die verschillend geregeld is voor onderscheiden professionele categorieën. Onder een volksverzekering zal daarentegen de ganse bevolking worden gedekt, onafhankelijk van professionele activiteit of inkomen. Dit type van volksverzekering waarbij de gehele bevolking gedekt wordt lijkt zich juist minder gemakkelijk te lenen tot een vergaande privatisering, dan een werknemersverzekering die gefinancierd wordt uit werkgevers- en werknemersbijdragen. Een particuliere verzekeraar zal immers minder geneigd zijn om iedereen in te dekken, onafhankelijk van het inkomen, zoals dat bij een volksverzekering het geval zou zijn.

De heer Robert Voorhamme : Zal niet de tendens ontstaan dat de volksverzekering verwordt tot een basisverzekering, die enkel voor wie het kan betalen kan worden aangevuld met een privé-verzekering ?

De heer Johan Sauwens : We behandelen thans het institutionele kader. Het doorknippen van de automatische koppeling aan arbeid zal leiden tot een discussie in het algemeen belang van de Vlaamse Gemeenschap.

De heer Robert Voorhamme : Ik vind de redenering van de heer Sauwens nogal naïef.

Mevrouw Patricia Ceysens : U hebt in uw uiteenzetting verwezen naar de overheveling van de toeslag. Bedoelt u daarmee de toename van het brutoloon voor de werknemers ? Hoe zit het met de

bestaande overheidssubsidies aan het stelsel ? Hoe kan dit worden ingevuld ?

Een volksverzekering heeft behalve voordelen, er ontstaat bijvoorbeeld een nauwe band tussen verzekerde en verzekeringssysteem, ook nadelen. Zo bestaat er in sommige verzekeringen een wachttijd om in het systeem in te stappen. Dit probleem kan ook bij een volksverzekering rijzen. Zal in een volksverzekering geen opsplitsing ontstaan van gezondheidszorg en kinderbijslag ? Moeten deze twee elementen samen worden gebracht ?

Mevrouw Brigitte Grouwels : Ik was blij met de coherente uiteenzetting van de heer Vansteenkiste. Ze hield terdege rekening met de Brusselse situatie. Als ik hem goed begrijp is de toevoeging van kostencompenserende elementen aan de gemeenschappen noodzakelijk voordat we de stap zetten van defederalisering van gezondheidszorg en kinderbijslag. Klopt dit ?

Bijdragen via een volksverzekering zouden een oplossing bieden voor Brussel. Als we daarentegen kiezen voor de weg van de fiscaliteit zullen er voor Brussel heel wat problemen rijzen.

Dit wil niet zeggen dat er geen vragen blijven aangaande de concrete werking van het Brusselse systeem. Wellicht zou het nuttig zijn het Nederlandse systeem meer in detail te bekijken. In elk geval zie ik het gevaar van het doorschuiven van de allerswaksten in Brussel van het ene naar het andere systeem en vice-versa. Zullen voor de kinderbijslagen dezelfde mechanismen gelden ? Met andere woorden, impliceert de keuze voor het Vlaamse systeem van gezondheidszorg dat men ook automatisch heeft gekozen voor het Vlaamse systeem van kinderbijslagen ?

Wat zal precies gefinancierd worden door de volksverzekering ? Gaat het enkel om de terugbetaling aan de patiënten of ook om de instellingen zelf, met name de ziekenhuizen ? Zijn ook de ziekenhuisbedden, de apparatuur en de diensten voor spoedopname hierin vervat ?

Nu reeds kent Brussel een tekort aan Nederlandstalige huisartsen. Zij hebben bovendien gemiddeld voor 70 tot 80 percent Franstalige patiënten. Hoe kan men het Brusselse systeem aantrekkelijk houden voor Vlaamse huisartsen ? Nog minder Vlaamse huisartsen in Brussel zou immers een ramp zijn. Voorts wordt het mogelijk dat het Vlaamse systeem bepaalde operaties niet meer terugbetaalt omdat men heeft gekozen voor behandeling met medicatie. Wat als het Franse systeem de terugbe-

taling wel behoudt ? Dergelijke situaties vormen dan een probleem voor de zorgverstrekkers op het terrein.

Fundamenteel gaat het om de vraag hoe het Vlaamse gezondheidszorgsysteem in Brussel aantrekkelijk kan worden gemaakt. Als het succes heeft, brengt dit een stijging van het aantal aansluitingen en dus ook de kosten met zich mee. Dit is niet noodzakelijk een aanmoediging voor de Vlaamse Gemeenschap.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Welke zullen de gevolgen zijn van de defederalisering van het gezondheids- en gezinsbeleid voor de zelfstandigen en hun sociaal statuut ? De bedoeling van de defederalisering moet in elk geval zijn dat het beleid beter wordt afgestemd op de noden van de bevolking. De bestaande rechten en aanspraken mogen zeker niet verzwakken.

De zelfstandigen hebben in het verleden duidelijk geopteerd voor een sociaal statuut met eigen accenten inzake dienstverlening. Als een volksverzekering voor iedereen, dus niet alleen de werknemers, wordt ingevoerd, zal dit zich op een hoger niveau bevinden dan wat nu bestaat in het bewust sobere systeem van de zelfstandigen, waarin veel ruimte wordt gelaten voor privé-verzekeringen. Ik heb het hier over de gezondheidszorg, de kleine risico's en de kinderbijslag, in het bijzonder voor het eerste kind. Zullen zij in dit nieuwe systeem hun gading vinden ? Wat zal er nog overblijven van hun eigen pijler ? Is hierover reeds onderzoek verricht, in het bijzonder wat de rechtsvergelijking met andere landen betreft ?

Dr. Steven Vansteenkiste : Wat de overhevelings-toeslag betreft, kan ik verwijzen naar het eerder geciteerde verslag van de Vlaamse onderzoeksgroep Sociale Zekerheid 2002 (zie voetnoot 19). In wezen komt het erop neer dat, aangezien de werkgeversbijdrage wordt vervangen door een particuliere bijdrage vanwege de werknemers, het beschikbare loon daalt. Men moet immers nu ook de nieuwe premies betalen. De overhevelingstoeslag moet dit verlies compenseren. De concrete technieken worden in de tekst beschreven.

De federale overheidstoelage aan het stelsel blijft nuttig in de overgangperiode. Men zou haar kunnen overmaken aan de gemeenschappen. Eventueel kan men haar ook blijvend behouden als een vorm van solidariteit aan de inkomenszijde.

Mevrouw Patricia Ceysens : Bedoelt u dat er een minimumgrens komt voor het heffen van deze bijdrage ?

Dr. Steven Vansteenkiste : De verschuivingen die ons voorstel met zich meebrengt, zullen ook gevolgen hebben voor de niet-actieven. Het kan allicht niet de bedoeling zijn de last van de werkgevers te verschuiven naar de minima die geen of een erg laag inkomen hebben. Dit kan opgevangen worden door het instellen van een minimum-inkomensgrens, waaronder een nulbijdrage wordt betaald, zodat men toch in het stelsel blijft. Wel kan er een belangrijke verschuiving zijn voor de mensen die in het huidige stelsel niet verzekerd zijn maar een hoog inkomen genieten. Zij zullen wel verplicht ingeschakeld worden in het systeem en bijdragen moeten betalen. Het is aan de gemeenschappen om de modaliteiten ter zake te bepalen.

Een wachttijd voor degenen die in de gemeenschap geboren worden zal geen probleem vormen. Iedereen wordt immers van bij zijn geboorte deelgenoot van het systeem. Binnen de Europese Gemeenschap voorziet de coördinatie-Verordening in een oplossing voor de wachttijden. Verzekeringsperiodes in andere Lid-Staten worden meegeteld voor het vervullen van de wachttijd. Het zou dan ook absurd zijn om binnen België wel een wachttijd op te leggen aan mensen die reeds in de andere gemeenschap verzekerd waren. Bovendien vallen de complicaties bij verandering van sociaal statuut die op dit ogenblik bestaan weg, aangezien de volksverzekering voor iedereen geldt, inclusief de zelfstandigen en ambtenaren.

De kinderbijslag en gezondheidszorg worden wat betreft de financiering mijns inziens best samen gehouden, maar de gemeenschappen kunnen hierover oordelen. We mogen het inhoudelijke niet verbinden met de kwestie van de bevoegdheidsverdeling.

Zal de concurrentie tussen verzekeraars in Brussel leiden tot een strijd tussen de Vlaamse en Franstalige sociale verzekering ? Men moet goed weten dat het hier gaat om een volksverzekering waarin iedereen verplicht verzekerd is. In Brussel bestaat er enerzijds keuzevrijheid voor de verzekerde, maar anderzijds is er ook sprake van acceptatieplicht voor de sociale verzekering. Het enige wat men zou kunnen doen om minderbegoeden te mijden is hoge premies invoeren. Ik kan mij echter moeilijk inbeelden dat men een hele gemeenschap meer zou doen betalen dan nodig om een kleine groep buiten te houden.

Uiteenlopende minimum-inkomensgrenzen kunnen eventueel wel tot een verschuiving leiden. Als voor Vlaanderen 20.000 frank het minimum is en voor de Franse Gemeenschap 30.000 frank dan zal dit leiden tot een verschuiving naar het Franse systeem.

Voor de volksverzekering geldt niet de logica uit de particuliere sector.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Mijn zorg is de Vlaamse Gemeenschap in Brussel voor iedereen aantrekkelijk maken.

Dr. Steven Vansteenkiste : Ten eerste is het zo dat de huidige situatie van de Vlamingen in de Brusselse gezondheidszorg slecht is. Ten tweede : ook al biedt dit voorstel geen oplossing voor alle bestaande problemen, het heeft wel één groot voordeel. Er wordt gekozen voor een unicommunautaire verzekering. Brusselse instellingen, die verplicht moeten openstaan voor alle verzekerden, zijn voor de terugbetaling afhankelijk van zowel de Vlaamse als Franse Gemeenschap. Door de terugbetaling afhankelijk te maken van het al dan niet respecteren van de taalwetgeving, kan de werkelijke tweetaligheid wellicht beter gerealiseerd worden.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Moet de kinderbijslag gekoppeld worden aan de keuze voor een gezondheidssysteem ?

Dr. Steven Vansteenkiste : Ik zou die twee niet uit elkaar houden. Er wordt gewerkt met één bijdrage, één fonds dus ook met een keuze voor een bepaalde sociale verzekering. Op die manier komen we tot een coherent geheel. Als we beide uit elkaar halen, krijgen we opnieuw een complex geheel.

Wat betreft de vraag van mevrouw Merckx-Van Goey : In de volksverzekering is er absoluut geen reden om een onderscheid te maken tussen de verschillende beroepscategorieën. Zelfstandigen zullen gelijk verzekerd zijn als alle andere inwoners. Hierdoor zal de particuliere markt waarschijnlijk terrein verliezen. Geen enkel land dat met de volksverzekering werkt maakt een onderscheid tussen de verschillende beroepscategorieën.

De verslaggever,

De voorzitter,

Brigitte GROUWELS

Johan SAUWENS