

PERIODIEK

België - Belgique
P.B.-P.P.
2000 Antwerpen 1
BC 9497

P 409406

NIEUWSBRIEF

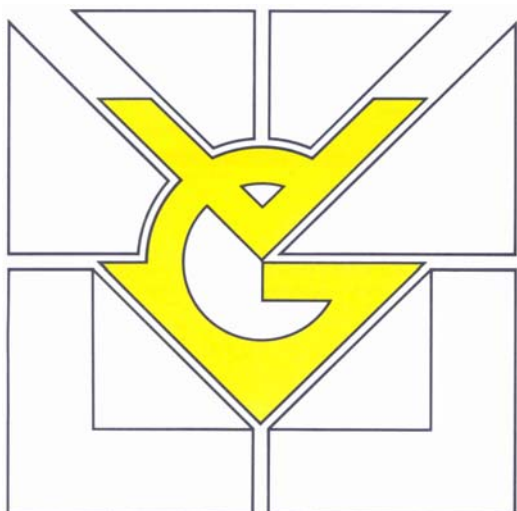
Vlaams Geneeskundigenverbond

59^{ste} Jaargang

Tweemaandelijks Tijdschrift

Mei-Juni 2004 - Nr 3

Afgiftekantoor: 00 Antwerpen 1



Voorwoord

We zitten in de laatste rechte lijn naar de verkiezingen van 13 juni. Alweer.

Een jaar geleden kozen we voor het federale niveau, nu mogen we onze "eigen" Vlaamse volksvertegenwoordigers kiezen. Zonder Europa en Brussel te vergeten uiteraard.

Het wordt dus stilaan een jaarlijkse gewoonte. En de uitslag van 13 juni zou er wel eens kunnen voor zorgen dat het effectief een jaarlijkse gewoonte wordt.

Sommigen vinden dat van het goede teveel, en pleiten voor enkele "verkiezingsvrije" jaren, zodat de regeringen zouden kunnen "werken". Ik vind echter dat de regeringen en parlementen nogal selectief zijn in dat "werken". Van het laatste jaar herinner ik mij vooral – en dat noemt men dan "perceptie" – de snelle regeling van de tabaksreclame en de wapenexport naar Waalse maat. En ook het vreemdelingenstemrecht moest per se voor deze verkiezingen geregeld worden, hoewel de gemeentelijke verkiezingen pas in 2006 plaatsvinden.

Men had met dezelfde ijver en spoed werk kunnen maken van andere dossiers. Mag ik bij wijze van voorbeeld verwijzen naar het **Vlaams regeerakkoord** van juli 1999, waarin stond dat de normerings- en uitvoeringsbevoegdheden inzake gezondheids- en gezinsbeleid in de eerste helft van de legislatuur moesten overgeheveld worden naar de gemeenschappen.

In de **Vlaamse regeringsverklaring** van dezelfde datum stond bovendien dat alle partijen van de regeringscoalitie diezelfde afspraken ook consequent zouden verdedigen op het federale niveau.

De Vlaamse regeringsploeg en de Vlaamse politici van de meerderheidspartijen in de laatste twee federale regeringen hebben in deze zaak jammerlijk gefaald.

Dat de Vlaamse regeringsploeg en de Vlaamse politici van de meerderheidspartijen er niet in slaagden hun eigen regeerakkoord op dit vlak waar te maken lokt bij de Vlaamse bevolking scepticisme en cynisme uit en is funest voor de democratie. Vergeten we immers niet dat het regeerakkoord al een afgezwakte versie was van de resoluties over de staatshervorming die in het Vlaams Parlement werden goedgekeurd.

En wat te zeggen van dat andere dossier, dat nu al 40 jaar aansleept? In Halle betoogden wij met 13.000 voor de splitsing van het kiesarrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde. En wat doen diezelfde partijvoorzitters de week daarop? Ze tekenen een pact, waarin ze stellig beloven de splitsing te realiseren voor het einde van 2004. Juist, net zoals ze in 1999 (cfr. supra) een pact tekenden waarin ze stellig beloofden ...

Denk eraan op 13 juni: Vlaanderen eerst!

Jan Van Meirhaeghe
Voorzitter VGV

Inhoud

VOORWOORD	1
BALANS: Pleidooi Vlaamse Gezondheidszorg	2
Vlaams-Waalse gedragsverschillen	13
FORUM	
Numerus Clausus	
• Antwoord Dr. J.P. Dercq	16
• Uitslag petitie Dr. L. Ide	17
• Motie Vlaams Parlement	18
BUITENLANDSE MEDISCHE SAMEN- WERKING: VERPLEEGKUNDE IN CHINA (MIA MICHIELS-COVELIERS)	19
Splitsing BRUSSEL-HALLE-VILVOORDE	23
KBC-studie nov. 2003: geldtransfers uit Vlaanderen	25
BRIEFWISSELING	27
VGCV-CULTUUR	31
VMMV-KATERN: INGEVOEGD	

BALANS

PLEIDOOI VOOR EEN INTEGRALE VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG*

* Toespraak gehouden voor het Verbond van Vlaamse Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen (VVMV) te Halle op 13 maart 2004

Samenvatting:

In dit artikel wordt gepleit voor de “communautarisering” van het ganse gezondheidsbeleid, met inbegrip van de ziektekostenverzekering: d.w.z. de overheveling van die bevoegdheid naar de gemeenschappen, niet naar de gewesten. In dat schema moeten de inwoners van Brussel kunnen kiezen voor het ziektekosten-verzekeringstelsel van de Vlaamse of dat van de Franstalige gemeenschap.

De argumenten voor de communautarisering van het gezondheidsbeleid zijn meervoudig: er is een juridische en politieke basis; elke volksgemeenschap heeft het recht het beleid te sturen volgens eigen voorkeuren; een coherent pakket van actueel over meerdere overheden versnipperde bevoegdheden zal, door bundeling van die bevoegdheden op het niveau van de gemeenschappen, het beleid efficiënter maken; tenslotte zal de communautarisering de gemeenschappen responsabiliseren tot een spaarzamer en rationeler gezondheidsbeleid.

Verder worden in dit artikel twee recent gepubliceerde documenten besproken met cijfers over de uitgaven in de ziektekostenverzekering: een studie van de christelijke mutualiteiten en cijfers van minister Rudy Demotte. In beide documenten worden Vlaams-Waalse klemtoonverschillen, reeds eerder aangetoond in de Jadot-rapporten, bevestigd. Beide documenten tonen ook aan dat de Vlaams-Waalse uitgavenkloof in de ziektekostenverzekering blijft bestaan.

Tenslotte wordt in dit artikel een poging gedaan om de Vlaams-Waalse inkomstenkloof in de ziektekostenverzekering en de geldtransfers uit Vlaanderen naar Wallonië en Brussel in deze sector te berekenen.

Inleiding

Lee Jong-wook, de Directeur-Generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie, schreef onlangs in het gezaghebbend medisch tijdschrift “The Lancet” een opgemerkt artikel over de toekomstige taken van die organisatie in de verbetering van de gezondheid in de wereld.

De kern van zijn betoog is dat in een gezondheidszorg, die naam waardig, preventie, acute zorg en chronische zorg aan mekaar moeten worden gekoppeld tot een naadloos geheel en dat die drie aspecten moeten geïntegreerd worden in alle geledingen die instaan voor de volksgezondheid. (1)

Dat is voor mij één van de belangrijkste argumenten om te pleiten voor de toewijzing van de ganse gezondheidszorg, met inbegrip van de ziektekostenverzekering, aan Vlaanderen en Wallonië: een efficiënte gezondheidszorg wordt pas mogelijk door een coherent bevoegdheids-pakket, waarin preventie (nu een bevoegdheid van de gemeenschappen) en verzorging (nu grotendeels een federale bevoegdheid) samengevoegd worden tot een integrale bevoegdheid van de gemeenschappen.

Doch er zijn ook juridische en politieke argumenten, er is het recht van beide volksgemeenschappen op eigen klemtonen en er is het responsabiliseringsargument van de gemeenschappen tot een zo spaarzaam mogelijk en rationeel gezondheidsbeleid.

1. Juridische en politieke argumenten

De **grondwet** zegt dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor persoonsgebonden materies. De **bijzondere wet van 8 augustus 1980** bepaalt in Art. 5§1 welke de persoonsgebonden aangelegenheden, bedoeld in artikel 59 bis§2bis van de grondwet, zijn inzake het gezondheidsbeleid. Daarin wordt zelfs vermeld het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen met echter tal van uitzonderingen, o.a. de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Die wet kent ook de gezondheidsopvoeding en de preventieve gezondheidszorg aan de gemeenschappen toe. (2) Dat betekent dus dat het preventief gezondheidsbeleid en de gezondheidsopvoeding expliciet en de zorgenverstrekking impliciet wettelijk aan de gemeenschappen zijn toegewezen.

Recente uitspraken van het **arbitragehof** (i.v.m. het kwaliteitsdecreet in 1997 en i.v.m. een federaal initiatief met betrekking tot zorgcircuits en netwerken in 2000) wijzen eveneens op een restrictieve interpretatie van de bepalingen over de federale bevoegdheden in de bijzondere wet. (3)

Resolutie n°4 tot staatshervorming, goedgekeurd door het Vlaams Parlement op 3 maart 1999, stelt dat de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid voor het volledige gezondheids- en gezinsbeleid integraal naar de deelstaten moet worden overgeheveld, met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen, en dat de inwoners van Brussel de keuze moeten krijgen om toe te treden tot het stelsel van de deelstaat Vlaanderen en de Franstalige deelstaat. (4)

Het **Vlaamse regeerakkoord** van juli 1999 stelt dat de normerings- en uitvoeringsbevoegdheden inzake gezondheids- en gezinsbeleid in de eerste helft van de legislatuur moesten overgeheveld worden naar de gemeenschappen. (5)

In de **Vlaamse regeringsverklaring** van dezelfde datum staat bovendien dat alle partijen van de regeringscoalitie in de federale regering diezelfde afspraken ook consequent zouden verdedigen op het federale niveau. (5)

De Vlaamse regeringsploeg en de Vlaamse politici van de meerderheidspartijen in de laatste twee federale regeringen hebben in deze zaak jammerlijk gefaald.

Dergelijke houding van Vlaamse politici lokt bij de Vlaamse bevolking scepticisme en cynisme uit en is funest voor de democratie.

2. Eigen klemtonen

Een tweede argument voor de communautarisering van de gezondheidszorgen is het recht van beide gemeenschappen om eigen klemtonen te leggen.

Dat de gemeenschappen dat nu reeds gedeeltelijk doen, kan afgeleid worden uit het feit dat zij verschillende accenten leggen in hun medisch onderwijs, in hun houding tegenover de continuentgering en in de preventieve geneeskunde. Zij nemen ook een verschillende houding aan tegenover de echelonnering, zij hebben in de praktijk verschillende voorkeuren voor de curatieve sectoren, en de huisartsennavorming is veel sterker uitgebouwd in Vlaanderen dan in Wallonië. Ook in de tandheelkunde is de bijscholing meer een Vlaamse dan een Waalse bekommernis. (6)

In een artikel in "The Lancet" in 2001 schreef Prof. Boudewijn van Houdenhove (K.U.Leuven) dat de Walen zich cultureel en wetenschappelijk meer richten op Frankrijk, terwijl de Vlamingen op dezelfde golflengte zitten van streken met een Angel-Saksische cultuur en wetenschap. (7) Laten we inderdaad niet vergeten dat het ganse onderwijs, met inbegrip van het **universitair medisch onderwijs**, sinds 1988 een gemeenschapsbevoegdheid geworden is. Verder schrijft hij dat deze verschillende oriëntatie ook een terugslag heeft op de terminologie in de psychiatrie.

Prof. Els Witte (VUB) is ervan overtuigd dat alles wat te maken heeft met structuren en regelgeving van de gezondheidssector in de toekomst nog meer verschillende sporen zal volgen. Zij verwijst hiervoor naar de **numerus clausus** met de verschillende aanpak in Vlaanderen en Wallonië. (8)

Dat de houding tegenover de contingentering (beperking van het aantal artsen naar de toekomst) verschillend was in beide gemeenschappen, bleek reeds vanaf het begin. Om het aantal afgestudeerde artsen af te remmen, met het zicht op de contingenteringsregel waardoor het aantal artsen met RIZIV-nummer vanaf 2004 zou beperkt worden tot 700 per jaar met 60 N/40 F verdeelsleutel, voerde de Vlaamse minister van onderwijs vanaf 1997 een ingangsexamen in vóór de 1^{ste} kandidatuur geneeskunde; de Waalse minister van onderwijs besliste om de afremming pas te laten starten vóór het 1^{ste} doctoraat. (9)

Met het ontwerpdecreet van Françoise Dupuis, de minister van Hoger Onderwijs van de Franse Gemeenschap, werd in 2002 het einde ingeluid van het filtersysteem halfweg de studies genees- en tandheeskunde. Zij wilde, naar eigen zeggen, niet langer de verantwoordelijkheid dragen voor de organisatie van het tekort aan artsen en tandartsen. (10)

En met een wetsvoorstel van 23 november 2003 eisten de Franstaligen (CDH en ECOLO gesteund door de PS) de afschaffing van de contingentering. (11) Indien die contingentering werkelijk wordt afgeschaft, stijgt het overtal Franstalige artsen verder, terwijl wij in Vlaanderen duizenden studenten de toegang tot de studies geneeskunde hebben ontzegd. Met dergelijke niet nageleefde afspraken is een organisatie van de geneeskunde op federaal niveau onmogelijk.

Vlaanderen legt een duidelijk sterkere klemtoon op de **preventieve gezondheidszorg** dan Wallonië.

Dat blijkt uit de in Vlaanderen opgebouwde structuren in de verlenging van het Vlaams ministerie van welzijn en gezondheid, zoals de Vlaamse Gezondheidsraad, de lokale organisaties voor gezondheidsoverleg (LOGO'S), het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie... (12) Dit alles bestaat niet of nauwelijks in Wallonië.

Dat blijkt ook uit de in Vlaanderen genomen opties zoals de gezondheidsdoelstellingen en het recente kaderdecreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. (13)

Dat blijkt tenslotte uit een aantal projecten zoals vaccinatie tegen hepatitis B bij kinderen en de vaccinatie tegen meningitis C, die hoofdzakelijk in Vlaanderen worden uitgevoerd. (14)

75 % van alle screeningsmammografieën in België in 2002 werden in Vlaanderen uitgevoerd. (15) Bovendien is de controle van de kwaliteitsnormen voor dat onderzoek (apparatuur, dubbele lezing) veel strenger in Vlaanderen dan in Wallonië.

Vlaanderen past duidelijk meer het **echelonneringsprincipe** toe dan Wallonië.

Dat blijkt uit recente cijfers die minister R. Demotte zelf recent ter beschikking stelde. In het jaar 2002 besteedde Vlaanderen 8 % meer uitgaven aan huisartsengeneeskunde dan Wallonië.

Omgekeerd besteedde Wallonië in datzelfde jaar, volgens diezelfde cijfers, 14 % meer uitgaven aan de specialistische geneeskunde dan Vlaanderen. (16)

Het "globaal medisch dossier" (GMD), dat bijgehouden wordt door de huisarts, kent trouwens een veel groter succes in Vlaanderen dan in Wallonië. Bij de leden van de christelijke mutualiteiten is het GMD 2,8 maal frequenter in Vlaanderen dan in Wallonië en bij de leden van de socialistische mutualiteiten is het 2,7 maal frequenter; 85 % van de leden met GMD bij de liberale mutualiteiten wonen in Vlaanderen. (17)

Ex-minister van welzijn en gezondheid, mevrouw Vogels, vertelde aan de Gazet van Antwerpen dat Vlaanderen de thuiszorg organiseert via de huisartsen, doch dat Wallonië dat doet via wijkgezondheidscentra die door de mutualiteiten worden gestuurd. (18) In datzelfde verband diende PS-senator Marie-José Laloy recent een wetsvoorstel in, waarbij de verantwoordelijkheid voor de thuiszorg bij de ziekenhuisarts, dus niet bij de huisarts, wordt gelegd. Dat wetsvoorstel werd voorlopig tegengehouden door weerwerk van de Vlaamse politieke partijen. (19)

Het is interessant vast te stellen dat in Vlaanderen niet alleen de huisartsen, doch ook een overgrote meerderheid van de ziekenhuisspecialisten, voorstander zijn van taakafspraken tussen huisartsen en specialisten. (20)

TABEL 1 VLAAMS-WAALSE
KLEMTTOON-VERSCHILLEN

In Wallonië zijn de uitgaven per CM-lid minstens 15 % hoger dan in Vlaanderen voor :

- Beeldvorming + 20,3 %
- Dringendheidshonoraria + 28,5 %
- Farmaca publieke officina + 18,3 %
- Inwendige geneeskunde + 26,5 %
- Klinische biologie + 20,0 %
- Verlossingen + 23,7 %

Bron : CM studie – Regionale analyse van de ziektekosten - jaar 2001, Algemene Regeling (publ. okt. 2003)

Vlaanderen en Wallonië hebben ook hun eigen **curatieve voorkeursectoren**. Er is evenwel één gekoppelde sector waarin ze weinig of niet verschillen, namelijk anesthesie en heelkunde. Zo blijkt uit een recente studie van de christelijke mutualiteiten (CM) over het jaar 2001 dat het verschil in de uitgaven per CM-lid tussen Vlaanderen en Wallonië voor die sector nagenoeg zero is. (21) Men kan zich de vraag stellen of de inspraak van de patiënt bij een eerder invasief gebeuren hier niet de egaliserende factor is.

Wallonië besteedt volgens dezelfde CM-studie per CM-lid minstens 15 % meer uitgaven dan Vlaanderen aan medische beeldvorming, dringendheidshonoraria, farmaca in de publieke apotheken, inwendige geneeskunde, klinische biologie en verlossingen. (21) (Tabel 1)

TABEL 2

GEMIDDELD BEDRAG (in Euro per inwoner)
VOORGESCHREVEN DOOR ALGEMEEN GENEESKUNDIGEN
VOOR MEDISCHE BEELDVORMING

PROVINCIE	GEMIDDELD VOORGESCHREVEN BEDRAG PER INWONER			EVOLUTIE IN % 2000 – 2001
	1999	2000	2001	
Antwerpen	12,01	13,12	13,02	- 1
Brussel hoofdstad	15,86	16,31	16,95	+ 4
Vlaams-Brabant	12,38	13,06	12,66	- 3
Brabant Wallon	16,86	18,56	19,00	+ 2
West-Vlaanderen	9,83	10,67	10,83	+ 2
Oost-Vlaanderen	12,00	13,48	13,16	- 2
Hainaut	17,67	19,22	20,00	+ 4
Liège	17,40	19,45	21,01	+ 8
Limburg	12,26	13,60	13,56	0
Luxembourg	17,54	17,83	18,77	+ 5
Namur	19,07	19,33	22,62	+ 17
NATIONAAL GEMIDDELDE	14,03	15,19	15,60	+ 3

Bron: RIZIV

Tabel 2 toont op een onmiskenbare wijze de Vlaams-Waalse uitgavenverschillen inzake radiologische onderzoeken (= beeldvorming) voorgeschreven door huisartsen in 2001 (22):

- alle Waalse provincies liggen boven het Belgisch gemiddelde en alle Vlaamse provincies liggen er onder,
- Namen geeft het dubbele uit van West-Vlaanderen,
- de evolutie tussen 2000 en 2001 wijst op een toename van de uitgaven in alle Waalse provincies en op een afname in de Vlaamse provincies, behalve in de provincie waar de uitgaven het kleinst zijn.

Vlaanderen op zijn beurt besteedt volgens de reeds vermelde CM-studie minstens 15 % meer uitgaven dan Wallonië aan thuisverpleging, verpleegdagen in de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en ambulantly beschut wonen. (21) (Tabel 3)

TABEL 3 VLAAMS-WAALSE
KLEMTTOON-VERSCHILLEN

In Vlaanderen zijn de uitgaven per CM-lid minstens 15 % hoger dan in Wallonië voor :

- Thuisverpleging + 20,9 %
- Verpleegdagprijzen PVT
+ Beschut Wonen A + 35,9 %

Bron : CM studie – Regionale analyse van de ziektekosten - jaar 2001, Algemene Regeling (publ. okt. 2003)

Daghospitalisaties kennen volgens een studie van de federale overheid gepubliceerd in 2000 een groter succes in Vlaanderen dan in Wallonië: in Vlaanderen ligt het percentage daghospitalisaties t.o.v. het totaal aantal hospitalisaties tussen 19 en 25 %, in Wallonië tussen 8 en 17 %.

(3)

In 2001 publiceerde Artsenkrant op basis van RIZIV-gegevens dat het antibiotica gebruik 30 % hoger was in Wallonië dan in Vlaanderen. (23)

Eveneens in 2001 publiceerde hetzelfde tijdschrift op basis van een RIZIV-rapport dat pre-operatieve onderzoeken, voorafgaandelijk aan een appendectomie, veel frequenter werden uitgevoerd in Wallonië dan in Vlaanderen. Volgende preoperatieve testen werden onderzocht: klinische biologie (1.880 BEF per appendectomie in Wallonië, 1.188 BEF in Vlaanderen); electrocardiogram (4x frequenter in Wallonië dan in Vlaanderen); foto van de thorax (bij 47,5 % van de appendectomies in Wallonië, bij 21,9 % in Vlaanderen); vector- en fonocardiogram (systeematisch in sommige Waalse ziekenhuizen, praktisch geen in Vlaanderen).(24)

Uit de meest recente gegevens van de Vlaamse regionale indicatoren blijkt dat er in Wallonië 14 % meer artsen zijn dan in Vlaanderen: 17 % meer huisartsen en 12 % meer specialisten.

(25) (tabel 4) Volgens meerdere studies speelt deze factor een rol in de hogere uitgaven in Wallonië. Met het feit dat Wallonië en Vlaanderen hun klemtonen anders leggen in de uitgaven voor de gezondheidszorgen is op zich niets mis, doch het ware dan ook logisch dat Wallonië en Vlaanderen voor die verschillende klemtonen ook zouden betalen in een eigen gescheiden gezondheidsbeleid.

TABEL 4 ARTSENDICHTHEID (31.12.2000)

	Huisartsen		Specialisten		Huisartsen + specialisten	
	Aantal per 100.000 inw.	Bij Vl. = 100	Aantal per 100.000 inw.	Bij Vl. = 100	Aantal per 100.000 inw.	Bij Vl. = 100
Vlaanderen	168	100	194	100	362	100
Wallonië	196	117	217	112	413	114
Brussel	297	177	395	204	690	190

Bron: VRIND (laatst gewijzigd op 17.01.03 = meest recente gegevens op 29.02.04)

3. Efficiëntie

Een derde groep argumenten voor de communautarisering van de gezondheidszorgen heeft te maken met het realiseren van een efficiënter beleid.

Opdat **preventief en curatief beleid** efficiënt zouden zijn moeten ze een eenheid vormen en dus door dezelfde overheid gestuurd worden. Een gescheiden aanpak door verschillende overheden leidt tot een incoherente visie en werking met gebrekkige communicatie en taakafspraken tussen de verschillende actoren en met een verwaarlozing van de noodzakelijke koppeling tussen individuele en populatiegerichte zorgverlening. (12)

Een gescheiden aanpak van preventie en verzorging leidt bovendien tot een onevenwichtige financiering en is schadelijk voor de volksgezondheid.

De uitgaven voor curatieve gezondheidszorg in het Vlaamse gewest in 2003 bedroegen 57,25 % (16) van 15,342 miljard Euro (26), terwijl de uitgaven van de Vlaamse overheid voor preventieve gezondheidszorg in datzelfde jaar slechts 85,294 miljoen Euro (26) bedroegen. Dat betekent dat de uitgaven voor de curatieve gezondheidszorg in Vlaanderen 103 maal groter waren dan die voor de preventieve gezondheidszorg.

De scheiding tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg is schadelijk voor de bevolking. Dat de levensverwachting in Wallonië zowel voor mannen als voor vrouwen korter is dan in Vlaanderen was reeds langer gekend. Doch Prof. Chris Vandebroek stelde bovendien vast dat dit verband houdt met een hoger Waals sterfterisico, in vergelijking met het Vlaamse risico,

op jonge middelbare leeftijd, namelijk tussen 30 en 50 jaar. (27,28,29) Daarbij stelde hij de hypothese voorop dat dit verschil te maken heeft met een minder goede preventie. Die hypothese sluit aan bij de stelling van de Leuvense Cardiologische School, die sinds jaren wijst op de relatie tussen de hogere cardiovasculaire mortaliteit en het hoger verbruik van verzadigde vetzuren evenals het lager verbruik van poly-onverzadigde vetzuren in de voeding in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen. (30) Wallonië heeft er dus alle belang bij om het ganse gezondheidsbeleid in eigen handen te nemen en ook Vlaanderen kan er zijn gezondheidsbeleid door verbeteren.

Een **gemengd federaal en deelstatelijk ziekenhuizenbeleid** mist cohesie.

Nu zijn de gemeenschappen bevoegd voor de erkenning van de ziekenhuizen en de gewesten voor de infrastructuur betoelaging, doch de federale overheid is bevoegd gebleven voor de werkingssubsidies. Door dergelijke regeling wordt een spaarzaam beleid van de gemeenschappen niet gehonoreerd.

Aangezien er duidelijke **raakvlakken** bestaan tussen **welzijnszorg, niet-medische zorgverzekering** (gemeenschapsbevoegdheden) en de **ziekttekostenverzekering** (federale bevoegdheid) zou het logischer zijn al die sectoren aan dezelfde overheid toe te vertrouwen.

De **plethora van overheden** is geen voorbeeld van goed bestuur. Niet minder dan 9 ministeriële instanties hebben in België te maken met het gezondheidsbeleid: de federale minister van volksgezondheid, de federale minister van sociale zaken, de Vlaamse minister bevoegd voor gezondheid, de minister van de Franse gemeenschapsregering bevoegd voor gezondheid, de minister van de Duitstalige gemeenschapsregering bevoegd voor gezondheid, de minister van het Waalse gewest bevoegd voor gezondheid, de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie voor de bicommunautaire gezondheidsaspecten te Brussel, de Franstalige gemeenschapscommissie voor de unicommunautaire aspecten van het gezondheidsbeleid voor de Franstalige Brusselaars, tenslotte de staatssecretaris voor dringende medische hulp in de Brusselse Hoofdstedelijke regering.

Deze plethora maakt onvermijdelijk de besluitvorming trager en het beleid minder efficiënt: de kwaliteit en de uitvoerbaarheid van de overeenkomsten lijden onder het sluiten van compromissen tussen de vele ministers, die op een of andere wijze bevoegd zijn voor de gezondheid. Ook het veld lijdt onder de ondoorzichtigheid en de verschillen van beleidsvoering vanuit die verschillende overheden en krijgt enquêtes, inspecties en administratieve formaliteiten te verwerken die niet of onvoldoende op mekaar afgestemd zijn. (3) Het gezondheidsbeleid zou heel wat eenvoudiger en efficiënter worden door een reductie van de huidige 9 ministeriële instanties tot één per gemeenschap.

Theoretisch bestaan er twee mogelijkheden om de verschillende aspecten van het gezondheidsbeleid op een meer coherente wijze te behartigen: ofwel alles organiseren op het federale niveau, ofwel op het niveau van de gemeenschappen. Het **gemeenschapsniveau** is het meest efficiënte wegens de reeds vermelde klemtoonverschillen tussen beide gemeenschappen.

4. Responsabilisering

Het vierde argument voor de communautarisering van het ganse gezondheidsbeleid is het belang van de responsabilisering van beide gemeenschappen tot een zo spaarzaam en rationeel mogelijk beleid.

Om over dit belang te kunnen oordelen is een kennis vereist van de huidige Vlaams-Waalse uitgavenkloof, inkomstenkloof en de geldtransfers in het kader van de ziektekostenverzekering. Des te meer omdat we geconfronteerd worden enerzijds met twee demografische factoren, die een impact hebben op respectievelijk inkomsten en uitgaven, en anderzijds met toenemende medisch-technische mogelijkheden die de uitgaven verhogen. In dat licht moet bekeken worden op welke wijze een meer rationeel financieel beleid in de toekomst kan worden gevoerd.

De **Vlaams-Waalse uitgavenkloof** in de ziektekostenverzekering is de som van wat Vlaanderen in vergelijking met het aantal rechthebbenden (eventueel inwoners) minder uitgeeft en van wat Wallonië meer uitgeeft.

Uit een recente CM-studie over de uitgaven voor haar leden in de "Algemene Regeling" (jaar 2001) (21) kan een Vlaams-Waalse uitgavenkloof van 4,803 miljard BEF (= 119 miljoen Euro) afgeleid worden. (tabel 5) Het feit dat volgens de CM-studie de gemiddelde uitgaven per CM-lid in Vlaanderen in het stelsel "Zelfstandigen" 1,6 % hoger zijn dan in Wallonië verandert weinig aan die Vlaams-Waalse uitgavenkloof om twee redenen: in het stelsel "Algemene regeling" zijn de uitgaven per CM-lid in Wallonië 6,9 % hoger dan in Vlaanderen (21) en de groep "Zelfstandigen" vertegenwoordigt slechts 11,10 % in de totale groep van CM-rechthebbenden. (31)

TABEL 5

VLAAMS – WAALSE UITGAVENKLOOF BIJ DE CM-LEDEN

op basis van STUDIE CM (Algemene Regeling) JAAR 2001 * (publ.: okt. 2003)

	Uitgaven *		Ledentallen *		Uitgaven / lid		Herverdeling uitgaven vlg. leden %
	Bedrag BEF	%	Aantal	%	Bedrag BEF	Bij Rijks-gemiddelde = 100	Bedrag BEF
Vlaanderen	142.137.370.362	73,11	2.981.971	74,54	47.666	98,08	144.911.398.379
Wallonië	44.079.587.168	22,68	865.310	21,63	50.941	104,82	42.050.356.144
Brussel	8.190.606.703	4,21	153.001	3,83	53.533	110,15	7.445.809.710
Totaal	194.407.564.233	100,00	4.000.282	100,00	48.598	100,00	194.407.564.233

• **Uitgavenkloof Vl. - W.:** (144.911.398.379 – 142.137.370.362) + (44.079.587.168 – 42.050.356.144) = **4.803.259.041 BEF**
= **119.069.680 Euro**

Te bemerken valt dat het aandeel van de CM, in de categorie rechthebbenden "Algemene Regeling", 44,05 % van de totaliteit van deze categorie bedraagt. (31) De totale Vlaams-Waalse uitgavenkloof is dus veel groter.

De cijfers die minister R. Demotte vrijgaf over de globale uitgaven voor gezondheidszorgen voor de ganse bevolking in 2002 (16) zijn minder transparant, aangezien hij 20,86 % van deze uitgaven naar eigen zeggen niet gewestelijk kan localiseren: "*Niet alle uitgaven kunnen door de ziekenfondsen verdeeld worden tussen de gewesten op basis van de woonplaats van de patiënt. Het betreft voornamelijk de uitgaven van farmaceutische specialiteiten aan ambulante patiënten. Sinds 1 juli 2002 werd er een nieuw financieringssysteem ingevoerd voor de verpleegdagprijs in ziekenhuizen, waarbij o.a. gebruik gemaakt wordt van begrotings-twaalfden. Voor deze betalingen kunnen de ziekenfondsen evenmin een verdeling maken per gewest op basis van de woonplaats van de patiënt. Vandaar de sterke stijging van de rubriek 'onverdeeld' in het dienstjaar 2002.*"

Minister Demotte maakt het ons in 2002 nog wat moeilijker inzake transparantie, wanneer uit zijn cijfers kan vastgesteld worden dat de "onverdeelde fractie" in 2001, 2000 en 1999 zich op een duidelijk lager niveau bevond, namelijk 13,33 tot 13,63 % van de totale uitgaven. Die vaststelling roept vragen op die door de minister onvoldoende beantwoord worden in een tijdperk van SIS-kaarten en computers.

Voor de "verdeelde" fractie bedraagt de Vlaams-Waalse uitgavenkloof in 2002 5,461 miljard BEF (= 135 miljoen Euro). (tabel 6)

TABEL 6

VLAAMS-WAALSE UITGAVENKLOOF BIJ DE TOTALE BEVOLKING
(GEWESTELIJK VERDEELDE FRACTIE)
op basis van CIJFERS R. DEMOTTE JAAR 2002 * (publ.: jan. 2004)

	Uitgaven *		Bevolking (n inwoners) *		Uitgaven / inw.		Herverdeling uitgaven vlg. inw. %
	Bedrag in 1000 Euro	%	Aantal	%	Bedrag in 1000 Euro	Bij Rijks-gemiddelde = 100	Bedrag in 1000 Euro
Vlaanderen	6.403.390	57,25	5.995.553	57,90	1.0680232	98,88	6.476.316
Wallonië	3.701.051	33,09	3.368.250	32,53	1.0988053	101,73	3.638.593
Brussel	1.080.906	9,66	992.041	9,57	1.0895779	100,88	1.070.438
Totaal	11.185.347	100,00	10.355.844	100,00	1.0800999	100,00	11.185.347
Onverdeeld **	2.948.490						
Eind-totaal	14.133.837						

** = 20,86 %

$$\begin{aligned} \bullet \text{ Uitgavenkloof VI. - W.: } & (6.476.316 - 6.403.390) + (3.701.051 - 3.638.593) = 135.384 \times 1000 \text{ Euro} \\ & = \mathbf{135.384.000 \text{ Euro}} \\ & = \mathbf{5.461.377.000 \text{ BEF}} \end{aligned}$$

of $(57,90 - 57,25) + (33,09 - 32,53) = 1,21 \%$ (= uitgavenkloof - sleutel)

Indien de fractie "onverdeeld" op dezelfde wijze verdeeld wordt als de fractie "verdeeld", zou de totale Vlaams-Waalse uitgavenkloof 6,899 miljard BEF (= 171 miljoen Euro) bedragen. (tabel 7)

TABEL 7

VLAAMS-WAALSE UITGAVENKLOOF BIJ DE TOTALE BEVOLKING
(VERDEELDE + ONVERDEELDE FRACTIE)

op basis van CIJFERS R. DEMOTTE JAAR 2002 (publ.: jan. 2004)

door TOEPASSING VAN DE UITGAVENKLOOF – SLEUTEL
OP HET EINDTOTAAL

Indien de fractie "Onverdeeld" op dezelfde wijze verdeeld wordt als de fractie "Verdeeld", zou de totale **Uitgavenkloof VI. - W.** zijn:

$$\begin{aligned} 1,21 \% \text{ van } 14.133.837.000 \text{ Euro} & = \mathbf{171.019.000 \text{ Euro}} \\ & = \mathbf{6.898.889.000 \text{ BEF}} \end{aligned}$$

Nogmaals, alleen de minister kan uitsluitsel geven of het in werkelijkheid minder is of meer.

Wanneer de cijfers van minister Demotte vergeleken worden met die van de Jadot-rapporten, valt bovendien op dat de Heer Jadot als norm voor de gewestelijke toewijzing van de uitgaven de ledentallen van de ziekenfondsen ("rechthebbenden") nam, terwijl minister Demotte de bevolkingscijfers neemt.

Het lijkt zeer moeilijk geworden nog cijfers te bekomen over de gewestelijke verdeling van de rechthebbenden van de ziekenfondsen. Bij een parlementaire vraag inzake de verdeling van de rijkstoelagen voor geneeskundige verzorging over de ziekenfondsen met maatschappelijke zetel in Vlaanderen, Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, leest men als antwoord: *"Een afrekening per gewest blijkt niet uitvoerbaar te zijn aangezien elk ziekenfonds een nationale dekmantel heeft, en geen gewestelijke. De geografische inplanting van de maatschappelijke zetel van een ziekenfonds heeft nooit tot gevolg dat de aangeslotenen in dezelfde omgeving wonen."* (32)

Wanneer de uitgavencijfers van ministers Demotte verrekend worden t.o.v. de ledentallen van de ziekenfondsen i.p.v. de bevolkingscijfers (en de cijfers van het rapport Jadot 1997 hiervoor worden gebruikt bij gebrek aan latere beschikbare cijfers), dan komt men voor de Vlaams-Waalse uitgavenkloof van de "verdeelde" + "onverdeelde" fractie tot het hypothetische bedrag van 13,855 miljard BEF (= 344 miljoen Euro).

De reden van dit hogere cijfer is dat de procentuele verdeling van de bevolkingscijfers en van de ledentallen van de ziekenfondsen niet helemaal overeen stemt: het aandeel van de leden aangesloten bij een ziekenfonds in het Vlaamse gewest is iets hoger dan het Vlaamse bevolkingsaandeel; in Wallonië en Brussel is het net omgekeerd.

De **Vlaams-Waalse inkomstenkloof** in de ziektekostenverzekering is de som van wat Vlaanderen in vergelijking met het aantal inwoners meer inbrengt en van wat Wallonië minder inbrengt.

Uit het document van minister Demotte (16) kennen we de totale uitgaven voor de gezondheidszorgen in 2002.

Uit de KBC-studie inzake de financiële transfers tussen de Belgische gewesten (33) kennen we de gewestelijke verdeelsleutel van de financiering van de Sociale Zekerheid (SZ) in datzelfde jaar. Uit de verrekening van beide gegevens kan de Vlaams-Waalse inkomstenkloof berekend worden op 51,485 miljard BEF (= 1,276 miljard Euro). (tabel 8)

TABEL 8

VLAAMS-WAALSE INKOMSTENKLOOF BIJ DE TOTALE BEVOLKING
op basis van CIJFERS R. DEMOTTE *
en van
REGIONAAL AANDEEL IN FINANCIERING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING (KBC) **

JAAR 2002

	Inkomsten = Uitgaven*	Bevolking (n inwoners)*		Verdeling Inkomsten SZ (toegepast op ziektekostenverzekering)		Herverdeling inkomsten vlg Inw %
		Bedrag in 1000 Euro	Aantal	%	% **	Bedrag in 1000 Euro
Vlaanderen		5.995.553	57,90	64,00	9.045.656	8.183.492
Wallonië		3.368.250	32,53	29,60	4.183.616	4.597.737
Brussel		992.041	9,57	6,40	904.565	1.352.608
Totaal	14.133.837	10.355.844	100,00	100,00	14.133.837	14.133.837

* Cijfers R. Demotte jaar 2002

** Cijfers KBC studie jaar 2002

• **Inkomstenkloof Vl. - W.:** (9.045.656 – 8.183.492) + (4.597.737 – 4.183.616) = 1.276.285 x 1000 Euro
= **1.276.285.000 Euro**
= **51.485.209.000 BEF**

De **geldtransfers uit Vlaanderen naar Wallonië en Brussel** in de ziektekostenverzekering zijn het verschil tussen het aandeel van Vlaanderen in de inkomsten en in de uitgaven in die sector. Dat is dus een ander begrip dan de begrippen “uitgavenkloof” en “inkomstenkloof”. Op basis van de vermelde cijfers van de KBC-studie (33) en van minister Demotte (16) kunnen die geldtransfers in 2002 berekend worden op 38,486 miljard BEF (= 954 miljoen Euro). (tabel 9)

TABEL 9 GELDTRANSFERS UIT VLAANDEREN NAAR WALLONIË EN BRUSSEL
VIA ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
JAAR 2002

- Aandeel van Vlaanderen in de **inkomsten**: 9.045.656.000 Euro (zie tabel 8)
- Aandeel van Vlaanderen in de **uitgaven**: 57,25 % van 14.133.837.000 Euro (zie tabel 6) = 8.091.621.683 Euro
- Verschil (**transfer**): **954.034.317 Euro**
38.485.648.788 BEF

Verschillende factoren maken een zo spaarzaam mogelijk gezondheidsbeleid noodzakelijk: de ontgroening, de vergrijzing en de toenemende medisch-technische mogelijkheden. De eerste factor veroorzaakt op termijn een daling van de inkomsten, de laatste twee factoren brengen een stijging van de uitgaven mee.

Het in de SZ gevreesde fenomeen van de omkering van de Europese bevolkingspiramide dringt meer en meer door bij de politici en de bevolking: in vergelijking met 2000 wordt in 2050 door de ontgroening een duidelijke versmalling van de piramide-basis en door de vergrijzing een verbreding van de piramide-top verwacht. (34) Zo geraakt de financiering van de SZ, die actueel hoofdzakelijk uit arbeid gebeurt, in de problemen.

Het is voldoende gekend dat de toekenning van **financiële verantwoordelijkheid voor de besteding** van een bepaald budget, de bedachtzaamheid bij de uitgaven bevordert. De opsplitsing van de middelen voor de ziektekostenverzekering naar beide gemeenschappen toe zou dus reeds een kostenbesparend effect hebben.

Doch de responsabilisering zou nog toenemen, wanneer de gemeenschappen bovendien **verantwoordelijk** zouden worden **voor de verwerving van de eigen inkomsten** in die sector. Die responsabilisering is gemakkelijker te verwezenlijken door de inkomsten voor de ziektekostenverzekering niet meer te laten gebeuren uit arbeid doch uit de algemene middelen, de belastingen dus: zo wordt discriminatoire selectie door de werkgever tegenover werknemers met een duurder SZ-stelsel vermeden. Die operatie heeft twee bijkomende voordelen: het is een logische stap want de ziektekostenverzekering heeft niets, evenmin als de kinderbijslagen, te maken met arbeid (in tegenstelling met de tweede pijler van de SZ) en die stap zou de bedrijven meer zuurstof verschaffen.

Besluiten

1. Er zijn voldoende goede argumenten voor de toewijzing van de volledige gezondheidszorgen, met inbegrip van de ziektekostenverzekering, aan de gemeenschappen. De inwoners van Brussel moeten de keuze krijgen om toe te treden tot het stelsel van de Vlaamse of van de Franstalige gemeenschap.
2. Om die overheveling naar de gemeenschappen te verwezenlijken is een stevig Vlaams politiek front nodig.
3. De beste financiële regeling is dat de gemeenschappen zelf instaan voor de verwerving van hun middelen.
4. Het ware logisch tegelijkertijd over te schakelen van arbeid naar algemene middelen (belastingen) als financieringsbron van de ziektekostenverzekering.
5. Het principe van de solidariteit met de zwaksten moet in een Vlaamse ziektekostenverzekering vanzelfsprekend behouden blijven.

Een doorzichtig financieel solidariteitsplan kan met Wallonië onderhandeld worden met als voorwaarden: degressiviteit in de tijd, resultaatsverbintenis (bvb. inzake toenemende inspanningen voor preventief beleid gericht op de huidige grotere Waalse mortaliteit op jonge middelbare leeftijd) en politieke loyaliteit tegenover Vlaanderen.

Met de andere landen in de EU moet gewerkt worden aan algemene aanbevelingsregels vooral inzake preventief gezondheidsbeleid.

Naar de ontwikkelingslanden toe moet Vlaanderen initiatieven ondersteunen, die, afhankelijk van de noden van het betrokken land, door gezondheidswerkers ter plaatse worden genomen of gedragen.

Eric Ponette

27 april 2004

Bibliografie

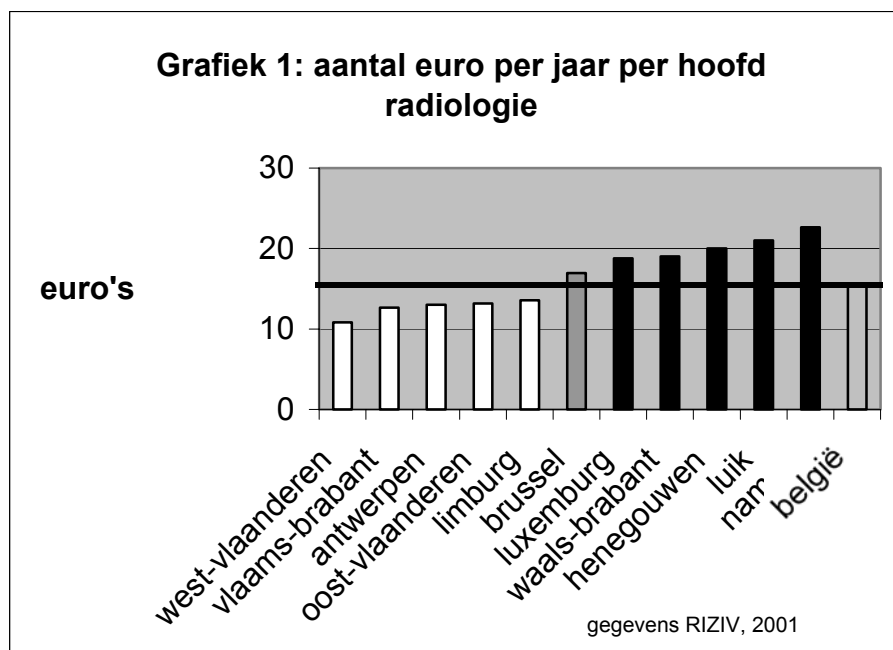
1. Lee Jong-wook: Global health improvement and WHO: shaping the future. The Lancet 362: 2083 - 2088, 20 - 27 dec., 2003
2. Bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen. Wetten tot hervorming der instellingen. Uitgave "Kamer van Volksvertegenwoordigers".
3. Dirk Dewolf: Waarom zijn de gemeenschappen het betere integratieniveau ? Integratie van preventieve en curatieve geneeskunde - Naar een Vlaams gezondheidsbeleid; Verslagboek van het colloquium van 14 september 2002, Periodiek - Nieuwsbrief VGV, sept.- okt. 2002, nr. 5
4. Resoluties staatshervorming van het Vlaams Parlement van 3 maart 1999. Periodiek - Nieuwsbrief VGV, mei - juni, 1999, nr. 3
5. Een regering voor de Vlamingen. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, juli 1999, p. 14 - 15; 62
6. Karel Verleyen: De grote sprong voorwaarts (Interview met Prof. Jan De Boever). Uit - Magazine, april 2004
7. Boudewijn van Houdenhove: Correspondence, The Lancet: 357: 1889, 2001
8. Els Witte: Vraaggesprek in "De Huisarts", 09.04.1997
9. Robrecht Vermeulen: Numerus clausus en toelatingsexamen voor artsen. Periodiek - Nieuwsbrief VGV, sept. - okt. 2003, nr. 5
10. Belga: Dupuis schrapt filters geneeskunde - studie. De Financieel Economische Tijd 08.11.2002
11. Louis Ide: CDH, ECOLO en de PS willen af van de numerus clausus. Periodiek - Nieuwsbrief VGV, jan. - febr. 2004, nr. 1
12. Bart Garmyn: Waarom integratie van preventie en verzorging op éénzelfde beleidsniveau ? Integratie van preventieve en curatieve geneeskunde - Naar een Vlaams gezondheidsbeleid; Verslagboek van het colloquium van 14 september 2002, Periodiek - Nieuwsbrief VGV, sept. -okt. 2002, nr. 5
13. Kaderdecreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, bekrachtigd door de Vlaamse Regering op 21.11.2003, Belgisch Staatsblad 03.02.2004
14. Louis Ide: Demot(te) zit inde gezondheidszorg, De Standaard 29.01.2004
15. Alleen Vlaanderen screent op borstkanker. De Tijd, 03.03.2004
16. Antwoord van minister Rudy Demotte op parlementaire vraag van de heer Bart Laeremans, Kamer van Volksvertegenwoordigers 07.10.2003, gepubliceerd in de pers in januari 2004
17. Ludwig Verduyn: Meer dan drie miljoen GMD'S. Artsenkrant 20.01.2004
18. K. Tuerlinckx: Interview met minister Mieke Vogels. Gazet van Antwerpen 04.03.2002
19. Ludwig Verduyn: PS verbant huisarts uit thuiszorg. Artsenkrant 16.01.2004
20. Ziekenhuisartsen pro echelonnering. De Huisarts, 25.06.1997
21. Koen Cornelis: Regionale analyse van de ziektekosten - Een nuancering van de brute consumptieverschillen. Studie van de christelijke mutualiteiten, februari 2003, gepubliceerd in de pers in oktober 2003
22. Guy Tegenbos: Franstalige arts gebruikt dubbel zoveel radiologie (cijfers RIZIV meegedeeld door Maggie De Block), De Standaard 12.09.2003
23. Geert Verrijken: Het ASGB en het vijfde rapport Jadot - "Systematische overconsumptie in Wallonië en Brussel blijft", Artsenkrant 20.04.2001
24. Filip Ceulemans: Jef Valkeniers over regionale verschillen. Artsenkrant 01.06.2001
25. Artsendichtheid op 31 december 2000. Vlaamse Regionale Indicatoren (VRIND), Administratie Planning en Statistiek
26. Jan Remans: De hemel op aarde ? - Over de betaalbaarheid van gezondheidszorgen in België. Acco, Leuven - Leusden, 2003
27. Chris Vandenbroeke: Gezondheidsindicatoren sterk in het voordeel van Vlaanderen. Periodiek - Nieuwsbrief VGV, mei - juni 2001, nr. 3
28. Eric Ponette: Argumenten voor een Vlaamse Sociale Zekerheid, Secessie nr. 7, april - mei - juni 2002
29. Eric Ponette: De Sociale Zekerheid moet toegewezen worden aan beide grote volksgemeenschappen in België, Dossier Vlaamse Sociale Zekerheid, AK-VSZ, uitgave van Vlaams Dienstencentrum vzw, november 2002
30. J.V. Joossens, J. Geboers, H. Kesteloot: Nutrition and cardiovascular mortality in Belgium. For the B.I.R.N.H. Study Group, Acta Cardiol. 1989; 44 (2): 157 - 182
31. RIZIV Jaarverslag 2000 - Statistieken van de ledentallen
32. Antwoord op parlementaire vraag nr. 501 van de heer Geert Bourgeois, Kamer van volksvertegenwoordigers 26 juni 2002
33. Johan Van Gompel en Bart Van Craeynest: Financiële transfers tussen de Belgische gewesten herbekeken, KBC Asset Management, mei 2003
34. De vele tinten van grijs. Intervisie (SM) n° 4 2003

GRAFISCHE VOORSTELLING VAN ENKELE VLAAMS-WAALSE GEDRAGSVERSCHILLEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Dr. Louis Ide, Secretaris VGV

Le PS abuse!

Uit recente cijfers, vrijgegeven door de Post, moet blijken dat de Waalse postman per jaar ongeveer 23 dagen ziek is, zijn Vlaamse collega slechts 14 dagen. Uitschieters zijn Henegouwen met 25,44 dagen verlet aan de ene kant en West-Vlaanderen 11,75 dagen aan de andere kant.



En dan beweert de minister van Sociale Zaken en Gezondheidszorg dat de Waalse zieke niet duurder is dan de Vlaamse zieke. Nochtans leren de cijfers voor de radiologie (cijfers van het RIZIV, 2001) (grafiek 1 en 2) ons dat de uitgaven voor de medische beeldvorming “toevallig” voor Vlaanderen onder het Belgisch gemiddelde liggen en die voor Wallonië boven dat gemiddelde. West-Vlaanderen en Namen lijken hier elkaars antipoden met een gemiddelde uitgave van 10,83 € per West-Vlaming en 22,62 € per inwoner van

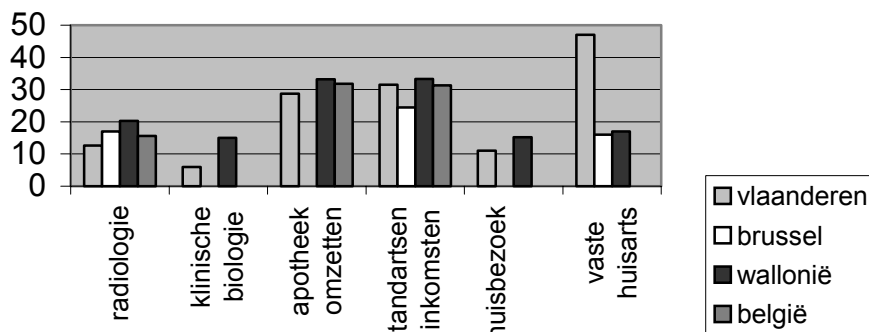
Namen. Minister Demotte is het gezeur over transfers van Noord naar Zuid beu. Die zijn er volgens de man niet. Het wordt wachten totdat de Vlaamse radiologen het gezaag van Demotte beu zijn want ondanks het rationeel aanwenden van de medische beeldvorming moeten zij opdraaien voor hun spijzieke Franstalige collegae.

In de klinische biologie is het niet anders. (grafiek 2) Het is trouwens algemeen bekend dat om de één of andere reden de nieuwste technieken eerst in het Zuiden van het land toegepast kunnen worden en dat Vlaanderen steeds een paar jaar achterop hinkt. Het gemiddeld forfait per Vlaamse en Waalse patiënt werd ooit berekend door een collega klinisch bioloog (Artsenkrant, 2001): +/- 240 BEF per patiënt ging naar de Vlaamse laboratoria, +/- 600 BEF naar de Waalse laboratoria. De voormalige minister van Sociale Zaken Vandenbroucke zag in dat er een scheefftrekking was tussen de Vlaamse en Waalse laboratoria. Daarom stelde hij 5 miljoen € ter beschikking van de Vlaamse laboratoria. Een ‘homeopathische’ bijdrage die geenszins de balans in evenwicht bracht. Erger nog: nauwelijks een maand later werd dit bedrag gecompenseerd door de creatie van een financieringsmodule “B8” voor de ziekenhuizen met een “moeilijk publiek”. Toevallig lagen alle ziekenhuizen met een “moeilijk publiek” aan de andere kant van de taalgrens. Het objectieve systeem van de voormalige minister van Sociale Zaken was het Stuivenbergziekenhuis in Antwerpen “vergeten”. Nauwelijks een dag later was de rechtzetting van de scheefftrekking dus weer kromgezet.

De inkomsten van de tandartsen (cijfers van het RIZIV) (grafiek 2) tonen aan dat ook hier de balans steeds in het nadeel van Vlaanderen overhelt. Nog onlangs mag de huisarts volgens Demotte meer vragen voor een consultatie: 20 € in plaats van de huidige 18 €. Het huisbezoek gaat van 20 € naar 30 €. Dat hij hiermee “geheel toevallig” de Waalse huisarts een kadootje

doet moeten we er maar weer bijnemen. Alhoewel het wetenschappelijk bewezen is dat de beste zorgen in het kabinet van de huisarts gebeuren en de Vlamingen dat al langer door hebben dan hun Franstalige collega's (grafiek 2), moet Demotte tegen de gang van zaken in het huisbezoek belonen.

Grafiek 2: regionale verschillen

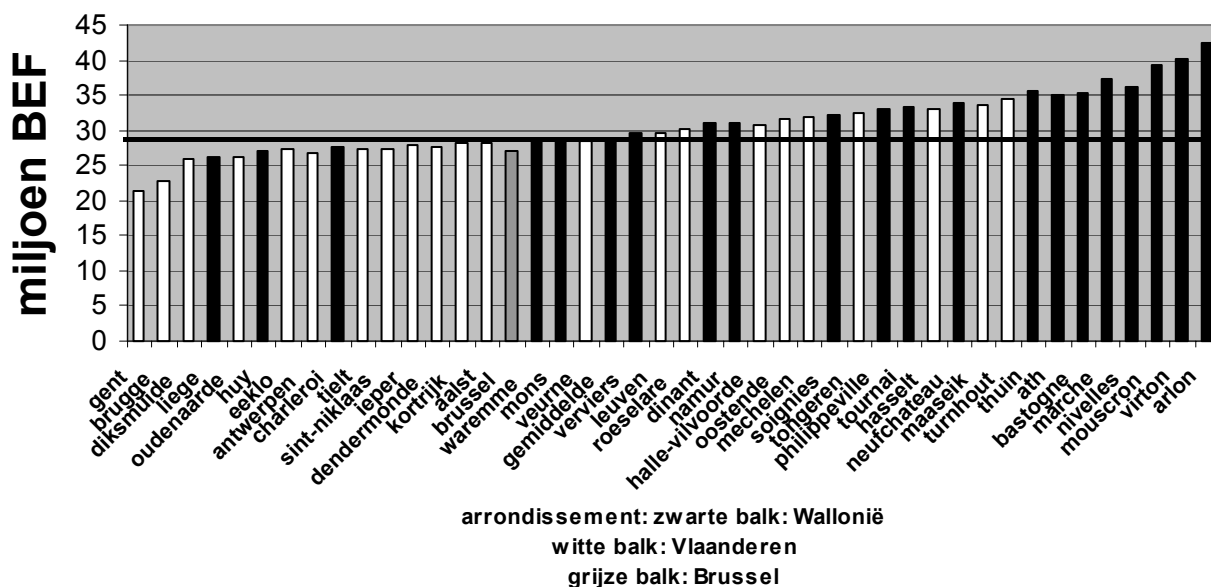


10 staat voor 10 euro per patiënt tenzij voor:
 het jaarlijks tandartseninkomen dient vermenigvuldigd met 1000
 apotheekomzet in BEF vermenigvuldigd met 1000000
 aantal huisbezoeken per persoon vermenigvuldigd met 1000000
 % van de bevolking vaste huisarts

gegevens Farma 2002, Apothekersblad, RIZIV, 2001 (radiologie) en 2001 (tandartsen) en Artsenkrant (2001), De Huisarts 2004 (huisbezoeken), RIZIV (huisbezoeken), Artsenkrant (vaste huisarts).

Om de één of andere reden is het heel moeilijk om aan regionale cijfers te geraken inzake geneesmiddelenverbruik. Met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica tasten we helemaal in het duister. De omzetten van de apotheken (cijfers van het APB, 2002) (grafiek 2 en 3) leren ons gelukkig toch iets meer. De apotheken met de grootste omzetten situeren zich in Arlon, Virton, Mouscron, Nivelles, Bastogne, Ath, Thuin, ... Deze cijfers wijzen in de richting van een trend die men zomaar niet kan weerleggen. De regionale cijfers inzake geneesmiddelenverbruik zijn zo verschillend dat ze te "gevoelig" zijn voor publicatie. Het wordt tijd dat de beroepsgroep het RIZIV uitdaagt alle cijfers per regio vrij te geven.

Grafiek 3: geneesmiddelen omzet per arrondissement per apotheek



gegevens Farma 2002, Apothekersblad, APB.

Demotte snapt niet waarover het gaat.

Minister Demotte is het gezeur over de transfers van Noord naar Zuid beu, alsof het alleen maar daarover gaat. Hij snapt duidelijk niet dat het over veel meer gaat dan over de centen alleen. De Vlaamse visie op het gezondheidszorgbeleid is een totaal andere dan deze die de door de Franstaligen gedomineerde regering hanteert.

Drie miljoen Belgen hebben een vaste huisarts, ze hebben het zogenaamde Globaal Medisch Dossier bij hun huisarts afgesloten. 17% van de Walen hebben een vaste huisarts, 16% van de Brusselaars hebben een vaste huisarts en 47% van de Vlamingen hebben een vaste huisarts. (grafiek 2) Het vertrouwen van de Vlaming in zijn huisarts is dus groot, heel groot en dat moet de vaak belaagde beroepsgroep deugd doen. Misschien gaat minister Demotte nu beweren dat dit dus "meer kost", maar hij zou beter moeten weten: mensen die een vaste huisarts kiezen gaan minder "shoppen", de continuïteit is gewaarborgd, ze consolideren daarmee het belang van een goede eerstelijns-geneeskunde, ... wat op korte termijn "goedkoper" is. Elke Vlaming investeert dus bewust of minder bewust in een goede gezondheidszorg. Dit staat in schril contrast met het ongelooflijk dure "hospitalocentristisch" model dat de PS promoot.

Dat de PS de pleitbezorger is van het dure "hospitalocentristisch" model mag blijken uit een wetsvoorstel van PS-senator Laloy. Laloy legt alle verantwoordelijkheid voor de organisatie van de thuiszorg bij de ziekenhuisarts. In haar wetsvoorstel is zelfs geen sprake van de huisarts. Gaat het hier over bestuurlijke onkunde? Of gaat het om een doelbewuste politiek? In ieder geval is er veel meer aan de hand dan alleen maar "de centen". Demotte begrijpt blijkbaar niet dat er in Vlaanderen een andere visie op de gezondheidszorg leeft. En ik begrijp niet dat alle Vlamingen actief in de gezondheidszorg dit nog langer pikken. Ik hoop dat alle Vlamingen deze concrete cijfers verspreiden. Deze concrete cijfers overtuigen meer: ze zijn tastbaar voor de honderdduizenden mensen actief in de gezondheidszorg én de miljoenen (potentiële) patiënten die we allen zijn.

...De PS stelde Verhofstadt zelfs voor de keuze: de val van De Gucht of de val van de regering. De Gucht moest weg, hij was een gevaarlijk man. Had hij de Franstaligen niet bedreigd de splitsing van de kieskring Brussel-Halle-Vilvoorde door te duwen ?...

MARK DEWEERDT - DE TIJD - 14.02.04

...de Vlaamse regering is een duiventil... Zodra er elders betere opportuniteiten liggen, nemen Vlaamse ministers met de glimlach afscheid. Goed bestuur is hun laatste zorg. Als de persoonlijke carrière maar verzekerd is voor de toekomst. Dat is erg... Hoe wil je dat de burger de Vlaamse regering en haar ministers respecteert, als de politici er zelf een lacher-tje van maken ?...

PAUL GEUDENS - GAZET VAN ANTWERPEN - 18.02.04

De Belgische overheid blijft doof voor de verlangens van de Vlaamse huisartsen. Franstalige politici hebben een totaal andere visie op eerstelijnsgezondheidszorg. Men wil daar zelfs de eerstelijnsgezondheid vanuit de ziekenhuizen organiseren. Als de huidige minister van Sociale Zaken de legitieme Vlaamse eisen blijft negeren, wordt de noodzaak van een eigen Vlaamse gezondheidszorg alleen maar groter.
Karel Van de Meulebroeke (SVH), Piet Vanden Bussche (VHP) en Karen Louage (Conventie-team)

ARTSENKRANT - 20.02.04

FORUM

NUMERUS CLAUSUS

Antwoord van Dr. Jean-Paul Dercq

VLAAMS GENEESKUNDIGENVERBOND
Ergo De Waellaan 3
2100 Deurne Antwerpen

9 januari 2004

Geachte Collega,

Ik meld u de goede ontvangst van uw brief van 9 januari 2004 in verband met de beperking van het medisch aanbod.

Ik heb zoals u weet altijd gepleit voor een beperking van het aanbod; het voorstel dat door de planningscommissie met unanimité gestemd wordt bestaat enkel in een aftopping van de overaantallen 2004-2012 in plaats van de overaantallen 2004-2005; maar het totaal quotum 2004-2012 moet integraal gerespecteerd worden. De voorgestelde versoepeling bestaat dus in de uitbreiding van de periode voor aftopping niet in de overschrijding van het globale quotum.

De overschrijding bedraagt in de Vlaamse Gemeenschap 171 en 238 in de Franse gemeenschap, de overschrijding is echter veel sneller gecompenseerd in de Vlaamse Gemeenschap, wat niet het geval is bij de Franse Gemeenschap, maar we moeten toch toegeven dat de door de Franse Gemeenschap afgeleverde inspanning toch bestaat uit een aanzienlijke daling van ongeveer 200 artsen per jaar.

Het voorstel biedt inderdaad een oplossing voor de overschrijding in beide gemeenschappen, en geeft ook aan de minister een "stok achter de deur" om de Franse gemeenschap te verplichten maatregelen te nemen voor de jaren waar de studenten nog niet begonnen zijn.

Zoals u weet is deze materie zeer complex, de ziekenhuizen klagen over een tekort aan specialisten die feitelijk het ziekenhuis verlaten om zich in de ambulante sector te vestigen, daardoor als compensatie worden meer en meer huisartsen verworven in de ziekenhuizen, beide sectoren klagen dus over een tekort dat feitelijk niet bestaat. Het gaat veel meer om een niet aangepaste verspreiding van de medische werkracht. Daarvoor zullen ook specifieke voorstellen moeten opgesteld worden die rekening houden met de ziekenhuis onderfinanciering.

De evolutie van de behoeften is ook een weinig transparante materie, de stijgende vergrijzing en feminisering van de artsen, alsook de vermindering van de werkduur zijn ook elementen die in aanmerking moeten komen.

Uit het veld krijg ik weinig steun naar strengere beperking, ik krijg wel veel meer protest en verzet tegen de beperking, op het einde stelt u zich de vraag of één iemand alleen gelijk kan hebben en krijgen. Uw brief is misschien voor mij een eerste steun van het veld om deze inspanning voort te zetten.

Met de meeste hoogachting,

Dr. J.P. DERCQ
Voorzitter van de planningscommissie

Uitslag Petitie: Louis Ide

4000 VLAMINGEN EISEN BEHOUD BEPERKING AANTAL ARTSEN

4.000 Vlamingen uit de medische wereld (waaronder meer dan 20 professoren) tekenden via de website www.contingentering.be een petitie tegen de versoepeling van de zogenaamde contingentering of de beperking van het aantal artsen.

Al sinds 1998, toen de contingentering federaal werd opgelegd, zorgen de Vlamingen voor een drastische beperking van het aantal artsen door een ingangsexamen ("numerus clausus") voor de kandidaat-studenten geneeskunde. **De Franstaligen laptten de contingentering daarentegen vrolijk aan hun laars.** Doordat iedereen onbeperkt werd en wordt toegelaten, is er momenteel een overschot aan Franstalige artsen. Dus eisen de Franstaligen nu plots de afschaffing van de contingentering zodat al hun kersvers afgestudeerde artsen aan de slag kunnen. Daarenboven eisen ze een verschuiving tussen het contingent specialisten versus huisartsen. Afgelopen week nog kwamen de Franstalige artsen en studenten geneeskunde, ondersteund door de universiteitsdecanen en Waalse politici, de straat op om de aanpassing van de contingentering te eisen.

Met de aanpassing van de contingentering worden de Vlamingen, die gezagstrouw de federale beperking van het aantal artsen hebben nageleefd, nu twee keer gestraft. Enerzijds gooien de Franstaligen nog meer artsen op de - ook Vlaamse - markt, die daarenboven nog meer gaan voorschrijven en daarmee het failliet van de gezondheidszorg bezegelen. Anderzijds is er geen enkele gelijkheid meer tussen Vlaamse en Franstalige studenten: geen enkele Franstalige student werd de toegang tot de artsenstudie geweigerd, terwijl duizenden Vlaamse kandidaat-studenten uit de boot vielen.

Om dit alles te verhinderen startte ik via een website een petitieactie. Met groot succes: 4.000 Vlamingen, vooral uit de medische wereld, gaven hun steun. Daarenboven ondertekenden ook twintig professoren en de artsensyndicaten ASGB en VAS/BVAS, het Syndicaat Vlaamse Huisartsen, het Vlaams Geneeskundigenverbond, het Verbond van Belgische Specialisten, het Vlaams Neutraal Ziekenfonds en faculteitskringen Medica en Dentalia de petitie.

Intussen keurden alle partijen in het Vlaams parlement een N-VA-motie goed voor de onverkorte handhaving van de contingentering. Maar ook op federaal niveau moeten ze hun verantwoordelijkheid nemen. De boodschap moet duidelijk zijn: Vlamingen plooiën niet. Het (dreigend) tekort aan huisartsen en andere onpopulaire specialiteiten heeft niets te maken met een vermeend tekort aan artsen, maar wel met de geringe aantrekkelijkheid van het beroep. Bovendien is er dan wel op Belgisch niveau een teveel aan artsen, Vlaanderen zit op het Europees gemiddelde. **Wallonië zorgt exclusief voor het Belgisch overschot.**

Volgens mij gaan de Vlamingen dus beter hun eigen weg en organiseren Vlamingen en Franstaligen de gezondheidszorg beter volgens hun eigen behoeften en inzichten. En dan kunnen de Franstaligen naar believen hun eigen aantal artsen vastleggen.

Louis Ide,
Secretaris VGV

Autokenteken

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

Fiscaal dagboek

€ 25.00,- + € 1.24,- Port

Brussel, 8 januari 2004

MET REDENEN OMKLEDE MOTIE

- van de heren Chris Vandenbroeke, Jos De Meyer, Gilbert Van Baelen, André VanNieuwkerke, Frans Ramon en Dirk De Cock –

tot besluit van de op 8 januari 2004 door de heer Chris Vandenbroeke in commissiegehouden interpellatie tot mevrouw Marleen Vanderpoorten, Vlaams minister van Onderwijs en Vorming, over de contingentering van het aantal artsen

Het Vlaams Parlement,

- gehoord de interpellatie van de heer Chris Vandenbroeke;
 - gehoord het antwoord van de minister;
 - gelet op de maatschappelijke consequenties die een artsencontingentering genereren;
 - gelet op het feit dat er al sinds 1998 een federaal opgelegde contingentering bestaat en dat de Vlaamse Gemeenschap sindsdien voor een drastische beperking van het aantal artsen, door een ingangsexamen ("numerus clausus") voor de kandidaat-studenten geneeskunde, zorgt;
 - gelet op het feit dat de Franstaligen daarentegen de contingentering al die tijd negeren waardoor iedereen onbeperkt werd en wordt toegelaten en er momenteel een overmatig overschot aan Franstalige artsen is;
 - gelet op de schending van het gelijkheidsprincipe tussen Vlaamse en Franstalige studenten: geen enkele Franstalige student werd de toegang tot de artsenstudie geweigerd, terwijl duizenden Vlaamse kandidaat-studenten uit de boot vielen;
 - rekening houdend met de bevoegdheidsverdeling van het contingenteringsdossier over het Vlaamse (onderwijs) en het federale (Volksgezondheid) niveau;
- vraagt de Vlaamse regering:

- 1° het dossier van de contingentering van het aantal artsen in Vlaanderen en België op de voet te volgen en het Vlaams Parlement van elke cruciale beslissing onmiddellijk op de hoogte te brengen;
- 2° de belangen van de Vlaamse artsen en specialisten bij de federale regering resoluut te verdedigen;
- 3° er bij de Franstalige minister voor hoger onderwijs op aan te dringen om de contingentering correct na te leven;
- 4° alles in het werk te stellen opdat er, toekomstgericht, een optimaal medisch zorgaanbod gegarandeerd wordt;

Chris Vandenbroeke

WERKGROEP NUMERUS CLAUSUS

In de schoot van het VGV is een werkgroep "Numerus clausus" opgericht.
Wie geïnteresseerd is, kan zijn naam melden op het secretariaat.

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

“EEN GROTE SPRONG VOORWAARTS”: VERPLEEGKUNDE IN CHINA

Alles begon vrij toevallig in 1986 toen Prof. J. Delrue, Dep. Architectuur K.U.L. en actief in de ziekenhuisbouw in China, een beroep op mij deed naar aanleiding van een seminarie in China over “Ziekenhuisbouw”. Mijn opdracht was mijn praktische ervaringen in verband met nieuwbouw-ombouw die ik aan de Univ. Ziekenhuizen Leuven had opgedaan te vertalen naar Chinese architecten en ziekenhuisverantwoordelijken. Door dit seminarie kreeg ik de gelegenheid gedurende één week Chinese ziekenhuizen te bezoeken. Steeds opnieuw viel het mij op dat er overal een groot gebrek was aan basishygiëne en dat het professioneel niveau van de verpleegkunde laag was. We waren ervan overtuigd dat een extra opleiding voor verpleegkundigen meer nog dan nieuwbouw, een prioriteit moest zijn bij de verbetering van het ziekenhuiswezen in China.

Dit was mijn eerste contact met de ziekenhuizen in China en het begin van een lange reeks.

Eind 1989 beëindigde ik mijn verpleegstersloopbaan aan de Univ. Ziekenhuizen in Leuven na 29 jaren dienst. Op dat moment voelde ik mij te dynamisch en hield ik ook teveel van mijn beroep om achter alles een punt te zetten. Ik hoopte dat er wel iets uit de lucht zou vallen en dat gebeurde ook.

Een gelukkige ontmoeting met Dr. Mary Young, zelf van Chinese afkomst en werkzaam bij de Wereldbank (Washington), bracht de wagen aan het rollen. Een project, door hen gesteund, voorzag het aanbrengen van verbeteringen in 19 ziekenhuizen in 3 steden in China: Changzhou (700.000 inwoners); Luoyang (1.200.000 inwoners) en Shashi (350.000 inwoners). Een onderdeel van dit project was de opleiding van verpleegkundigen. Mijn opdracht was deze ziekenhuizen te bezoeken, door te lichten en een analyse te maken van de lokale tekorten op het niveau van kwaliteit van de verzorging, richtlijnen voor infectiecontrole op te stellen en voorstellen te doen voor de verbetering van de verpleegkundige opleiding. Deze ziekenhuizen bezoeken was van onschatbare waarde voor de ontwikkeling van het latere VLIR-ABOS project “Opleiding van Verpleegkundigen in China”. Ik doorkruiste de ziekenhuizen van voor tot achter, van de patientenkamer tot in de wasserij(voor zover je het soms een wasserij of patientenkamer kon noemen), operatiezalen en sterilisatie ruimten, volgde de verpleegkundige bij de zorgverlening en probeerde zoveel mogelijk de realiteit vast te leggen op foto en mijn bevindingen op checklijsten. Deze zouden later nuttig zijn bij de samenstelling van een aangepast opleidingsprogramma.

Gedurende deze prospectiereis ontmoette ik vele ziekenhuiswerkers, dokters en verpleegkundigen. Tussen hen één figuur om nooit te vergeten: “Miss Sun” een merkwaardige vrouw (toen 70 jaar oud), directrice van het n°1 People’s Hospital in Changzhou. Haar droom sinds jaren was een bijkomende opleiding voor verpleegkundigen op gang te brengen. Zij was ervan overtuigd dat er dringend nood aan was. Zijzelf had een degelijke opleiding als verpleegkundige gekregen en was bijgeschoold door Amerikaanse zendelingen; zij praticeerde gedurende een korte periode in de Verenigde Staten.

Miss Sun werd mijn inspiratiebron en later werd zij de Godmother van de Chinese cursisten en onze verantwoordelijke verpleegkundige in China. Zij sprak Engels, want Chinees blijft voor ons Chinees, nl. onverstaanbaar; de Chinezen in de ziekenhuizen die Engels spraken waren zeldzaam en de Chinese tolken hadden het soms zeer moeilijk om ziekenhuistaal te verwoorden.

Deze vrouw werd een goede vriendin en het is voornamelijk zij die mij inzicht gaf in de reële problemen en noden en mij bracht op plaatsen waar ik anders nooit zou gekomen zijn. Het was duidelijk dat er gebrek was aan kennis en inzicht i.v.m. preventieve maatregelen ter voorkoming van ziekenhuisinfecties en er was een inefficiënt verpleegkundig management. Vanuit deze probleemanalyse werd dan later na de prospectiereis voor de Wereldbank, een VLIR-ABOS project uitgeschreven en vervolgens goedgekeurd. Dit project had tot doel het aantal ziekenhuisinfecties in Chinese ziekenhuizen te verminderen door het verhogen van kennis en praktische vaardigheden van de verpleegkundigen. Een theoretische cursus en een praktijkstage werden gebruikt om deze doelstellingen te realiseren.

Methode

De cursus was opgebouwd rond volgende modules: Ziekenhuishygiëne en Verpleegkundig Management.

Bij het uitschrijven van de cursus is uitgegaan van internationaal aanvaarde standaarden i.v.m. infectiepreventie en management. Deze werden wel aangepast aan de lokale Chinese situatie.

In 1992 werd een contract ondertekend door de verschillende partners die aanvaardden mee te werken. Het contract bepaalde dat:

- 1) de Belgische partner de training zou ontwikkelen, uittesten en aanpassen.
- 2) de Bureau’s Public Health van de 4 steden beloofden deze training te herhalen in alle ziekenhuizen van hun stad
- 3) het Chinese Nursing Center van Peking aanvaardde een belangrijke rol te spelen in de verspreiding ervan doorheen China
- 4) het Nationaal Ministerie van Openbare Gezondheidszorg (Min. Public Health) in Peking op de hoogte was van het project en uitgenodigd werd alle trainingssessies te volgen, wat zij ook deden.

Cursusontwikkeling

In België werd een team samengesteld van 4 senior-verpleegkundigen: 2 gespecialiseerd in ziekenhuishygiëne en 2 met kennis en ervaring in nursing management. Door tussenkomst van de Verbieststichting en een zuster van de Jacht werkzaam in Taipei, kwam een Chinese professor in verpleegkunde aan de Taiwan Universiteit het team vervoegen. Zij deed belangrijke suggesties betreffende de culturele verschillen en bracht Chinese leerboeken mee uit Taiwan. Vervolgens vervoegden 2 senior-verpleegkundigen uit het Caritas Medical Center-Hong Kong ons team. Hun bijdrage was waardevol omdat deze werkten in ziekenhuizen waar arme Chinezen verzorgd werden. Zij gaven ons adviezen i.v.m. goedkope oplossingen en betaalbare hygiënische maatregelen. De afspraak werd gemaakt om de cursisten na de opleiding de kans te geven een praktijkstage te lopen in Hong Kong.

Het Belgisch team produceerde 650 pagina's cursustekst en ongeveer 400 overhead sheets.

40 videobanden haalden we in Londen en andere werden ons bezorgd door de College of Nursing in U.S.A. Al het cursusmateriaal, lessen en video's, werd omgezet van Engels naar mandarijnenchinees door een ploeg van Chinese post-graduates in Leuven, met de enthousiaste medewerking van de Audiovisuele Dienst.

Er werden selectiecriteria voor de deelnemers uitgewerkt in functie van hun latere rol als opleidingsverantwoordelijke in hun hospitaal. Aan de lokale Bureau's of Public Health werd gevraagd een lijst op te maken van waardevolle kandidaten.

Een eerste 2 weken seminarie werd gehouden in november 1992.

Inhoud cursus Ziekenhuishygiëne

1. Inleiding ziekenhuishygiëne
2. Reinigen, ontsmetten en steriliseren
3. Handen wassen
4. Ziekenhuisomgeving
5. Wondinfecties
6. Urinewegeninfecties
7. Intravasculaire infecties
8. Luchtwegeninfecties
9. Hygiëne v.d voeding
10. Isolatiemaatregelen
11. Kwaliteitscontrole programma
12. Infectieregistratie
13. Ontwikkeling van een infectiebewakingssysteem

Inhoud cursus Verpleegkundig Management

1. Doel en functies van ziekenhuismanagement
2. Patientgericht verpleegmanagement
3. Het verpleegproces
4. Communicatie vaardigheden
5. Hoofdverpleegkundige en leiderschap
6. Rol van de verpleegkundige en effectief management
7. Rol van de hoofdverpleegkundige en organisatie
8. Staff evaluatie, supervisie en opleiding
9. Rol van de hoofdverpleegkundige als wisselagent
10. Strategieën en veranderingstactieken
11. Systeembepalingen: sociale normen, houdingen en hulpmiddelen
12. Staffingstechnieken
13. Effectieve communicatie in vergaderingen
14. Opleidingstechnieken voor voortgezette opleiding

Verschillende leertechnieken werden gebruikt gedurende de sessies: klassikaal onderwijs, praktische oefeningen, groepsdiscussies, video's. Er was continu een tweerichtingsvertaling Engels-Chinees voorzien. Op het einde van de cursus werd huiswerk opgedragen:

1) grondig instuderen van de cursus

2) een probleemonderwerp i.v.m. ziekenhuishygiëne en management in het eigen ziekenhuis uitwerken.

Er werd gevraagd het probleem en de objectieven te omschrijven, evenals een strategisch plan voor verandering te ontwikkelen. Dit plan moest precies zijn, realistisch en praktisch. Dit plan (ongeveer 20 pagina's) evenals de lijst met vragen zouden dienen als een belangrijke aanloop voor het tweede seminarie. Intussen zouden de cursisten samenkomen met de andere deelnemers van hun stad om informatie uit te wisselen, problemen te onderzoeken. Verslagen zouden bijgehouden worden en naar voor gebracht in het volgende seminarie.

In maart 1993 reisden Prof. G. Evers, Prof. Dr. Shuyen Shiau van Taipei en ikzelf naar de verschillende ziekenhuizen. Gedurende deze bezoeken werden de cursisten bevroegd en werden belangrijke suggesties gedaan betreffende het ontwikkelen van een strategisch veranderingsplan voor het ziekenhuis.

In september 1993 volgde het tweede seminarie. Het grootste gedeelte van de tijd werd besteed aan het beluisteren van de deelnemers i.v.m. de inhoud van de cursus en het geven van advies.

Nieuwe onderwerpen werden geïntroduceerd. Op het einde van dit seminarie werd een toets met meerkeuze vragen afgenomen van alle deelnemers. De resultaten waren bemoedigend.
In april 1994 keerden Prof.G.Evers en ikzelf terug naar China, om in ieder ziekenhuis na te gaan welke veranderingen doorgevoerd waren.

De praktijkstage in Hong Kong vond plaats in april 1995. Hiervoor werd beroep gedaan op de faciliteiten en de expertise van verpleegkundigen werkzaam in het Caritas Medical Center aldaar. Alle cursisten kregen de kans gedurende één maand de principes van ziekenhuishygiëne en verpleegkundig management onder deskundig toezicht in te oefenen in een voor hen vergelijkbare ziekenhuisomgeving.

Besluit

Als concrete resultaten van de Voortgezette opleiding voor Verpleegkundigen in China (C.E.N.C.) vermeld ik enkele treffende feiten.

Negen maanden na de eerste opleidingscyclus hadden de cursisten van één stad de cursus gedoopt aan 2600 andere verpleegkundigen. In alle bezochte ziekenhuizen was er een merkbare verbetering wat betreft de manipulatie van linnen, materialen en voedsel en de behandeling van besmette materialen.

De materiële voorzieningen voor de uitvoering van een correcte handhygiëne werden aanzienlijk verbeterd.

In verschillende ziekenhuizen waren inmiddels procedures voor afvalsortering, ontsmetting en sterilisatie uitgeschreven. De scheiding tussen proper, steriel en besmet werd overal doorgevoerd op de verpleegafdelingen.

Het slagen van dit project is voor een groot deel te danken aan de unieke samenwerking tussen verpleegkundigen van China, Taiwan, Hong Kong en België en aan de inbreng, de toewijding en de follow up door Miss Sun Jing Xia. Het Rode Kruis van China betoonde haar waardering hiervoor door toekenning van de "Florence Nightingale Award" aan Miss Sun.

Dit project droeg de goedkeuring weg van het Ministerie van Volksgezondheid in China en op het einde van het tweede seminarie kregen alle deelnemers een getuigschrift van de K.U.Leuven dat bekrachtigd werd door het voornoemd Ministerie.

Bij onze laatste terugkeer naar België voelden wij ons gelukkig omdat wij als Vlaamse Verpleegkundigen iets van onze "beroepskunst" en vooral van onszelf hadden gegeven om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te verbeteren, ten dienste van de zieke mens in China.

Addendum.

Een tweede project (1996-1998) werd aangevraagd bij VLIR-ABOS. Het doel van dit project was de ontwikkeling van een vervolmakingscentrum voor verpleegkundige universitaire docenten, teneinde de kwaliteit van de 12 bestaande verpleegkundige universitaire opleidingen in China te verhogen in samenwerking met het Peking Union Medical College. Gezien de goede resultaten van het eerste project, zou men hier gebruik kunnen gemaakt hebben van de methodologie, de ervaring en de contacten opgedaan in het eerste project.

Dit project is nooit gestart omdat bij de ministerwisseling de subsidies voor ontwikkelingshulp moesten gaan naar projecten in Centraal Afrika.

Hierdoor is de goodwill die we voor België gedurende verschillende jaren hebben opgebouwd verloren gegaan.

Mia Michiels-Coveliers

SYMPOSIUM

18.06.2004

Revalidatie & gezondheidszorg in armoede- en conflictgebieden: vijf invalshoeken

Georganiseerd door het
Centrum voor Locomotorische & Neurologische Revalidatie
locatie:
Het Pand Onderbergen 1 9000 Gent

Inlichtingen:
Secretariaat
Centrum voor Locomotorische en Neurologische Revalidatie (K7)
Universitair Ziekenhuis
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel.: 09/240.42.37 e-post: clnr@UGent.be

ONTWIKKELINGSSAMENWERKING

Volgens de gegevens van het Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria is er jaarlijks 12.3 miljard US \$ (10 miljard Euro) nodig om deze 3 "gesels" der mensheid, die vooral kinderen en vrouwen treft, zinvol te bestrijden. Wat een heerlijke taak voor Vlaanderen! Wat een voorbeeld van SOLIDARITEIT!!! En we hebben er de middelen voor! (En we zouden er nog een bedankje kunnen voor krijgen. Hoewel dat niet echt nodig zou zijn: we zijn daar immers toch niet aan gewend geraakt!)

Jan Peremans

ONDERZOEK EN ONTWIKKELING

The Economist (31 januari 04) (pag. 53)

In de USA wordt in de farmaceutische industrie jaarlijks ongeveer 30 miljard \$ uitgegeven aan R&D.

In Europa is het iets meer dan 20 miljard \$ (600 miljard Bef). Vlaanderen zou daarvan meer dan de helft op zich kunnen nemen met alle gunstige economische gevolgen van dien. Onze meesters hebben daar echter anders over beslist.

Jan Peremans

...Een peiling door Dimarso in opdracht van de VLD toonde donderdag nog maar eens aan wat we al héél lang weten: in Vlaanderen is er géén meerderheid voor het migrantenstembrecht... Het is niet netjes dat in een land met twee gemeenschappen de ene gemeenschap haar wil opdringt aan de andere gemeenschap. De Franstaligen doen het nu toch, het is een precedent en het kan ons Vlamingen op termijn nog héél goed uitkomen. Want wat kan ons nu nog tegenhouden om bijvoorbeeld de splitsing van het kiesarrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde af te dwingen...

ERIC DONCKIER - HET BELANG VAN LIMBURG - 07.02.04

...Als er dan gevestigde rechtspraak bestaat die politieke beperkingen aan vrije meningsuiting door de overheid toelaat, wat gaan die intellectuelen dan doen als hun mening strafbaar wordt gemaakt door de nieuwe gevestigde orde?... De beste manier om ergerlijke meningsuitingen tegen te gaan is met méér meningsuitingen. Overtuiging, niet dwingelandij, is de oplossing...

BART SERVAES - DE TIJD - 20.11.03

Lidgeld V.G.V.

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

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

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

HOED AF VOOR LUC DECONINCK!

Meester Luc Deconinck, voorzitter van het Halle-Vilvoorde Komitee, ijvert reeds jaren voor de splitsing van Brussel-Halle-Vilvoorde. Doch sinds vorig jaar kwam het dossier in een stroomversnelling met twee acties waarvan hij de initiatiefnemer is: enerzijds een dienstweigeringsactie om het bijzitterschap op te nemen in kiesbureaus in Vlaanderen en anderzijds de actie van de burgemeesters. Eerst waren ze met 5, later sloten alle andere burgemeesters van het arrondissement Halle-Vilvoorde behalve die van de faciliteitengemeenten aan, en nu zijn het er meer dan 100 verspreid over gans Vlaanderen.

We laten doorbijter Luc Deconinck zelf aan het woord:

“Nog twee politieke hypotheken wegen op de Vlaamse gemeenten rond Brussel: de niet gesplitste kieskring Brussel-Halle-Vilvoorde en het niet-gesplitste gerechtelijk arrondissement Brussel.

Beide eisen zijn rechtmatige Vlaamse verzuchtingen om – eindelijk veertig jaar na de vastlegging van de taalgrens – de oude administratieve indelingen aan te passen aan de grondwettelijke realiteit van een federaal land. Ze houden geen enkele agressie in ten aanzien van de Franstalige landgenoten, maar willen alleen bekomen dat voor het Nederlandse taalgebied dezelfde homogeniteit geldt als voor het Frans taalgebied.

Dat de Waalse partijlijsten (PS, MR, CDH, Ecolo en andere) nog steeds aan de kiezer worden voorgelegd in de helft van Vlaams-Brabant, tot in Liedekerke, Galmaarden, Londerzeel, Kapelle-op-den-Bos, Sint-Pieters-Leeuw, Overijse enz., is anno 2003 een anachronisme dat op geen enkele wijze nog te verantwoorden is en dat de verfransing in de hand werkt.

... De Franstaligen zouden het niet één verkiezing dulden dat Vlaamse lijsten in Waals-Brabant aan de kiezer zouden worden voorgelegd. Bij ons duurt dat al veertig jaar. De situatie zoals we die vandaag kennen, is onhoudbaar. We moeten onze Vlaamse braafheid afschudden...

Gezien het hier gaat om een miskennis van de fundamenteën van de federale staatsstructuur, en de grondwet een hogere norm is dan de wet, heeft de voortdurende weigering de wet aan te passen aan de grondwet als gevolg dat de wet zijn legitimiteit verliest.”

Wij wensen Luc Deconinck alle succes en hopen met hem dat die oude Vlaamse eis nog vóór de verkiezingen van 13 juni a.s. verwezenlijkt wordt.

Eric Ponette

...Terughoudendheid om met een meerderheid uit één taalgroep een wet door te voeren, is sinds vorige week echter misplaatst. Als er geen Vlaamse meerderheid nodig is om gemeentelijk stemrecht voor migranten door te voeren, moet er ook geen Franstalige meerderheid zijn om te beslissen de verkeersboetes administratief af te handelen...

GUY TEGENBOS - DE STANDAARD - 23.02.04

...De Vlaamse overheid meent terecht dat ze een eigen (top)sportbeleid moet kunnen uitstippen, zonder bemoeienissen van federale schoonmoeders. Bovendien hebben ook enkele federaties al de vruchten geplukt van de federalisering. De tennisbond paste zich in 1985 als een van de eerste aan de politieke werkelijkheid in ons land aan, en zowel de Waalse als Vlaamse tennisfederatie plukken nu de vruchten van het eigen beleid. Een duidelijker pleidooi voor Waalse en Vlaamse topsport is nauwelijks denkbaar...

DIRK VANDENBERGHE - DE TIJD - 24.02.04

Het OVV is solidair met de gemeentebesturen in Halle-Vilvoorde!

Persconferentie 18-02-2004

Door **Boudewijn Bouckaert**, OVV-voorzitter

1. Het OVV groepeert 46 verenigingen in Vlaanderen, waarvan het gezamenlijk lidmaatschap ver voorbij de honderdduizend bedraagt. Het OVV spreekt met een representativiteit voor Vlaanderen die kan vergeleken worden met de representativiteit van de grote vakbonden voor de werknemers. Het OVV is niet alleen kwantitatief zeer representatief, maar ook op kwalitatief vlak. Het OVV vertegenwoordigt ook een waaier van verenigingen van diverse politieke en levensbeschouwelijke strekking.
2. Het OVV heeft zich steeds uitgesproken voor de splitsing van het arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde, zowel op administratief als op gerechtelijk vlak. Deze splitsing is niets meer dan de logische gevolgtrekking van de federalisering van België en van de splitsing van de provincie Brabant in Vlaams-Brabant en Waals-Brabant. Halle-Vilvoorde behoort integraal tot de provincie Vlaams-Brabant. De nieuwe kieswet van 2002 heeft de verkiezingen op provinciale leest geschoeid. Het is dan ook maar normaal dat deze regeling doorgetrokken wordt naar Vlaams-Brabant en dat Halle en Vilvoorde samen met de rest van Vlaams-Brabant één kiesomschrijving zouden vormen, ook voor de Europese verkiezingen. Impliciet heeft het Hof van Arbitrage dit erkend door in zijn arrest van 26 mei 2003 de ongelijke behandeling van de kandidaten in de kieskring Brussel-Halle-Vilvoorde en van de kandidaten in de kieskring Leuven te verwerpen.
3. Het OVV wijst erop dat de politieke rechten van de Franstalige Vlaamse medeburgers in Halle-Vilvoorde door de splitsing niet worden geschonden. Uiteraard zou het verkieslijk zijn dat deze medeburgers zich aanpassen aan de deelstaat, waarin zij verkozen hebben te wonen en zij zich bijgevolg volledig zouden integreren in het Vlaamse pluralistische bestel van politieke partijen. Indien zij dit niet verkiezen, belet niets hen met Franstalige lijsten op te komen in de kiesomschrijving Vlaanderen om hun belangen te verdedigen. Dit gebeurde trouwens voor de Vlaamse verkiezingen waarbij één Franstalige volksvertegenwoordiger in het Vlaams Parlement werd verkozen. Dit is eveneens mogelijk voor de Europese verkiezingen. Het feit dat zij op die wijze geen kans zouden hebben een vertegenwoordiger te hebben wegens het geringe aantal te begeven zetels (14) is daarbij geen argument. Politieke rechten verlenen aan groepen in de samenleving een kans op vertegenwoordiging in het Parlement, maar geen garantie. Of de uitoefening van politieke rechten ook tot een vertegenwoordiging leidt, hangt immers af van het kiesresultaat. Dit is het gevolg van het bekende 'one man, one vote'-principe. De huidige toestand is echter onaanvaardbaar voor de Vlaamse politieke gemeenschap. Zij komt erop neer dat de stemmen van een minderheid in Vlaanderen kunnen gebruikt worden om de vertegenwoordiging in een andere deelstaat te bepalen.
4. Het OVV is tevens solidair met de acties die destijds gevoerd werden door VVB-leden waarbij zij weigerden het bijzitterschap op te nemen in kiesbureaus in Vlaanderen. Voor deze acties werd reeds één VVB-lid veroordeeld door de correctionele rechtbank van Gent. Tegen deze uitspraak werd hoger beroep ingesteld. Tevens wordt een ander VVB-lid vervolgd voor de correctionele rechtbank van Veurne. Het OVV is ook solidair met gelijkaardige 'dienstweigeringen' voor de verkiezingen van 13 juni 2004.

Onze solidariteit gaat tenslotte ook uit naar de geplande boycotacties van de Vlaamse burgemeesters in Halle-Vilvoorde voor de organisatie van de Europese verkiezingen. Het OVV is er zich van bewust dat deze acties een overtreding van de wet kunnen inhouden en dat de dienstweigeraars voor het bijzitterschap hiervoor een straf riskeren. We wijzen erop dat deze dienstweigerings- en deze boycotacties niet zijn ingegeven door een gebrek aan respect voor onze democratische instellingen. Integendeel, de actievoerders willen met hun actie het respect voor de grondwet en de erin vervatte federale structuur van België bevorderen. Hun actie moet gezien worden als een vorm van 'burgerlijke ongehoorzaamheid' waarbij in functie van een hogere waarde in onze democratische rechtstaat de wet wordt overtreden. Er moet trouwens op worden gewezen dat de kwestie van het arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde reeds decennia lang aansleept en dat een regeling ervan steeds op de onwil is gebotst van de Franstalige partijen. Omtrent de splitsing werden reeds talrijke parlementaire initiatieven genomen, werd reeds een unaniem standpunt ingenomen door de Vlaamse partijen en door de Vlaamse regering. De actie van 'burgerlijke ongehoorzaamheid' is dus niet op een lichtzinnige wijze opgezet maar is een uiting van ongeduld omwille van de lange lijdensweg over deze kwestie.

5. Het OVV zal zijn lidverenigingen oproepen tot permanente solidariteit met de actievoerders en tevens tot het uitoefenen van druk op de politieke mandatarissen en ministers. Het OVV zal daarbij ook maximaal mobiliseren voor het welslagen van de geplande betoging op 9 mei 2004 in Halle. Met deze betoging wil het OVV de Vlaamse politieke partijen, die op dat ogenblik in volle kiescampagne zijn, aanzetten tot het bewerkstelligen van een doorbraak in deze kwestie en in andere communautaire dossiers zoals daar zijn het Vlaamse gezondheidsbeleid, het Vlaamse gezinsbeleid, het Vlaamse arbeidsmarktbeleid, Vlaamse fiscaliteit en Vlaams transportbeleid m.i.v. het spoor.

KBC-STUDIE VAN NOVEMBER 2003 OVER GELDTRANSFERS UIT VLAANDEREN

In 1998 nam de KBC de draad op van het departement Economie van de KU Leuven i.v.m. de studie van de geldtransfers uit Vlaanderen via de verschillende gekende kanalen.

In 2000 publiceerde de KBC een actualiserings-verslag en in november 2003 volgde de meest recente studie ("Financiële transfers tussen de Belgische gewesten herbekeken", J. Van Gompel en B. Van Craeynest, KBC).

De voornaamste besluiten van deze laatste studie worden samengevat als volgt:

1. Alles samen bereikten de transfers uit het Vlaamse Gewest in 2002 een orde van grootte van 5,43 miljard Euro, dat is 0,55 miljard Euro meer dan in 2000 en circa 3,6 % van het Vlaamse primaire inkomen.
2. Dat laatste percentage blijkt de voorbije jaren, na een voortdurende afname in de jaren '90, opnieuw toe te nemen, wat te wijten is aan een toename van zowel de stroom naar Wallonië als die naar Brussel.
3. In 2002 vloeide 22,7 % (1,23 miljard Euro) van de totale stroom vanuit Vlaanderen voort uit de verrichtingen van de federale overheid, 23,8 % (1,29 miljard Euro) uit de financiering van gemeenschappen en gewesten, en 53,6 % (2,91 miljard Euro) uit de Sociale Zekerheid.

Een en ander wordt geïllustreerd in onderstaande tabel.

Op te merken valt dat de KBC de geldtransfers uit Vlaanderen via de afbetaling van de interestlasten op de staatsschuld niet insluit in haar studie. Indien die wel worden meegerekend, zoals in de studies van het departement Economie van de KU Leuven (Rapport van de Club van Leuven-Vlaanderen op een kruispunt, Lannoo 1990), komt daar nog 3,54 miljard Euro bij. Dat zou het totale geldtransfer uit Vlaanderen op 8,97 miljard Euro brengen.

Eric Ponette

GELDTRANSFERS TUSSEN DE GEWESTEN IN BELGIË in 2002 (KBC)

	Vlaanderen		Wallonië		Brussel	
	in miljard Euro	In % regionaal primair inkomen	in miljard Euro	in % regionaal primair inkomen	in miljard Euro	in % regionaal primair inkomen
Via verrichtingen van federale overheid	1,23	0,8	- 1,62	- 2,5	0,38	1,4
Via SZ	2,91	1,9	- 1,52	- 2,3	- 1,39	- 4,9
Via financiering Gemeenschappen en Gewesten	1,29	0,8	- 1,30	- 2,0	0,01	0,0
Totaal	5,43	3,6	- 4,44	- 6,7	- 1,00	- 3,5

...”We staan op een keerpunt. Na de verkiezingen moet er groot overleg komen, over de ziekteverzekering, de gezondheidszorg, de sociale zekerheid maar ook over fiscale autonomie. De vraag blijft: willen de Franstaligen daarover een ernstig gesprek? Niet weer zo’n Costa, niet zo’n conferentie pro forma. Lukt dat gesprek, dan krijgen we een confederaal België met nog meer bevoegdheden voor de gewesten. Anders komt er een kortsluiting”...

MANU RUYS - HET NIEUWSBLAD - 28.02.2004

“Het is uitgesloten dat het ABVV na het ontslag van Mia De Vits overgaat tot de orde van de dag. Met haar ontslag is een grens overschreden; niets wordt nog als voorheen. Als de socialistische bond niet onmiddellijk zijn structuren aanpast aan de verschillende sociaal-economische realiteit in het noorden en zuiden van het land, wordt de splitsing onvermijdelijk. Ik vraag me zelfs af of een splitsing sowieso nog wel te vermijden is”.

ROBERT VOORHAMME - DE TIJD - 10.03.04

...het is onmiskenbaar dat dit tweedelig (con-) federaal land moeilijk bestuurbaar is. Als één partner niet meewil, zit de zaak geblokkeerd en is geen beslissing mogelijk. Daarom hebben de burgers van alle regio’s in dit land er belang bij dat zo weinig mogelijk dossiers behandeld worden op federaal niveau. Daar is de kans op blokkering het grootst... De gezondheidszorg en het gezinsbeleid worden hier nog altijd betaald met een belasting op arbeid. Dat vertegenwoordigt een fantastische handicap voor alle Belgische bedrijven...

GUY TEGENBOS –
DE STANDAARD - 05.04.04

Splits zelf de sociale zekerheid !



De splitsing van de sociale zekerheid is een oude eis van de Vlaamse Beweging maar blijft voorlopig actueel. De politieke wereld is nog altijd doof voor deze vraag onder druk van de traditionele instellingen die het unitaire systeem in stand willen houden. Het Vlaams Neutraal Ziekenfonds steunt deze eis en ijvert ondubbelzinnig voor een splitsing van de sociale zekerheid. Elk lid dat bij ons aansluit, geeft te verstaan dat de splitsing ook zijn bekommernis is. Bouw mee aan een beter en onafhankelijk Vlaanderen,

en zet vandaag nog de stap naar het Vlaams Neutraal Ziekenfonds. Bovendien vindt u in ons een ideale partner in uw ziekteverzekering. Naast de wettelijke verzekering, bieden we u een interessant aanvullend pakket. Zo betalen we onder meer alternatieve raadplegingen, brilglazen, homeopathie, tandprothesen en voetverzorging terug. Daarnaast bieden wij premies bij geboorte en jeugdkampen, een mooie keuze uit boeiende jongerenvakanties en een aantrekkelijke en betaalbare hospitalisatieverzekering.

Aansluiten is heel eenvoudig. Eén telefoontje is voldoende: 0800-179 75. De rest doen wij. Toch nog dit. Het Vlaams Neutraal Ziekenfonds heeft kantoren dicht bij u in de buurt. Vraag ernaar via ons gratis nummer of surf even naar onze webstek: www.vnz.be.

 **Vlaams Neutraal Ziekenfonds** 
voor een Vlaamse sociale zekerheid 236

Hoofdzetel: Hoogstraterplein 1 - 2800 Mechelen - www.vnz.be

Briefwisseling

Aan: VGV

Van: Dr. Willem Amery

25/03/2004

Beste Collega's,

Niemand die eraan twijfelt dat wij er met reuzenschreden op vooruitgaan - oordeel trouwens zelf over de edele manier waarop onze beschavingen komaf weten te maken met politieke tegenstrevers.

1946: op bevel van het Belgische repressieapparaat vertrekt een oude man op krukken, dank zij een zorgvuldig gericht geweersalvo, naar de hemel.

2004: op bevel van Ariel Sharon wordt een oude man in een rolstoel, dank zij een zorgvuldig gerichte raketaanval, naar Allah teruggestuurd.

Daarmee is, neem ik aan, duidelijk dat diegenen die dergelijke humanitaire hoogstandjes eerder met achteruitgang associëren, baat zouden kunnen hebben bij een cursus correct denken.

Dr. Willem Amery
VGV-lid

P.S. Op de donderdag van week 14 kan men dit jaar in Hasselt gratis voor een cursus 'correct denken' inschrijven: wie eerst komt, eerst maalt!

**Aan: Aan de heer Marc Moreau
Hoofdredacteur LOK-Magazine
p/a MedMedica vzw
Place de l'Université, 16
1348 Louvain-La-Neuve**

Van: VGV

Antwerpen, 29 maart 2004

Geachte Heer,

In LOK-Magazine van november 2003 lees ik een artikel met als titel "Verrechtvaardigbare verschillen tussen Noord en Zuid", ondertekend door "JPV".

Daarin wordt de stelling naar voor geschoven als zouden de verschillen in de uitgaven voor gezondheidszorg in Wallonië en Vlaanderen op basis van een recente studie van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten verklaard kunnen worden door onder meer de sociologische samenstelling van de bevolking.

Als men die bewuste CM studie eens nader analyseert, dan vallen er volgens mij toch andere conclusies te trekken.

Wallonië besteedt per CM-lid minstens 15 % meer uitgaven dan Vlaanderen aan medische beeldvorming, dringendheidshonoraria, farmaca in de publieke apotheken, inwendige geneeskunde, klinische biologie en verlossingen. Vlaanderen op zijn beurt besteedt per CM-lid minstens 15 % meer uitgaven dan Wallonië aan thuisverpleging, verpleegdagen in de psychiatrische verzorgingstehuizen en ambulantly beschut wonen. Deze cijfers illustreren dat Vlaanderen en Wallonië hun eigen curatieve voorkeursectoren hebben.

Er is evenwel één gekoppelde sector waarin ze weinig of niet

verschillen, namelijk anesthesie en heelkunde. Uit die studie blijkt dat over het jaar 2001 het verschil in de uitgaven tussen Vlaanderen en Wallonië voor die sector nagenoeg nihil is. En is een operatie nu niet precies een behandeling waar het niet alleen de arts is die beslist! De hypothese kan vooropgesteld worden of de inspraak van de patiënt bij een eerder invasief gebeuren hier de egaliserende factor is.

Maar er is meer.

Onlangs toonde een grafiek in De Standaard op een onmiskenbare wijze de Vlaams-Waalse uitgavenverschillen inzake radiologische onderzoeken voorgeschreven door huisartsen in 2001, op basis van RIZIV-gegevens:

- alle Waalse provincies liggen boven het Belgisch gemiddelde en alle Vlaamse provincies liggen er onder
- Namen geeft het dubbele uit van West-Vlaanderen
- de evolutie tussen 2000 en 2001 wijst op een toename van de uitgaven in alle Waalse provincies en op een afname in de Vlaamse provincies behalve in de provincie waar de uitgaven het kleinst zijn.

In 2001 publiceerde Artsenkrant op basis van RIZIV-gegevens dat het antibiotica gebruik 30 % hoger was in Wallonië dan in Vlaanderen. Eveneens in 2001 publiceerde hetzelfde tijdschrift op basis van een RIZIV-rapport dat pre-operatieve onderzoeken, voorafgaandelijk aan een appendectomie, veel frequenter werden uitgevoerd in Wallonië dan in Vlaanderen. Volgende groepen testen werden toen onderzocht: klinische biologie, ECG, RX thorax, vector- en fonocardiogram.

Uit de meest recente gegevens van de Vlaamse regionale indicatoren blijkt dat er in Wallonië 14 % meer artsen zijn dan in Vlaanderen; voor de huisartsen is dat 17 % meer en voor de specialisten 12 % meer.

Volgens meerdere studies speelt deze factor een rol in de hogere uitgaven in Wallonië.

Deze verschillen zijn niet verklaarbaar door "de sociologische samenstelling van de bevolking", maar leveren daarentegen steeds meer argumenten om een splitsing van de gezondheidszorg te verrechtvaardigen. Die verschillen wijzen immers op verschillende klemtonen van Vlaanderen en Wallonië in de gezondheidszorg. Daar is niets mis mee op voorwaarde dat Vlaanderen en Wallonië dan ook voor die verschillende keuzen betalen.

Er zijn trouwens nog andere argumenten om de gezondheidszorgen aan beide gemeenschappen toe te wijzen: de bijzondere wet van 8 augustus 1980; klemtoonverschillen in het medisch onderwijs, in de "numerus clausus", in de preventieve gezondheidszorg, in verband met de echelonnering; efficiëntie; responsabilisering tot een spaarzaam beleid.

Ik hoop dat u mijn commentaren ook zult publiceren.

Met de meeste hoogachting,

Dr. Jan Van Meirhaeghe
Orthopedisch Chirurg
Voorzitter VGV

**Aan: Aan de heer Yves Leterme
Voorzitter CD&V
Briekestraat, 22
8900 Ieper**

Van: VGV

Antwerpen, 20/04/2004

Geachte heer,

De Vlaamse artsen lezen natuurlijk ook de kranten.

Zo lazen wij dit weekend in uw kersvers gepubliceerd manifest dat de Vlamingen meer respect verdienen, door o.a. volledig bevoegd te worden voor gezondheidszorg en gezinsbijslagen.

Maar we lazen ook in Le Soir van 26 februari 2004 dat u juist op de vraag naar uw houding over de splitsing van de gezondheidszorg antwoordt dat de CD&V op het federale niveau de handen vrij heeft. En in De Morgen van 2 april 2004 noteerden we nogmaals: "Het kartel geldt enkel op Vlaams niveau".

Daarom zouden we van u willen weten of u van de communautarisering van gezondheidszorgen en gezinsbijslagen een breekpunt wil maken bij een deelname niet alleen aan een Vlaamse regering, doch ook aan een federale regering.

Kwestie van onze leden goed te informeren!

Wij zien uw antwoord tegemoet, en tekenen,
Met de meeste hoogachting,

Dr. Jan Van Meirhaeghe
Voorzitter VGV

Dr. Robrecht Vermeulen
Ondervoorzitter VGV

**Aan: Aan de heer R. STEVAERT
Agora galerij
Grasmarkt 105/37
1000 Brussel**

**Aan de heer D. STERCKX
Melsensstraat, 34
1000 Brussel**

Van: VGV

Antwerpen, 22/04/2004

Geachte Heer,

"Vlaamse oppositie hekelt januskop sp. a-spirit en VLD", kopt De Tijd vandaag.

Als voorzitter van een Vlaamse artsenvereniging moet ik mij daarbij aansluiten en u vragen stellen.

In het Vlaams Parlement ging uw partij akkoord met een resolutie om de boycotactie van de burgemeesters in Halle-Vilvoorde te steunen.

Maar in de kamercommissie Binnenlandse Zaken blokte uw partij de agendering van een wetsvoorstel tot splitsing af.

Deze schizofrene houding is onbegrijpelijk.

Sedert het vastleggen van de taalgrens in 1962 vragen de Vlamingen de splitsing van het arrondissement BHV zowel op administratief als op gerechtelijk vlak. Het is één van die symbooldossiers.

Nu opnieuw de zaak verwijzen naar een forum, uiteraard na de verkiezingen van 13/06/04, is misplaatst. Zeker als de Franstaligen in de pers dagelijks duidelijk maken dat de splitsing er voor hen nooit komt. Nu niet, en ook na 13 juni niet!

De huidige boycot-actie kan ervoor zorgen dat op 13 juni België voor gans Europa en de wereld met de billen bloot staat. Dit drukingsmiddel moeten de Vlamingen gebruiken.

Als uw partij toelaat dat het migrantenstemrecht, de wapenhandel en de tabaksreclame een Belgische regeling krijgt om de Franstaligen te plezieren, dan kan net zo goed de splitsing van BHV door de Vlaamse meerderheid gerealiseerd worden. Voor 13 juni!

Het VGV steunt de actie van de burgemeesters van Halle-Vilvoorde, en heeft de Vlaamse artsen opgeroepen om deel te nemen aan de betoging van 9 mei te Halle.

Met de meeste hoogachting,

Jan Van Meirhaeghe
Voorzitter

cc. Leo Peeters, burgemeester
Kapelle-op-den-Bos

Aan:

Aan de hh.dr.
Jan Van Meirhaeghe Voorzitter
Robrecht Vermeulen
Ondervoorzitter VGV

**Van: Dhr. Yves Leterme
Voorzitter CD&V**

leper, 04/05/2004

Mijnheer de Voorzitter,
Mijnheer de Ondervoorzitter,

Betreft: uw brief van 20/04/2004

Ik heb met veel aandacht uw brief gelezen in hoofding vermeld.

Het kartelakkoord CD&V - N-VA is afgesloten in het vooruitzicht van de Vlaamse, Brusselse en Europese Verkiezingen. Het (ver-)bindt ons ondubbelzinnig voor wat betreft de aanwending van de politieke macht die we op 13 juni zullen verwerven.

Indien die macht (= aantal zetels) ons toelaat om deel te nemen aan de nieuw te vormen Vlaamse Regering zullen wij onze verantwoordelijkheid opnemen. Wij zullen evenwel niet deelnemen aan de nieuw te vormen Vlaamse Regering als die niet de realisatie van de geactualiseerde resoluties m.b.t. de overdracht van bevoegdheden als te realiseren binnen de komende bestuursperiode in het regeerakkoord inschrijft.

Op 13 juni zijn er – althans zoals de zaken er nu voor staan – geen federale verkiezingen.

Indien de CD&V of N-VA evenwel samen of afzonderlijk “geroepen” worden tot deelname aan een nieuw te vormen federale meerderheid, zal dit gebeuren in samenspraak met de kartelpartner.

CD&V zal in dat kader niet deelnemen aan een nieuw te vormen federale meerderheid als de desbetreffende afspraken niet gericht zijn op de realisatie van de bevoegdheidsoverdracht zoals vervat in de bedoelde resoluties.

Ik heb er van bij de aanvang van mijn deelname geen enkele onduidelijkheid over laten bestaan dat het mijn bedoeling is om rond CD&V een sterke Vlaams-democratische kracht te vormen.

Ik heb wel gemerkt dat niet iedereen goed weet wat in de bedoelde resoluties staat en wat niet.

Tenslotte, ik heb misschien minder de neiging dan anderen om straffe taal te spreken, mijn vaste wil en overtuiging zijn er echter niet minder om.

Met vriendelijke groeten,

Yves Leterme
Volksvertegenwoordiger
Algemeen Voorzitter CD&V

**Aan: Aan Dr. Jan Van Meirhaeghe
Voorzitter VGV**

**Van: Dirk Sterckx
Voorzitter VLD**

Brussel, 05/05/2004

Mijnheer de Voorzitter,

In goede orde ontving ik uw schrijven van 22 april 2004, betreffende de splitsing van het arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde.

Dienaangaande keurde het VLD-congres, bijeengekomen op 24 april 2004, een motie goed, waarin onze politieke gedragslijnen in deze moeilijke kwestie wordt vastgelegd.

Ik hecht eraan u deze motie als bijlage over te maken.

Met oprechte hoogachting,

Dirk Sterckx

Motie splitsing kieskring
Brussel-Halle-Vilvoorde

1. De VLD verklaart zich solidair met de burgemeesters uit de Vlaamse rand omdat zij het probleem op de agenda hebben geplaatst.
2. De VLD is geen voorstander van sancties tegen deze burgemeesters.
3. De VLD veroordeelt de klacht ingediend door het FDF.
4. De VLD pleit ervoor de splitsing van de kieskring als top-prioriteit op de agenda te plaatsen van het communautair forum dat na de verkiezingen plaatsvindt.
5. Als dit overlegplatform geen resultaten oplevert, is de VLD bereid de gewone meerderheid in het federale parlement te gebruiken om de splitsing door te voeren.
6. De VLD weigert eender welke prijs te betalen voor de splitsing.
7. De VLD steunt minister van Binnenlandse Zaken Patrick Dewael in zijn opdracht om de Europese verkiezingen correct en ordentelijk te laten verlopen.

...De splitsing van die kieskring is een jarenoude eis van de politici en mandatarissen van het arrondissement Halle-Vilvoorde. Vorig jaar nog, bij de parlementaire verkiezingen, gingen twee Vlaamse zetels verloren omdat de federale regering besloot de stemmen van Belgen in het buitenland, overwegend Franstaligen, in het kanton Lennik te deponeren. De houding van de burgemeesters van Halle-Vilvoorde is de enige juiste, omdat de tweetalige kieskring Brussel-Halle-Vilvoorde niet strookt met de grondwettelijke indeling van België...

RIK VAN CAUWELAERT - KNACK - 07.04.2004

...Als minister-president van de Vlaamse regering was hij een vurig voorstander van de splitsing van de tweetalige kieskring Brussel-Halle-Vilvoorde. Als federaal minister van Binnenlandse Zaken dreigt hij met sancties tegen burgemeesters die ervoor ijveren die splitsing nog vóór de Europese verkiezingen van 13 juni te realiseren... Misschien slaagt Dewael erin met ongewone middelen de Europese verkiezingen in de opstandige gemeenten te laten doorgaan, maar rimpelloos zullen ze niet verlopen en de Vlaamse reputatie van Dewael zal onherroepelijk zijn aangetast...

MARK DEWEERDT - DE TIJD - 10.04.04

...Politici die op de eerste en dus meest verkiesbare plaats op de kandidatenlijst staan en zeggen dat een mandaat in het Europees Parlement hen niet interesseert, misprijzen schaamteloos de kiezer. In een beschaafd land als Nederland, waar de politici de kiezers - de mensen, zo men wil - ernstig nemen, komt dat soort praktijken niet voor...

MARK DEWEERDT -
DE TIJD - 17.04.04

VGV - programma

- 29 mei 2004 Antwerpen – Rubenshuis
Een huis vol kunst.
- 19 juni 2004 Antwerpen – Museum voor Schone Kunsten
Het Vlaamse Landschap (1520-1650)
- 23 oktober 2004 VGV Najaarsvergadering
Bezoek Museum Mayer van den Bergh
Kasteel Middelheim - Statutaire vergadering
 - Receptie
 - Diner

Nog aan te raden

- Amstelveen** Cobra Museum – Donald Duck 70 jaar jong –
tot 23/08/2004
- Amsterdam** Van Gogh Museum
Zeezichten van Manet en Impressionisten
van 16/06/2004 tot 26/09/2004
- Antwerpen** Museum voor Schone Kunsten
○ Vlaamse Landschapskunst
van 01/06/04 tot 01/08/04
○ Van Delacroix tot Courbet
van 06/04/2004 tot 13/06/2004
- Bonn** Ausstellungshalle
Die Thraker – Das Goldene Reich des Orpheus
van 23/07/04 tot 28/11/04
- Deinze** Museum van de Leiestreek – Voorbij de grens
tot 13/06/04
- Gent** ○ Sint Pieters Abdij-Kunsthof – het Rijk van de
Draak – tot 29/08/04
○ Dr. Guislain Museum – De Rest van de Wereld
tot 26/09/04
- Oostende** Museum voor Moderne Kunst
Vic Gentils – tot 29/08/2004
- Tervuren** Afrikamuseum – Pracht van de Songye – tot 05/09/04

Voor inlichtingen en ticketreservatie gelieve eerst contact op te nemen met het secretariaat van het VGV
Ergo de Waellaan 3, bus 14 – 2100 Deurne-Antwerpen
Tel: 03/322.28.50 – Fax: 03/322.45.14

RAAD VOOR ADVIES

Dr. J. Daels, Vlaams Kruis
Dr. E. De Bleeker, voorzitter VVMV
Prof. Dr. L. Denis, V.U.B.
Prof. Dr. W. Dierick, RUCA
Dr. C. Geens, W.V.V.H.
Dr. Ridder K. Goddeeris, KULAK
Dr. J. Huyghe, Kon. Acad. Geneeskunde
Prof. Dr. P.G. Janssens, Inst. Trop. Geneesk.
Prof. Dr. K. Van Camp, U.I.A.
Prof. Dr. P. Van Cauwenberge, U.G.
Prof. Dr. G. Verdonk, U.G.
Dr. R. Verhaert, V.V.K.
Prof. Dr. R. Verwilghen, K.U.Leuven

RAAD VAN BESTUUR

Voorzitter: Dr. Jan Van Meirhaeghe
Ondervoorzitter: Dr. R. Vermeulen*
Secretaris: Dr. L. Ide
Penningmeester: Dr. J. Dockx
Tijdschrift: Dr. R. de Beule**,
Dr. J. Van Meirhaeghe, Prof. Dr. E. Ponette*
Cultuur: Dr. R. de Beule, Dr. J. Dockx
Leden: Dr. G. Celen, Dr. E. De Sutter,
Dr. P. H. Jongbloet, Dr. R. Lenaerts*,
Dr. J. Peremans

* oud-voorzitter

** ere-voorzitter

Uitgave van het VGV

- Redactieraad: Dr. J. Van Meirhaeghe, Koolkerkesteenweg 76, 8340 Oostkerke
Dr. R. de Beule, Beukenlaan 24a, 2020 Antwerpen
Dr. J. Gyselinck, Dr. R. Lenaerts, Prof. Dr. E. Ponette
- Verantwoordelijke uitgever: Dr. R. de Beule, Hoofdredacteur
- De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs
- Drukkerij Jules De Winter, Kleine Markt 13, 2000 Antwerpen, Tel. 03/232.20.22, Fax. 03/225.15.84