



MEER EENHEID

de is goed voor gezondheid

De coronacrisis toonde aan hoe de Belgische staatsstructuur chaos en inefficiëntie

voortbrengt. Toch dringen sommigen aan op het splitsen van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. Een pleidooi voor meer eenheid.

Aurélië Decoene



De coronacrisis heeft de samenleving, en daarmee het institutionele debat, op haar grondvesten doen daveren. Onze ziekenhuizen hebben over het algemeen goed stand gehouden, maar hetzelfde kan niet gezegd worden over de institutionele warboel die onze staatsstructuur is. De bevolking heeft in alle landstalen kunnen vaststellen hoe de versnippering van bevoegdheden levens heeft gekost, zorgverleners heeft uitgeput en heeft geleid tot eindeloze overlegvergaderingen om alle overheden gelijklopende beslissingen te laten nemen. Richard Horton, hoofdredacteur van *The Lancet*, zei eind 2020 tijdens de hoorzittingen van de parlementaire commissie: “Mensen zijn gestorven door de manier waarop jullie land georganiseerd is, tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel in. We hadden de meeste van die 14.000 doden kunnen vermijden. Door de politieke organisatie zijn er mensen gestorven, daar moet u toch over nadenken.”¹

In juni vorig jaar namen een twintigtal vooraanstaande academici en vakbondsmensen het initiatief om lessen te trekken uit de eerste golf. Ze ondertekenden een opiniestuk “Voor een Belgisch gezondheidsbeleid”.² Daarmee vertolken zij wat breed leeft onder de bevolking: zeven van de tien Belgen willen de gezondheidszorg herfederaliseren.³ De N-VA en de PS negeren die verzuchtingen en stelden in augustus 2020 in hun politiek akkoord om een regering te vormen precies het tegenovergestelde voor: een volledige splitsing van de gezondheidszorg, inclusief de ziekenhuizen. De Vivaldi-partijen krijgen uiteindelijk de overhand in de onderhandelingen en

schuiven het debat door naar een volgende grote staatshervorming die de Vivaldi-regering tegen 2024 in de steigers moet zetten. De voorkeur blijft echter uitgaan naar een volledige splitsing van de gezondheidszorg, met een dotatieregeling die de federale sociale zekerheid zou moeten vrijwaren. Ondertussen herhaalt Bart De Wever begin juli 2021 zijn ambitie om in 2024 met de PS een “akkoord over een ordentelijke scheiding” te bereiken. Het debat staat op de agenda en zal binnenkort gevoerd worden. De status quo is geen optie. 2024 wordt een kantelment voor ons land. Het kan twee kanten op: meer eenheid door het zwaartepunt weer naar het federale niveau te brengen, of meer verdeeldheid. In dit artikel wordt gepleit voor meer eenheid. Voor de progressieven in de vakbonden en het middenveld is de inzet van dit debat bijzonder groot, want het is doorslaggevend in de discussie over de toekomst van het land.

De coronacrisis: een mislukte stresstest voor de institutionele lasagne

“Negen bevoegde ministers, maar niemand is verantwoordelijk”. Dat is de les die velen trekken uit de gezondheids crisis, en terecht. Onze staatsstructuur heeft de stresstest van de coronacrisis niet doorstaan. Patiënten en personeel hebben opgedraaid voor het huidige concurrentiefederalisme. We moeten hieruit leren.

De coronacrisis heeft aangetoond dat de doeltreffendheid van een bevoegdheid omgekeerd evenredig is met het aantal

bevoegde ministers.⁴ Negen ministers van Volksgezondheid verhinderen elke eenheid van commando. Infectiologe Erika Vlieghe stond aan het hoofd van de expertengroep die de regering moest adviseren (de GEES). Zij getuigt over de eindeloze communautaire discussies, terwijl er zich op het terrein drama’s afspeelden: “Eind maart 2020 heb ik tijdens een bijeenkomst mijn computer van pure ellende dichtgeklapt en gezegd: sorry, maar dit kan ik niet meer doen.”⁵ De start van het contactonderzoek (het opsporen van besmette personen) is nog zo’n mislukking: terwijl het werk al weken eerder had moeten beginnen, viel Vlaams minister Wouter Beke “van zijn stoel” toen hij op 20 april 2020 ontdekte dat hij daar zelf voor bevoegd is. De institutionele lasagne belemmert de samenwerking tussen de verschillende zorglijnen. Toen de rusthuizen het epicentrum van het drama werden, kregen zij niet de zo broodnodige hulp. Marc Noppen van UZ Brussel getuigt: “Wij hebben al tien woonzorgcentra in de buurt gebeld met de vraag hoe we kunnen helpen, met bijvoorbeeld maskers, tests of richtlijnen. Het helpt niet dat de ziekenhuizen een federale bevoegdheid zijn en de woonzorgcentra onder de gemeenschappen en gewesten vallen.”⁶ Op andere plaatsen willen (federale) thuisverpleegkundigen hun (gewestelijke) collega’s in rusthuizen helpen. Maar hun initiatief botst op de vraag wie de rekening zal betalen. Brussel en haar pendelaars passen niet in de hokjes van de institutionele lasagne. Hoe organiseert men de contactopsporing van een Vlaamse werknemer die in Brussel bij Audi werkt en die

Aurélie Decoene



Aurélie Decoene studeerde politieke wetenschappen en economie aan de Université Libre de Bruxelles. Ze is medewerkster bij de studiedienst van Geneeskunde voor het Volk en verantwoordelijke voor de ziekenhuissector bij de PVDA.

dagelijks contact heeft met zijn Waalse collega’s? Hier komen drie verschillende overheden en agentschappen bij kijken, elk met een eigen strategie.

De omvang van de problemen blijft niet beperkt tot de gezondheids crisis. Onze institutionele warboel heeft geleid tot een ongekende versnippering van bevoegdheden, waarvan bijna niemand de gevolgen begrijpt. “De verschuiving van een groot financieel pakket heeft de voorkeur gekregen op de logische en coherente samenstelling van bevoegdheden”, zegt Jo De Cock, voormalig administrateur-generaal van het RIZIV.⁷ Met talrijke absurde situaties voor gevolg. Een voorbeeld: een ambulance die naar de spoeddiensten gaat krijgt federaal geld, een ambulance die een patiënt naar het ziekenhuis brengt voor bijvoorbeeld chemotherapie (niet-spoedeisend vervoer) ontvangt geld van de gemeenschappen. Maar de zorg tijdens het niet-spoedeisend patiëntenvervoer valt dan weer onder de federale bevoegdheid.

Er is ook een grote systeemfout in de overdracht van bevoegdheden zoals die tot nu toe heeft plaatsgevonden. De

institutionele chaos splitste enerzijds de gezondheidszorg en anderzijds de preventie. De overheid die instaat voor de zorg om mensen te behandelen is niet dezelfde overheid die moet vermijden dat mensen ziek worden.⁸ “De twee tegenover elkaar stellen is een zeer grote ver-gissing”, zegt Emmanuel André, gezondheidsdeskundige. Het bewijs: België haalt al lang de internationale doelstellingen op dat vlak niet. Wat heeft de regionalisering van zo’n cruciale kwestie dus opgeleverd? Niets, integendeel. Kamerlid Lorin Parys (N-VA) durft zelfs te verantwoorden waarom Vlaanderen niet investeert in preventie: “Dat is natuurlijk omdat elke euro geïnvesteerd in preventie ten goede komt aan de federale overheid.”⁹ Decennialang hebben nationalistische slogan gepropageerd “wat we zelf doen, doen we beter”. Het verhaal van de kleine Pia laat zien dat op veel gebieden het tegendeel waar is.¹⁰ De gescreende ziekten zijn in Vlaanderen niet dezelfde als in Wallonië en Brussel. De ziekte van baby Pia wordt gescreend in alle kraamafdelingen van de Federatie Wallonië-Brussel. Maar niet in Vlaanderen, waar de kleine Pia is geboren. Een absurd systeem, waarvoor de patiënten en hun families de prijs betalen.

Splitsing van de gezondheidszorg: het Trojaanse paard om de sociale zekerheid te splitsen

Het belangrijkste idee dat tijdens de onderhandelingen tussen Magnette en De Wever naar voren is gebracht en in

het project voor 2024 is opgenomen, is het volgende: de volledige splitsing van de bevoegdheden in de gezondheidszorg (waar de nationalistische partijen al jaren voor pleiten) zou hand in hand kunnen gaan met het behoud van een federale sociale zekerheid (wat een voorwaarde zou zijn van de PS en Vooruit). Wat voorgesteld wordt als een “redelijk compromis” is in feite een gevaarlijke misvatting, een Trojaans paard in onze gezondheidszorg. Men kan de organisatie en de financiering niet uit elkaar halen. De organisatie van de splitsing van de gezondheidszorg vandaag, is de actieve opsplitsing van de sociale zekerheid morgen. Dat is uitdrukkelijk wat de nationalistische partijen willen en dat is ook waartoe alle scenario’s leiden die voorstellen de organisatie van de gezondheidszorg op te splitsen.

Splitsing van de sociale zekerheid: een uitdrukkelijk doel van werkgevers en nationalistische partijen

Wouter De Geest (voorzitter van de werkgeversfederatie Voka) staat aan het hoofd van de Vlaamse werkgevers. Op korte termijn wil hij het volgende probleem oplossen: “In Vlaanderen ligt de werkzaamheidsgraad nu op 75%, in Wallonië is dat minder dan 65%. Beide regio’s hebben een heel andere aanpak nodig. In Vlaanderen ligt de focus niet meer op de werklozen, maar op andere inactieven. Denk aan de activering van langdurig zieken die nog kunnen werken. Daarom is het ook nuttig het zorgbeleid te regionaliseren.”¹¹ En Bart De Wever (N-VA)

bevestigt: “Financiering en beleidsvorming scheiden leidt onvermijdelijk tot een totale splitsing.”¹²

Om de sociale zekerheid te splitsen, bedenken de nationalistische partijen creatieve compromissen die de fundamentele principes van de sociale zekerheid één voor één onderuit halen. Men denkt aan een gedeeltelijke splitsing van de sociale zekerheid, waarbij de gezondheidszorg zou worden opgesplitst en gefinancierd door belastingen, terwijl de pensioenen en werkloosheidsuitkeringen federaal zouden blijven en gefinancierd door de sociale bijdragen. Men denkt ook aan een gedifferentieerde sociale bescherming. Elke gemeenschap zou een socialezekerheidsstelsel kunnen opzetten dat het federale stelsel zou “aanvullen”. Zo krijg je een sociale zekerheid met meerdere snelheden. N-VA en vooral CD&V dringen daarop aan.¹³ De invoering in 1999 van de Vlaamse zorgverzekering is leerzaam. In 1999 keurde het Vlaams Parlement een voorstel van decreet goed voor een bijstandsuitkering voor hulpbehoevende personen.¹⁴ Deze eerste stap naar het einde van de gelijkheid tussen Belgen op het gebied van socialezekerheidsrechten stelt tegelijkertijd al haar grondbeginselen ter discussie: (1) de bijdrage is grotendeels forfaitair en neemt elk jaar toe (54 euro in 2021, 27 euro voor gepensioneerden en OCMW-gerechtigden) zonder rekening te houden met de hoogte van het inkomen; (2) de toelage voor zorgbehoevende personen is een forfaitair bedrag, dat geen rekening houdt met de echte behoeften; (3) de vakbonden zijn niet betrokken bij het beheer (in tegenstelling tot de

"Mensen sterven wegens de manier waarop België georganiseerd is, tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel in."

sociale zekerheid); (4) particuliere verzekeraars kregen de mogelijkheid om hun eigen fonds op te richten.¹⁵ De invoering van persoonsvolgende financiering voor mensen met een beperking komt voort uit dezelfde commercialiseringslogica. Die episodes herinneren ons eraan dat bevoegdheden splitsen nooit een doel op zich is, maar een middel om politieke doelstellingen te bereiken, in dit geval volgens een neoliberale agenda. Zoals Hugo Schiltz, de voormalige voorzitter van de Vlaams-nationalistische Volksunie, ooit zei: “Federaliseren is saneren”. Dit is trouwens al sinds de jaren 70 de wens van het VEV, de voorloper van de werkgeversorganisatie VOKA. Vanuit het oogpunt van de werkgevers bieden de gemeenschappen hun meer speelruimte om hun beleid op te leggen, omdat zij een nieuw soort structuur vormen. Deze heeft minder financiële hefboomen en beschikt (nog) niet over een normatief kader, dat hen in staat stelt afstand te nemen van de vakbonden en de financiering te verschuiven van sociale bijdragen naar belastingen.¹⁶

De gezondheidszorg splitsen is om problemen vragen

Hoe men het ook bekijkt, de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg

Vlaams minister Wouter Beke "valt van zijn stoel" wanneer hij hoort dat hij verantwoordelijk is voor de opvolging van de contacten van besmette personen.

van elkaar loskoppelen leidt tot een groot aantal onoplosbare problemen.

Kafka. Kunnen we ons voorstellen dat de ministers van de gemeenschappen en gewesten elk vanuit hun hoekje met Big Pharma over de prijs van geneesmiddelen onderhandelen? Of gaan we nieuwe overlegcomités oprichten, zodat drie ministers en kabinetten met hun drieën doen wat één minister zou kunnen doen? Zullen de ziekenfondsen in elke deelentiteit afzonderlijk moeten onderhandelen over de honoraria van de artsen? Hoe zit het met de ethische problemen als de ene overheid dialyse na 65 jaar nog wel vergoedt en de andere niet? En wat als voor een Waalse en een Vlaamse patiënt die in een Brussels ziekenhuis in dezelfde kamer worden opgenomen de verblijfsduur verschillend is bepaald door hun respectievelijke gemeenschap of gewest?¹⁷

Brussel, de achilleshiel. Voor de hoofdstad liggen twee scenario's op tafel, die beide onuitvoerbaar zijn: 1) een splitsing onder de bevoegdheid van de gewesten: Brussel moet dan voor een klein miljoen inwoners een volledige gezondheidszorg opzetten, op een schaal die te klein is voor de administratieve taken en

de expertise die daarvoor nodig zijn.¹⁸ 2) een splitsing onder de bevoegdheden van de gemeenschappen: Brussel blijft gewrongen zitten tussen twee bevoegde en concurrerende beleidsstructuren.

Een gesloten enveloppe betekent besparen. De gedefederaliseerde bevoegdheden worden gefinancierd met een gesloten enveloppe, via een dotatiesysteem op basis van een bevolkingsverdeelsleutel. Het geld komt nog altijd van de federale regering, maar niet langer via het herverdelende systeem van de sociale zekerheid. Zo gaat men van een behoeftenlogica (de inkomsten moeten worden aangepast aan de behoeften) naar een middelenlogica (de uitgaven moeten worden aangepast aan de middelen). De financiering houdt geen gelijke tred met de behoeften, wat leidt tot personeelskrimpingen en een beroep doen op particuliere financiering. Met andere woorden, een gesloten-enveloppe-financiering gaat hand in hand met besparingen en commercialisering. Vandaar de humanitaire ramp die zich in de rusthuizen heeft voorgedaan door het gebrek aan personeel, uitrusting en expertise.

Meer koren op de molen van de nationalist. Het probleem wordt met de tijd alleen maar erger. In tegenstelling tot de sociale zekerheid kunnen dotaties, hoe ingewikkeld ook de berekening ervan, veranderingen niet aanpassen aan de evolutie van de behoeften en van het aantal mensen die bijdragen. Daarnaast zal de berekening van die dotaties een permanent potentieel conflict opleveren. Want de sociale

zekerheid organiseert een solidariteit van de rijksten naar de armsten, van de gezonden naar de zieken. Maar die interpersoonlijke solidariteit zal door dotaties de vorm aannemen van interregionale solidariteit, wat almaar meer koren op de molen van de nationalist zal zijn. Zoals Emmanuel André en andere gezondheidsdeskundigen schrijven: "Denken we echt dat de situatie zal verbeteren als het gezondheidsbeleid gesplitst wordt, waarna de Vlamingen geen impact zullen hebben op de politiek van Franstalig België? Zal de volgende stap niet snel zijn om ook de financiering te splitsen, met als argument dat Vlaanderen niet mag opdraaien voor wat waarschijnlijk Franstalig wanbeleid zal worden genoemd?"¹⁹

De organisatie van de gezondheidszorg splitsen zal snel leiden tot de vrijheid van de patiënt om te kiezen waar hij of zij behandeld zal worden. "Stel dat het gewest A besluit tot een strikt quotum voor MRI-scans, en het gewest B soepeer is."²⁰ Dit zal de patiënt ertoe aanzetten een plaats aan de andere kant van de taalgrens te zoeken. Hetzelfde geldt als de honoraria van cardiologen per gewest beginnen te verschillen. Hoe lang zal het nog duren vooraleer de eenheid van de ziekte- en invaliditeitsverzekering zelf ter discussie komt te staan?

Besluit. Als je de fundering van een huis in drieën kapt, stort het in. De organisatie van de gezondheidszorg splitsen is een manier om de eenheid van de sociale zekerheid in gevaar te brengen. Hiertoe leiden alle scenario's in de richting van meer verdeeldheid.

Verkeerde redenen om de gezondheidszorg te splitsen

Sommige ideeën die in het debat steeds opnieuw terugkomen, verdienen een antwoord: is het niet beter om te splitsen wat aan één kant van het land het beste werkt? Hoe zit het met cultuurverschillen tussen gezondheidswerkers? En is er na zes staats-hervormingen nog wel een weg terug?

Wat het beste werkt aan één kant van het land afsplitsen, of net overal invoeren?

Het klopt dat de relatie met de huisarts en spoedhulp in het noorden en het zuiden van het land van elkaar verschillen. Ook is in Vlaanderen een zeer positieve stap vooruit gezet met de instelling van eerstelijnszones, die in Brussel en Wallonië niet bestaan.²¹ Dit lijkt voor sommigen een goede reden om de taalgrens in een gezondheidszorg te veranderen, wat ronduit absurd is. Laten we de redenering omdraaien: als het wetenschappelijk bewezen is dat een sterke eerste lijn in de gezondheidszorg in het belang van de patiënten is, waarom zouden Franstalige patiënten daar dan niet van mogen profiteren? De Fédération des Maisons Médicales (die de medische centra aan Franstalige kant bijeenbrengt) pleit ervoor om inspiratie te putten uit de eerstelijnszones in Vlaanderen.

Sommigen menen dat het ontstaan van de eerstelijnszones het resultaat is van een grotere autonomie, dankzij de zesde

staats hervorming. Maar het debat is minder communautair dan het lijkt. De eerstelijnszones zijn in de eerste plaats het resultaat van een degelijk beleid, waarbij de toenmalige minister de aanbevelingen van deskundigen en terreinorganisaties serieus nam, zoals dat ook in andere landen werd gedaan (Nederland, Denemarken, Zweden, Japan). Hier is niets Vlaams aan. Dat blijkt uit het feit dat de huidige Vlaamse minister van Volksgezondheid, Wouter Beke (CD&V), veel minder interesse toont voor de eerstelijnszones dan zijn voorganger, Jo Vandeurzen (ook CD&V).

Anderzijds zijn door de federale regering andere positieve experimenten gestart, zoals de twaalf lokale proefprojecten voor geïntegreerde gezondheidszorg, die ook een goudmijn zijn voor het heroverwegen van ons gezondheidszorgmodel.²² Het surrealisme van onze staatsstructuur heeft er uiteraard toe geleid dat de grenzen van de federale proefprojecten niet overeenstemmen met de grenzen van de Vlaamse eerstelijnszones. We moesten dus overleggen, overleggen en nog eens overleggen om het met elkaar eens te worden. De les die we hieruit kunnen trekken: laten we de beste praktijken veralgemenen om lokale en openbare gezondheidsnetwerken voor alle inwoners van het land tot stand te brengen.

Verschillen als cultureel bestempelen of van elkaar leren?

Franstalige en Nederlandstalige gezondheidswerkers zouden een andere cultuur, andere referentiepunten en andere

gewoonten hebben, zeggen sommigen. Die verschillen zijn volgens hen zo groot dat ze onverzoenbaar zijn.

De gezondheidszorg zou in de eerste plaats gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijke aanbevelingen. Maar we stellen vast dat de terugbetaling van medische prestaties in België niet afhankelijk is van de naleving van de beste praktijken, zoals in andere landen wel het geval is. Integendeel, sommige specialisten krijgen financiële stimulansen om scans en andere dure onderzoeken voor te schrijven. Zo zien we dat bepaalde modeverschijnselen ontstaan die niet altijd te rechtvaardigen zijn, en dit vanwege artsen die als autoriteiten gelden op hun gebied, waardoor in bepaalde subregio's verschillende "culturen" ontstaan.²³

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft deze kwestie in 2006 grondig onderzocht. Uit de studie blijkt dat de in kaart gebrachte ongelijkheden sterk verschillen van ziekte tot ziekte. In het oosten van het land worden sommige oogoperaties vaker uitgevoerd, terwijl in het westen dan weer meer gewrichtsoperaties worden uitgevoerd. Verwijdering van de baarmoeder komt vaker voor in het noorden van het land, terwijl er meer keizersneden zijn in het zuiden. De verschillen onderling binnen de gewesten zijn vaak groter dan de verschillen tussen de gewesten.²⁴

Om terug te komen op de communautaire factoren, moeten we opmerken dat het onderwijs een cruciale rol speelt.²⁵ De opleiding geneeskunde verschilt op bepaalde punten al naargelang het noorden of het zuiden van het land. Sommige

regionale verschillen zijn dus zelf het gevolg van de overdracht van bevoegdheden. Het is niet goed voor de patiënten, noch voor de sociale zekerheid, om deze verschillen te versterken door ze als culturele verschillen te bestempen. Integendeel, als op sommige plaatsen betere resultaten behaald worden, waarom zouden we alle patiënten hier niet van laten profiteren? De elf medische groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk tonen aan dat de grote uitdagingen van de eerste lijn veel gemeen hebben, ongeacht het gewest. Een sociale en wetenschappelijke kijk op gezondheidszorg legt veel meer gewicht in de schaal dan mogelijke culturele verschillen.

De tube tandpasta volledig uitknippen of proberen het ingestorte huis weer op te bouwen?

De nationalistenvergelijken de bevoegdheden van de gemeenschappen en gewesten graag met tandpasta die uit een tube geknepen is en zeggen dat het dus onmogelijk zou zijn om de tandpasta weer in de tube te krijgen. Maar de sociale zekerheid is de lijm die het land bij elkaar houdt. Als je een stevig huis wilt, waar je vervolgens elke kamer naar eigen inzicht kunt inrichten, heb je een solide basis nodig. De gezondheidszorg verder opsplitsen heeft geen zin. En er zijn hier belangrijke aangrijpingspunten voor vakbondsleden en strijdbare burgers om zich in te zetten voor een grotere eenheid.

Zeven op tien Belgen willen de gezondheidszorg herfederaliseren. De meerderheid van de inwoners van het land

De overheid die instaat voor de zorg is niet dezelfde overheid die moet vermijden dat mensen ziek worden. Dat is een grote vergissing.

roept op tot meer eenheid. Twee op drie Nederlandstaligen willen meer België, terwijl slechts één op vier meer Vlaanderen wil, dat is de helft minder dan tien jaar geleden. Zeven Belgen op tien en 85% van de ziekenhuisdirecteuren willen de gezondheidszorg herfederaliseren. Dat is zelfs zo voor meer dan de helft van de kiezers van het Vlaams Belang en de N-VA.²⁶

BUITENLANDSE VOORBEELDEN.

Terwijl sommige mensen in België de gemeenschappen en gewesten hun eigen ding willen laten doen, zien we het tegendeel in verschillende federale landen, waar de regio's de handen ineenslaan om het samen beter te doen. In Spanje heeft de centrale regering de controle over het hele gezondheidsstelsel overgenomen. Geconfronteerd met een zekere kakofonie heeft Duitsland zijn wetgeving inzake bescherming tegen ziekten aangepast: van nu af aan moeten de nationale richtlijnen door alle gewesten en gemeenschappen worden gevolgd.²⁷ Hetzelfde geldt in Zwitserland.

EEN IDEE DAT STEEDS MEER TERREIN WINT.

Het idee van een herfederalisering van de gezondheidszorg wint terrein in de gelederen van de groene en liberale partijen, zowel de Franstalige als de Nederlandstalige. Het debat wordt ook

gevoerd binnen de CD&V, de drijvende kracht achter de zes staatshervormingen. Sinds twee derde van de achterban tijdens het congres in 2016 tegen het advies van de top stemde, is de mogelijkheid van herfederalisering van bevoegdheden een integraal onderdeel van het partijprogramma geworden.²⁸ Naast het Vlaams Belang is de N-VA de enige partij geworden die categorisch weigert gelijk welke bevoegdheid te herfederaliseren. De talrijke opiniepeilingen bevestigen dat er een “electorale markt” bestaat voor partijen die bereid zijn te ijveren voor grotere eenheid. “Na de Tweede Wereldoorlog sloten we een sociaal pact. Laat ons daarom corona beschouwen als een nieuwe oorlog, en die kans gebruiken om onze structuur te herschrijven”, schrijft Marc Noppen, directeur van het Universitair Ziekenhuis Brussel in zijn nieuwe boek.²⁹

Voorstellen voor meer eenheid in onze gezondheidszorg

De nationalistische partijen doen hun uiterste creatieve best om de fundamenteën van het Belgisch huis onderuit te halen. Ze wekken bijna de illusie dat je de fundering in tweeën of in drieën kunt opbreken en toch kunt voorkomen dat het huis instort. Om hiertegen in te gaan hebben we inspirerende voorstellen nodig voor een gemeenschappelijke aanpak, uitgaande van wat we willen oplossen.

Stevige fundamenteën en een federaal zwaartepunt

EENHEID VAN DE SOCIALE ZEKERHEID.

Dat is de beste remedie tegen ongelijkheid. We staan tegenover agressieve werkgevers die zieke werknemers in Vlaanderen willen dwingen om weer aan de slag te gaan. Zo willen ze een nieuwe stap zetten in de richting van de opsplitsing van de sociale zekerheid. Om dat te voorkomen, moeten we het federaal karakter van de sociale zekerheid beschermen. De sociale zekerheid vormt het cement van de werkende klasse en van het land. Ze waarborgt het publiek karakter van de gezondheidszorg en de financiering ervan, en is de bestuurslaag waar de intermenselijke solidariteit het meest kan worden aangewend. Ze moet koste wat kost worden beschermd, wat betekent dat de organisatie van de gezondheidszorg weer naar het federale niveau moet.

EENHEID VAN COMMANDO.

We hebben negen ministers van Volksgezondheid, maar niemand is verantwoordelijk als er op het terrein tragedies plaatsvinden. Het feit dat Sciensano (een federaal agentschap) tijdens de coronacrisis op zijn website gezondheidsrichtlijnen voor alle overheidsniveaus publiceert, toont de absolute noodzaak aan van één centraal commando, gebaseerd op de beste wetenschappelijke aanbevelingen. De gezondheidszorg moet onder één federale minister van Volksgezondheid vallen, zoals de overgrote meerderheid van de Belgen eist. Preventie, de eerste lijn, het ziekenhuisbeleid en de geestelijke gezondheidszorg moeten opnieuw een federale bevoegdheid worden. De federale overheid moet ook bevoegd zijn voor de

organisatie van de samenwerking tussen de verschillende instellingen en gezondheidslijnen, bijvoorbeeld in geval van een epidemie, door een beroep te doen op lokale gezondheidsnetwerken.

EENHEID VAN HET PERSONEEL.

In 2020 kreeg het ziekenhuispersoneel in het hele land en het rusthuispersoneel in Vlaanderen een mooie loonsverhoging.³⁰ In Brussel en Wallonië kreeg het zorgpersoneel dat niet, terwijl zij met dezelfde moeilijkheden en hetzelfde gebrek aan materiaal te kampen hadden. Een nieuwe organisatie van de gezondheidszorg in België moet de eenheid van de werknemers bevorderen in hun strijd voor de herwaardering van de zorgberoepen. De lonen en de werklust van het zorgpersoneel moeten worden geregeld door gemeenschappelijke federale normen, die bindend zijn voor de ziekenhuizen en de thuiszorg, alsook voor de zorginstellingen die onder de bevoegdheid van de gewesten blijven vallen. Dit zou een sterke hefboom zijn voor werknemers en vakbonden om te strijden tegen bezuinigingen en commercialisering. Meer eenheid is een sociale en menselijke weg. Meer eenheid is ook goedkoper. Door de huidige regeringsstructuur te vereenvoudigen, brengen we het aantal ministers en kabinetsleden terug. Tot slot is meer eenheid ook logisch. Onderhandelen over prijzen en terugbetalingsvoorwaarden tegenover de tegengestelde belangen van machtige multinationals zoals de farmaceutische industrie en de medische technologie vereist kracht, een onderhandelingspositie en veel expertise. Samen bereiken we meer.

Kunnen we ons voorstellen dat de ministers van de gemeenschappen en gewesten elk apart met Big Pharma over de prijs van geneesmiddelen onderhandelen?

Voor lokale gezondheidsnetwerken

Op het terrein gaan veel stemmen op om de prioriteiten en de uitvoering van het volksgezondheidsbeleid aan te passen aan de plaatselijke realiteit, en dat is terecht. In het verleden zagen we bijvoorbeeld plots veel meer behandelingen voor nierfalen in de streek rond Aalst, als gevolg van het gebruik van bepaalde poeders in de textielindustrie. Er moeten op lokaal niveau initiatieven worden genomen, gecoördineerd tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg. Een gestructureerde coördinatie tussen de verschillende lijnen in de gezondheidszorg ontbreekt tot hier toe. Er is nood aan een lokale structuur om dit aan te sturen. Nu koos Vlaanderen voor centrale callcenters, maar dat systeem werkt niet goed. Vertrouwen, persoonlijk contact, continuïteit, kennis van het zorglandschap en de zorgpopulatie zijn cruciaal voor de slaagkansen. Om een brug te slaan is er nood aan een structuur tussen het niveau van de individuele zorgpraktijk en het centrale niveau.³¹ Zo'n centrale

structuur bestaat al in Nederland en Denemarken. Dat is nodig in tijden van een epidemie, maar ook noodzakelijk voor gelijk welke grootschalige en ambitieuze preventiecampagne.

De nationalisten antwoorden met de opmerking dat het regionale niveau aan deze behoeften voldoet, omdat het dichterbij de mensen zou staan. Het Brusselse Martelaarsplein (zetel van de Vlaamse regering) ligt echter niet dichterbij de burger dan de Wetstraat (zetel van de federale regering). We hebben een nationale eenheid van commando, nationale normen en wetten nodig, maar ook een gedecentraliseerde toepassing zo

dicht mogelijk bij de mensen. Dat moet gebeuren op het niveau van de lokale eerstelijnszones. Die zones coördineren artsen, medische centra, openbare preventiecentra, enz. Eerstelijnszones staan voor een nabijheid die grote regionale entiteiten niet kunnen bieden. Daarom is de uitrol van 60 eerstelijnszones in Vlaanderen een stap in de goede richting, die over het hele land zou moeten worden uitgebreid. Deze doelstelling vereist een institutioneel kader dat een sociale, menselijke en logische benadering bevordert. In België biedt het federale niveau vandaag de dag het beste kader voor deze strijd.

Meer lezen?

Bart Criel en Janneke Ronse, “Onze les uit de coronacrisis? Organiseer gezondheidszorg meer lokaal”, *De Morgen*, 29 juli 2020.

Daniel Dumont, “La sécurité sociale et la sixième réforme de l’Etat: rétroactes et mise en perspective générale”, *Revue belge de sécurité sociale*, 2015, nr 2, pp.175-225.

Emmanuel André *et al.*, “Pour une politique belge en matière de soins de santé”, *L’Echo*, 20 juni 2020.

Herwig Lerouge, “Te veel federalisme is schadelijk voor de gezondheid”, *Lava*, nr 14, herfst 2020, pp.52-65.

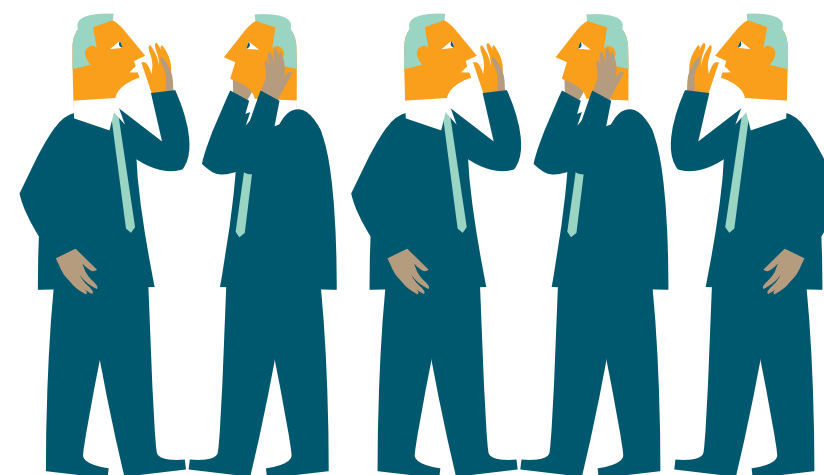
Hillal Sor en Paul Lootens, “Syndicale uitdagingen na de pandemie”, *Lava*, nr 17, zomer 2021, pp.8-22.

Kristian Orsini, “La défédéralisation des soins de santé: existe-t-il un consensus dans les revendications flamandes?», *Reflets et perspectives de la vie économique*”, 2004/3, Tome XLIII, pp.115-127.

Marc Noppen, *Gewoon anders*, Borgerhoff & Lamberigts, 2021, 180 p.

Tony Van de Calseyde et Frédéric Amez, “Que signifie concrètement le retour de la réforme de l’Etat? ”, *Le Soir*, 26 mei 2021.

Tom Zwanepoel et Tony Van de Calseyde, “Splitsing gezondheidszorg legt bom onder interpersoonlijke solidariteit”, *De Gids*, 26 april 2021.



- 1 Bijzondere commissie belast met het onderzoek naar de aanpak van de Covid-19-epidemie door België, 16 november 2020, dekamer.be, www.dekamer.be/kvvcr/pdf_sections/pri/covid/Comm%20Aanpak_GestionCOVID19_20201116.pdf.
- 2 Emmanuel André et al., "Pour une politique belge en matière de soins de santé", *L'Echo*, 20 juni 2020.
- 3 Grand baromètre Ipsos-*Le Soir*, 22 juni 2020.
- 4 Hillal Sor en Paul Lootens, "Syndicale uitdagingen na de pandemie", *Lava*, nr. 17, zomer 2021, pp.17-17.
- 5 Bijzondere commissie Covid-19 van de Kamer, 3 november 2020.
- 6 *De Tijd*, 8 april 2020.
- 7 Jo De Cock, "We moeten nu transparantie krijgen in de artsenlonen", *De Standaard*, 3-4 juli 2021.
- 8 "Emmanuel André tacle Maggie De Block: l'épidémie n'était pas son truc", *RTBF*, 20 november 2020.
- 9 Debat Zorgnet-Icuro, Debat 2 'Is nu de zorg aan zet': Politieke kopstukkendebat (2020) te zien op *YouTube*, 5 juni 2020. Uitspraak van Lorin Parys op 33'50».
- 10 Sinds baby Pia kent heel België het bestaan van zeldzame ziekten, in dit geval spinale musculaire atrofie: een zeldzame neuromusculaire ziekte die 1 op 7.000 pasgeborenen treft. Het veroorzaakt een onderontwikkeling van de spieren. Dat kan meestal worden vermeden als de ziekte bij de geboorte wordt ontdekt.
- 11 Jasper D'Hoore, "Voka top-man: België moet herstructureren", *De Tijd*, 9 september 2019.
- 12 "Jespère aboutir à un accord historique avec le PS en 2024", *L'Echo*, 12 december 2020.
- 13 "Splitsing gezondheidszorg dient toekomstige generatie", *De Tijd*, 23 juni 2020.
- 14 Op voorstel van de leden van de christendemocratische en socialistische meerderheid.
- 15 Daniel Dumont, op. cit., p. 179. 14 Daniel Dumont, op. cit., pp. 223-224.
- 16 Paul Dirckx, *De Vlaams-Waalse fictie. Over België, Europa en het etnoliberalisme*, EPO, Berchem, 2013, pp. 124-125.
- 17 Kristian Orsini, "La défédéralisation des soins de santé: existe-t-il un consensus dans les revendications flamandes?", *Reflets et perspectives de la vie économique*, 2004/3, Tome XLIII, pp.125.
- 18 Tom Zwanepoel et Tony Van de Calseyde, op. cit., p.18.
- 19 Emmanuel André et al., "Pour une politique belge en matière de soins de santé", *L'Echo*, 20 juni 2020.
- 20 Tom Zwanepoel et Tony Van de Calseyde, op. cit., p.20.
- 21 Zones van ongeveer 100.000 inwoners die verantwoordelijk zijn voor de planning en coördinatie van de gezondheidszorg.
- 22 Over heel België zijn sinds 1 januari 2018 twaalf projecten rond geïntegreerde zorg voor chronisch zieken aan de slag. De projecten zullen vier jaar lopen. Zorgverleners en -instellingen zullen beter samenwerken rond en met de patiënt, zodat die kan rekenen op betere zorg en een betere levenskwaliteit. In het totaal bestrijken de twaalf projecten een regio van 2,5 miljoen mensen, ongeveer een kwart van de Belgische bevolking. Zie www.integreo.be.

- 23 Guy Tegenbos, "Kans op operatie verschilt zeer sterk per regio", *De Standaard*, 11 oktober 2006.
- 24 Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België, rapport 42A, 2006, blz. 150.
- 25 Guy Tegenbos, "Kans op operatie verschilt zeer sterk per regio", *De Standaard*, 11 oktober 2006.
- 26 Tony Van de Calseyde et Frédéric Amez, "Que signifie concrètement le retour de la réforme de l'Etat?", *Le Soir*, 26 mei 2021. Zie ook onderzoeken De Stemming 2021 en Ipsos (*Nieuwsblad & Le Soir*).²⁷ Herwig Lerouge, "Te veel federalisme is schadelijk voor de gezondheid", *Lava*, nr 14, herfst 2020, p.52.
- 28 Ann De Boeck, "Opmerkelijke coming-out: CD&V-achterban massaal voor herfederalisering, tegen partijtop in", *De Morgen*, 28 november 2016.
- 29 Marc Noppen, *Gewoon anders*, Borgerhoff & Lamberigts, 2021, p.117.
- 30 Hillal Sor en Paul Lootens, "Syndicale uitdagingen na de pandemie", *Lava*, nr 17, zomer 2021, pp.17.
- 31 Bart Criel en Janneke Ronse, "Onze les uit de coronacrisis? Organiseer gezondheidszorg meer lokaal", *De Morgen*, 29 juli 2020.