



**23 oktober 2020**

## **De ironie van de geschiedenis.**

*Wat mogen we verwachten in deze nieuwe legislatuur voor sociale zaken en volksgezondheid ?*

Na de recente pano-uitzending over de strategische voorraad mondklappers die gewezen minister De Block liet verbranden, zijn we alvast weer een illusie rijker. De klappers langer opslaan vond de minister te duur en bovendien had ze geen geld over om een nieuwe voorraad aan te leggen. Ambtenaren weten dat bijna elke ministeriële beslissing -tenzij over de uitrusting en de lonen van de eigen kabinetten- sinds 2008 met dezelfde bekrompen mentaliteit en miskenning van toekomstige gevaren werd genomen. Ambtenaren wisten al jaren dat elke regering sinds 2008 daardoor naliet burgers te beschermen tegen misdadigers, natuurrampen, aanslagen, epidemieën, fijnstof, zelfdodingen, geestelijk lijden, armoede en verkeersongevallen, en ga zo maar door.

“Het is wat het is” zei De Block, die geen ontslag als minister kon nemen omdat ze het al niet meer was. Maar natuurlijk nam ze die beslissingen niet zelf. Het werd haar ingefluisterd door haar kabinetschef Bert Winnen. Hij zit ondertussen al op een ander postje. Daarvoor moet je gelukkig niet slagen in een assessment, want hij mislukte tot drie keer toe in zijn poging om leidend ambtenaar van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV te worden.

Ri De Ridder vulde die post in tot 2018. Maar zoals blijkt kan de geschiedenis bijzonder ironisch zijn: hij onderbrak zijn pensioen om kabinetschef van minister Vandenbroucke te worden. Dit zal vele ambtenaren op Volksgezondheid als muziek in de oren klinken.

*De zoektocht naar een nieuwe leidend ambtenaar*

De nieuwe leidend ambtenaar op het RIZIV wordt naar alle waarschijnlijkheid Briec Van Damme. Tot driemaal toe schreef Selor de procedure voor deze toepositie bij het RIZIV uit. De derde poging dateert van september 2019, Van Damme deed voor het eerst mee, met succes, en zijn kandidatuur werd in mei doorgestuurd naar minister De Block. Benoemingen van topambtenaren kunnen echter enkel gebeuren door een ministerraad met volheid van bevoegdheid, wat niet het geval was. En dus ontbreekt momenteel nog die ene ministeriële handtekening om de benoeming af te ronden.

Van Damme is econoom van opleiding en heeft een liberale achtergrond. Hij was ondermeer verbonden aan het Itinera Institute, was adviseur gezondheidszorg bij Alexander De Croo (2011-2014) en adjunct-kabinetschef bij De Block (2014-2016). Verder lag hij mee aan de basis van de Vrijdaggroep, een denktank van jongeren van diverse pluimage. Sinds maart van dit jaar was Van

Damme in het kader van de coronacrisis opnieuw aan de slag als adviseur van vicepremier Alexander De Croo.

In 2021 komt de RIZIV-administratie en die van de FOD Volksgezondheid in hetzelfde gebouw terecht. Doel is om bottom-up en in een positieve dynamiek de samenwerking te verbeteren, zo wordt gesteld. Brieuc Van Damme zal dan nauw samenwerken met een oude bekende, de eerste kabinetschef bij De Block en huidig topman van de FOD VGZ, Pedro Facon, vandaag tevens Coronacommissaris. Het is bekend dat hun ideeën gelijklopend zijn.

Het valt dan wel te hopen dat hij Pedro Facon kan doen inzien dat ook kinesitherapeuten prioritair moeten zijn bij de "strategische bevoorrading van beschermingsmateriaal", want dat was -net als voor de apothekers- niet het geval dit voorjaar.

*Visie op de gezondheidszorg van morgen ?*

Recent schreef Frank Vandenbroucke samen met enkele andere bekenden zoals Jan De Maeseneer, Ri De Ridder, Jean Hermesse, Paul De Munck, Jean-Noel Godin e.a. **een nota over de organisatie van de gezondheidszorg**, en die zou o.i. wel eens toonaangevend kunnen zijn voor het beleid dat de komende jaren wordt uitgestippeld.

Inleidend stelt de nota dat een staatshervorming en een inhoudelijke hervorming onlosmakelijk verbonden zijn met een visie op gezondheidszorg en -beleid. Naast een politieke debat moet er ruimte zijn voor onafhankelijke experts, vertegenwoordigers van het werkveld en sociale partners. Want men dient vijf knopen door te hakken: lokale inbedding, externe effecten, schaalvoordelen, solidariteit en eenheid van aansturing.

De verdeling van bevoegdheden houdt verband met de rol van de Europese Unie, België, gewesten, gemeenschappen en het lokale niveau. Gezondheidszorg vraagt om verregaande vormen van territoriale decentralisatie, met name naar sub-regionale eenheden, omdat gezondheidszorg zeer plaatsgebonden is. De keuze is niet : 'alles federaal' of 'alles splitsen'. Maximale efficiëntie staat centraal.

De allereerste opdracht is het formuleren van doelstellingen en een gezondheidsbeleid met visie op lange termijn. Een aantal doelstellingen liggen internationaal vast -binnen de EU, de Universele verklaring van de rechten van de mens.... Dat kader vergt wel verdere invulling. Hoe concretiseert men bijvoorbeeld het grondrecht op gezondheid en zorg in termen van redelijke, afdwingbare aanspraken op gezondheid en zorg? Op universele toegang tot dienstverlening enz.?

Bijkomende vraag: op wel bestuursniveau situeert men democratisch vastgelegde gezondheidsdoelen? Omwille van de gelijke behandeling pleiten sommigen principieel voor het federale niveau. En er zijn ook externe effecten. De organisatie van de gezondheidszorg in één (sub)regio heeft een effect op een andere (sub)regio. Regionale ongelijkheden kunnen tot perverse vormen van mobiliteit leiden van patiënten en zorgverleners.

Andere vragen waarover goed moet worden nagedacht: is het al dan niet wenselijk gezondheidsdoelstellingen federaal vast te leggen als een reeks bevoegdheden gedecentraliseerd zijn? Of zijn regionale doelstellingen met respect voor internationale verbintenissen van de Belgische federatie eerder aangewezen?

Subsidiariteit is een goed principe maar niet het enige. Omwille van de externe effecten en de schaalvoordelen kan het efficiënter zijn om een bevoegdheid op een hoger niveau te centraliseren. In de huidige covid-19-pandemie is een ongecoördineerde strijd in Brussel, Vlaanderen en Wallonië bijvoorbeeld uit den boze. Dit vereist eenheid van commando op het federale niveau. Maar een her-federalisering vergt ingrepen in vele 'belendende percelen' van het gezondheids- en zorgbeleid. Dat alles zou gedetailleerd in kaart moeten gebracht worden.

Schaalvoordelen kunnen eveneens een argument zijn om bevoegdheden te centraliseren, bijvoorbeeld de organisatie van complexe zorg voor weinig voorkomende aandoeningen. Ook lijkt het weinig zinvol om het geneesmiddelenbeleid toe te vertrouwen aan de regio's. Europa zou hierin een grotere rol moeten spelen.

Cruciaal is ook de vraag hoe een solidair financieringsmechanisme op federaal niveau kan gecombineerd worden met decentralisering van het beleid. Wat is überhaupt 'solidariteit'? Houdt men bv. rekening met economische welvaart? Wat is een billijke organisatie van de financiering? Hoe groot moeten dotaties zijn? Wat is een billijke verdeelsleutel van federale middelen?

Voor Vandenbroucke vormen **lokale inbedding, externe effecten, schaalvoordelen en solidariteit vier essentiële invalshoeken** in een debat waarbij subsidiariteit het leidende principe is. Echter ook 'eenheid van aansturing' kan soms een overweging zijn, besluit de nota.

Luk Dieleman