



# DE GEZONDHEIDSZORG IN EVOLUTIE: UITDAGINGEN EN KEUZES

**Erik Schokkaert**



Koninklijke Vlaamse Academie van België  
voor Wetenschappen en Kunsten, 2016  
**Standpunten 43**

De gezondheidszorg in evolutie: uitdagingen en keuzes



KVAB Press

Uitgaven  
van  
de Koninklijke  
Vlaamse Academie  
van België  
voor  
Wetenschappen  
en Kunsten

Standpunten nr. 43

---



Hertogsstraat 1  
1000 Brussel  
Tel. 02 550 23 23  
[www.kvab.be](http://www.kvab.be)  
[info@kvab.be](mailto:info@kvab.be)



# De gezondheidszorg in evolutie: uitdagingen en keuzes

Erik Schokkaert

Gedeeltelijke reproductie is toegelaten mits uitdrukkelijke bronvermelding.

Partial reproduction is permitted provided the source is mentioned.

Aanbevolen citeerwijze: Erik Schokkaert, *De gezondheidszorg in evolutie: uitdagingen en keuzes*, KVAB Standpunt 43, 2016.

Foto en ontwerp cover: Anne-Mie Van Kerckhoven

© Copyright 2016 KVAB  
D/2016/0455/07  
ISBN 978 90 6569 164 4

# De gezondheidszorg in evolutie uitdagingen en keuzes

## INHOUDSOPGAVE

Samenvatting . . . . .	2
Executive summary . . . . .	3
Voorwoord . . . . .	5
I Inleiding . . . . .	6
II De uitdagingen: voorbij de clichés . . . . .	9
A. België heeft niet het beste gezondheidssysteem van de wereld . . . . .	9
1. De kwaliteit van onze gezondheidszorg is middelmatig . . . . .	9
2. ...maar we zijn zeer tevreden. . . . .	11
B. Er is veel marktwerking in het Belgische gezondheidssysteem . . . . .	11
1. Grote keuzevrijheid in België . . . . .	12
2. Maar werkt die "markt" wel? . . . . .	14
C. Verspilling in de zorg: groot maar niet eenvoudig weg te werken . . . . .	15
1. De relatie tussen de patiënt en de verstrekker . . . . .	16
2. De organisatie van het zorgsysteem . . . . .	17
D. De stijging van de uitgaven in perspectief . . . . .	18
1. Waarom stijgen de uitgaven? . . . . .	18
2. Mogen de uitgaven stijgen? . . . . .	21
III De keuzes: technisch moeilijk en waardegeladen . . . . .	23
A. Verbeter de marktwerking . . . . .	23
1. Twee modellen . . . . .	23
2. Informatie over verstrekkers en ziekenhuizen . . . . .	24
3. Nood aan regulering . . . . .	25
B. Efficiëntie verhogen, vrijheid beperken . . . . .	26
1. Responsabilisering van patiënten . . . . .	27
2. Vergoeding van verstrekkers . . . . .	28
3. Organisatie van het aanbod . . . . .	29
C. Prioriteiten, taboes en uitvluchten. . . . .	30
1. De moeilijkheid van taboekeuzes . . . . .	31
2. Filosofen over prioriteitenstelling: Daniels en Dworkin. . . . .	32
3. Prioriteitenstelling in de praktijk . . . . .	34
IV Besluit en aanbevelingen . . . . .	37
Bibliografie . . . . .	39
Over de auteur . . . . .	42

## Samenvatting

Vele algemeen verkondigde stellingen over het Belgische systeem van gezondheidszorg stemmen niet overeen met de realiteit. België heeft niet het beste gezondheidszorgsysteem van de wereld als we een groot gewicht toekennen aan kwaliteit en toegankelijkheid. De subjectieve tevredenheid van de bevolking is zeer groot, maar dat heeft vooral te maken met de keuzevrijheid en met de concurrentie tussen verstrekkers om de patiënten tevreden te stellen. Ondanks de beleden aversie tegen marktwerking in de zorg, impliceert deze grote mate van keuzevrijheid dat het Belgische gezondheidszorgsysteem nu reeds veel marktwerking heeft. Bovendien zal het wegwerken van verspilling niet zo gemakkelijk gaan als soms wordt verondersteld. Het vergt ingrijpen in de vrijheid van patiënten en verstrekkers – en het is precies die vrijheid die ons zo tevreden maakt. De groei van de uitgaven hangt in de eerste plaats samen met technisch-wetenschappelijke evoluties en het wegwerken van verspillingen (hoe wenselijk ook) zal die groei niet stoppen. Besparingen in de gezondheidszorg hebben een kost in termen van welzijn.

Een correcter beeld van de realiteit maakt het mogelijk om op een andere wijze over mogelijke beleidskeuzes na te denken. Er moet meer goede en voor de burgers gemakkelijk toegankelijke informatie komen over de kwaliteit van zorgverstrekkers en ziekenhuizen. Er moet gewerkt worden aan een herschikking van het zorglandschap met een duidelijke taakverdeling tussen ziekenhuizen en een betere afstemming van ambulante en ziekenhuiszorg. Het vergoedingssysteem van de verstrekkers moet worden herdacht om die onderlinge samenwerking te stimuleren. Dit betekent dat het relatieve belang van de betaling per prestatie moet verminderen. Besparingen in het overheidsbudget moeten rekening houden met de gedifferentieerde welvaartseffecten van verschillende vormen van sociale bijdragen en overheidsuitgaven. Er moet een open debat gevoerd worden over de relatieve waarde van gezondheid en consumptie in een rijker wordende samenleving. Bereidheid tot betalen veronderstelt ook bereidheid tot solidariteit.

## Executive summary

Every analysis of the Belgian health care system has to start by correcting some common but misleading stereotypes. Belgium does not have the best health care system in the world, at least if we focus on quality and accessibility. The subjective satisfaction of the population is indeed exceptionally high, but this is caused in the first place by the large degree of freedom of choice and by the provider competition on service quality. Whereas most Belgian policy makers express a deep aversion towards introducing market forces in the system, in reality market forces are already dominating on provider markets with considerable freedom of choice both at the demand and at the supply side and even a degree of free price setting. Removing waste will not be costless – and even more so as it will require reducing the freedom that all players enjoy so much. The growth of health care expenditures is mainly caused by technological and scientific progress and curbing this growth is likely to have a large welfare cost and to threaten the solidarity within the system.

This analysis inspires a series of general policy proposals:

1. More and better quality information on providers and hospitals has to be made available to the citizens.
2. Co-payments can stimulate responsible patient behavior but only if they are differentiated for different treatments (“value based”) and refer to items that can be controlled by the patients themselves.
3. Ambulatory and hospital care must be better coordinated. Stimulating collaboration between providers requires decreasing the relative weight of the fee-for-service component in provider payments.
4. Alternatives have to be developed for the present system of price setting of pharmaceuticals.
5. Decisions about the reimbursement of specific treatments and pharmaceuticals have to be communicated to the population in a transparent way.
6. The debate about the government budget must differentiate between different forms of government revenues and expenditures. An open debate is needed about the optimal trade-off between health and private consumption in a rich society.
7. Willingness-to-pay for health insurance implies willingness-to-pay for solidarity.

Translating these general ideas into policy requires a careful analysis of the pros and cons of specific policy measures. The devil is in the details and specific design features may be crucial for the ultimate success (or failure) of a policy reform. These issues are not only technical, however: they all involve difficult trade-offs between different social values. Protecting the solidarity in our society is one of the most important social challenges in a period where citizens seem to become more



and more individualistic. If we cannot keep solidarity in the domain of suffering, pain and death, the future of solidarity in other social domains looks very bleak indeed.

## Voorwoord

### *Reeks Standpunten*

De reeks Standpunten van de Academie is een bijdrage tot een wetenschappelijk onderbouwd debat over actuele maatschappelijke en artistieke thema's. De auteurs, leden en werkgroepen van de Academie schrijven in eigen naam, onafhankelijk en met volledige intellectuele vrijheid. De goedkeuring voor publicatie door een of meerdere Klassen van de Academie waarborgt de kwaliteit van de publicatie. Dit Standpunt werd goedgekeurd voor publicatie door de Klasse van de Menswetenschappen op 15 december 2016.

# I. Inleiding

Het debat over de uitdagingen in de gezondheidszorg is intens en vaak emotioneel geladen. Of het nu gaat over de defederalisering of over de terugbetaling van dure geneesmiddelen of over besparingen die worden doorgevoerd in tijden van budgettaire krapte, de emoties laaien hoog op. Gezondheid is dan ook een van de belangrijkste elementen in het welzijn van de mensen. Nergens wordt de solidariteit (of het gebrek eraan) zo sterk aanvoeld als in de sfeer van pijn, lijden en dood. Bovendien is het systeem van gezondheidszorg ingewikkeld: er zijn vele spelers met vaak conflicterende doelstellingen. En, zeer opvallend, landen met een gelijkaardige sociale structuur hebben soms zeer verschillende systemen. We hoeven daarvoor zelfs niet de oceaan over te steken; ook binnen Europa is de verscheidenheid groot.

In het artikel dat aan de basis ligt van het ontstaan van de gezondheidseconomie beschrijft Nobelprijswinnaar Arrow hoe die verscheidenheid verklaard kan worden door de specifieke kenmerken van de sector (Arrow, 1963). Binnen de gezondheidszorg is er veel altruïsme en bekommernis om het lot van de medemens, maar er spelen tegelijkertijd ook grote economische belangen. De meeste beslissingen worden genomen onder onzekerheid, en de patiënt staat structureel in een zwakke positie omdat hij voor zijn informatie afhankelijk is van de verstrekkers. Verzekeringen zijn vanuit welvaartsoogpunt onontbeerlijk om mensen tegen de risico's te beschermen, maar het simpele feit van verzekerd te zijn verandert het gedrag van de verzekerde patiënten en van de verstrekkers (het zogenaamde "moral hazard"-fenomeen). In deze omstandigheden zullen ongereguleerde markten niet tot de best mogelijke resultaten leiden. Maar ook overheidsregulering is in deze omstandigheden niet evident: de overheid mist vaak de nodige informatie om het gedrag van de individuele spelers in de maatschappelijk wenselijke richting te sturen. Overigens bestaat er ook geen consensus over wat maatschappelijk wenselijk is. Hoe belangrijk is gezondheid(szorg) in vergelijking met andere behoeften? Waar ligt de grens tussen individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid?

Geconfronteerd met deze uitdagingen hebben alle landen een evenwicht gezocht tussen verschillende overwegingen. Er is geen enkel land ter wereld waar de gezondheidszorg (en de ziekteverzekering) volledig aan de vrije markt wordt overgelaten. Er is ook geen enkel land waar de overheid die taken volledig op zich neemt. Het relatief belang van overheid en markt en de wijze waarop ze georganiseerd zijn verschillen nochtans sterk van land tot land. Ziekenhuizen en verzekeraars werken vaak op een non-profit basis. Specifieke historische factoren verklaren waarom gelijkaardige landen een verschillend pad zijn ingeslagen op zoek naar het beste evenwicht tussen de verschillende belangen.<sup>1</sup> Zo is in België

---

<sup>1</sup> Een interessante historische vergelijking van de systemen in België, Nederland en Duitsland kan gevonden worden in Compagne et al. (2009).

de verplichte ziekteverzekering geleidelijk gegroeid vanuit lokale “Maatschappijen van Onderlinge Bijstand”, vaak geworteld in de arbeidersbeweging. Tegelijkertijd hebben we een traditie van liberale verstrekkersmarkten, waarbij zeker de artsen zichzelf zien als beoefenaars van een vrij beroep. De spanning tussen die verschillende spelers met uiteenlopende opvattingen over de rol van de overheid, die in het verleden onder meer leidde tot de fameuze doktersstaking van 1964, is ook nu nog steeds in het systeem aanwezig.

Toch lijken in het maatschappelijke debat over het Belgische gezondheidszorg-systeem enkele algemene waarheden zelden in vraag gesteld te worden. De volgende (door mij verzonnen) uiteenzetting vat die waarheden samen: “België heeft een van de beste gezondheidszorgsystemen ter wereld. De kwaliteit en de toegankelijkheid zijn hoog. Dat komt onder meer omdat we geen vrije markt hebben waardoor we niet in Amerikaanse toestanden terecht komen. Er is wel één probleem: er worden te veel nutteloze uitgaven gemaakt. De omvang van de verspilling kan geraamd worden op 15%. Mede daardoor (en door de vergrijzing) stijgen de uitgaven voor gezondheidszorg te snel. Deze stijging is niet houdbaar in een periode met zware druk op het overheidsbudget. Het wegwerken van de verspilling kan die druk gevoelig verlichten, maar toch zullen sommige dure behandelingen in de toekomst niet meer aan iedereen verstrekt kunnen worden.”

In deze bijdrage wil ik eerst aantonen dat deze algemeen verkondigde waarheden een eenzijdig beeld van de Belgische realiteit schetsen. België heeft niet het beste systeem van de wereld als we kijken naar kwaliteit en toegankelijkheid. De subjectieve tevredenheid is inderdaad zeer groot, maar dat heeft veel te maken met de grote keuzevrijheid en met de concurrentie tussen verstrekkers om de patiënten tevreden te stellen. Dit impliceert dat het Belgische gezondheidszorgsysteem nu reeds veel marktwerking heeft. Bovendien zal het wegwerken van de verspillingen niet zo gemakkelijk gaan als soms wordt verondersteld. Het vergt ingrijpen in de vrijheid van patiënten en verstrekkers – en het is precies die vrijheid die ons zo tevreden maakt. De groei van de uitgaven hangt in de eerste plaats samen met technisch-wetenschappelijke evoluties en het wegwerken van verspillingen (hoe wenselijk ook) zal die groei niet stoppen. Besparingen in de gezondheidszorg hebben een kost in termen van welzijn.

Dit gecorrigeerde beeld van de realiteit maakt het mogelijk om op een andere wijze over mogelijke beleidskeuzes na te denken. Het is natuurlijk onmogelijk om een volledig uitgewerkt beleidsplan voor te stellen in een korte bijdrage. Mijn enige bedoeling is om de brede contouren van het debat uit te tekenen – en om aan te tonen waar en waarom volgens mij belangrijke klemtonen verlegd moeten worden. Hierbij zal ik mij vooral concentreren op de werking van de verstrekkersmarkten. De prijsvorming van geneesmiddelen en de positie van de farmaceutische sector zullen slechts zijdelings aan bod komen. Ik ga evenmin in op structurele vragen over de rol van de ziekenfondsen en de optimale organisatie

van de ziekteverzekering en over de voor- en nadelen van defederalisering van de gezondheidszorg. Dit zijn inderdaad essentiële vragen, maar een grondige behandeling ervan gaat het beperkte bestek van deze tekst ver te buiten, en ik ben van oordeel dat de opvattingen die ik zal verdedigen met verschillende standpunten over de rol van de ziekenfondsen en over de defederalisering kunnen verzoend worden.

## II. De uitdagingen: voorbij de clichés

### A. België heeft niet het beste gezondheidssysteem van de wereld

Er wordt vaak gesuggereerd dat België het beste (of toch zeker een van de beste) gezondheidszorgsystemen in de wereld heeft. De kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg zouden aan de top van de wereld staan. Een meer nauwkeurig onderzoek van de beschikbare gegevens biedt echter weinig redenen om dit optimisme te staven.

#### 1. De kwaliteit van onze gezondheidszorg is middelmatig,...

Op regelmatige basis publiceert het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) rapporten over de performantie van ons systeem, ook vanuit een internationaal vergelijkend perspectief. Enkele resultaten uit het meest recente rapport (dat van 2015) worden samengevat in Tabel 1. Mijn keuze van indicatoren kan een beetje willekeurig overkomen, maar ik heb geprobeerd eerlijk de sterkten en de zwakten van ons systeem weer te geven. Bevestiging hiervan kan gevonden worden door het rapport zelf te consulteren (Vrijens et al., 2015).<sup>2</sup>

Uit Tabel 1 blijkt dat België het goed doet voor kindervaccinatie tegen polio, difterie, tetanus en pertussis<sup>3</sup> maar beneden het gemiddelde scoort voor de meeste andere vormen van preventie. De tabel geeft het voorbeeld van borstkankerscreening, waar het streefcijfer van de Wereldgezondheidsorganisatie 75% is. De sterfte binnen 30 dagen na opname voor AMI (hartinfarct) of beroerte ligt duidelijk boven het Europese gemiddelde: in veel vergelijkend onderzoek wordt deze specifieke indicator geïnterpreteerd als de "kanarie in de mijn", omdat deze sterftcijfers sterk samenhangen met de algemene organisatie van het ziekenhuis. Het blijkt overigens dat er in België relatief weinig verpleegkundigen per patiënt aanwezig zijn. België wordt gekarakteriseerd door een overgebruik van antibiotica en het probleem van ziekenhuisinfecties is erg acuut. Bijzonder verontrustend voor de kwaliteit van onze geestelijke gezondheidszorg is het hoge percentage overlijdens door zelfdoding, paradoxaal genoeg gecombineerd met een hoge consumptie van antidepressiva.

---

<sup>2</sup> Regelmatig worden er door verschillende instellingen globale rankings van nationale gezondheidszorgsystemen gepubliceerd. De gebruikte indicatoren en de weging ervan zijn echter in grote mate arbitrair. De plaats van een individueel land kan dan ook in verschillende globale rankings zeer verschillen. Het is daarom noodzakelijk naar de meer specifieke onderliggende indicatoren te kijken.

<sup>3</sup> Dit goede resultaat heeft in Vlaanderen veel te maken met de organisatie van Kind en Gezin en het daarbij horende vrijwilligersnetwerk, in de Franse gemeenschap met de werking van het Office de la Naissance et de l'Enfance (Schokkaert et al., 2016).

Tabel I. — Enkele indicatoren van de performantie van de Belgische gezondheidszorg

Indicator	België	EU-15
Kindervaccinatie tegen polio, difterie, tetanus en pertussis (3de dosis)	99%	96.2%
Borstkankerscreening (50-69 jaar)	62.7%	64.3%
Sterfte binnen 30 dagen na opname voor AMI	7.3%	7.0%
Sterfte binnen 30 dagen na opname voor beroerte	8.9%	8.0%
Verhouding patiënt-verpleegkundige	10.7	9.0
Gebruik van antibiotica (DDD/1000 inwoners/dag)	28.7	21.8
Prevalentie van ziekenhuisinfecties (% patiënten)	7.1%	5.7%
Overlijdens door zelfdoding (/100.000 inwoners)	18.3	10.6
Gebruik van antidepressiva (DDD/1000 inwoners/dag)	71	64.6
Levensverwachting bij geboorte - mannen	77.9	78.6
Levensverwachting bij geboorte - vrouwen	82.9	83.7
Eigen betalingen patiënten (in US\$, PPP)	760	595
Uitstel van zorg om financiële redenen	8.0%	-
Huisarts spendeert genoeg tijd aan patiënten	97.7%	87.1%
Huisarts biedt de gelegenheid om vragen te stellen	98.1%	89.3%

AMI = acuut myocardinfarct; DDD = Defined Daily Dose, de theoretische hoeveelheid van een geneesmiddel, vastgesteld door de WHO, die door volwassenen per dag voor de hoofdindicatie wordt gebruikt; PPP = Purchasing Power Parity, correctie om bij internationale vergelijkingen rekening te houden met koopkrachtverschillen tussen verschillende landen.

Bron: Vrijens et al., 2015.

Als we levensverwachting bij de geboorte als een algemene indicator voor de gezondheidstoestand beschouwen zit België weer beneden het gemiddelde van de EU-15. Er zijn bovendien relatief grote socio-economische verschillen in levensverwachting (niet opgenomen in Tabel 1, wel in het KCE-rapport). Het aandeel van de eigen betalingen van patiënten in de financiering van de gezondheidszorg ligt in België aan de hoge kant. Een aanzienlijk deel van de mensen (8%) rapporteert in enquêtes dat ze gezondheidszorg hebben uitgesteld om financiële redenen. Ondanks het grote belang dat gehecht wordt aan sociale beschermingsmaatregelen is de financiële toegankelijkheid van het Belgische systeem niet beter dan in de meeste andere Europese landen.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Een meer gedetailleerde analyse van de financiële toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg kan gevonden worden in Schokkaert en Van de Voorde (2015).

## *2. ...maar we zijn zeer tevreden*

Uit dit alles moet nu ook weer geen gitzwarte conclusie getrokken worden. Een faire globale inschatting is dat de gezondheidsresultaten van het Belgische gezondheidssysteem middelmatig zijn: soms iets beter, soms slechter dan die van vergelijkbare Europese landen. Op één dimensie scoren we nochtans uitzonderlijk goed: op die van de subjectieve tevredenheid. Volgens de Eurobarometer-enquête beoordelen niet minder dan 97% van de Belgen hun gezondheidssysteem als goed – en 67% denkt dat het Belgische systeem beter is dan dat van andere EU-lidstaten (Eurobarometer, 2014). België staat daarmee aan de kop van de rangschikking. Bovendien wordt die tevredenheid teruggevonden in alle socio-economische groepen.

Twee factoren zijn belangrijk om deze hoge mate van tevredenheid te verklaren. Belgen zijn gelukkig met de wijze waarop ze door de verstrekkers behandeld worden. Enkele voorbeelden voor huisartsen worden gegeven in Tabel 1. Ze zijn ook tevreden over de grote keuzevrijheid waarover ze beschikken (Costa-Font en Zigante, 2016). We zijn vrij om de huisarts te kiezen die we wensen, we kunnen naar een specialist gaan zonder expliciete doorverwijzing door een huisarts, we kiezen vrij het ziekenhuis waarin we willen verblijven. Bovendien is die keuzevrijheid niet enkel formeel, omdat er ook een ruim en gespreid aanbod van keuzemogelijkheden is. Zoals we in de volgende paragraaf zullen zien, hangen keuzevrijheid en kwaliteit van de dienstverlening overigens nauw samen.

We worden dus met een paradoxale situatie geconfronteerd. De Belgen zijn zeer tevreden, vooral omdat ze vrij zijn in hun keuzes. Meer objectieve indicatoren tonen echter aan dat zowel de zorgkwaliteit als de toegankelijkheid in het Belgische systeem eerder middelmatig zijn. Beleidsmakers hebben nochtans de neiging om te benadrukken hoe goed ons systeem wel is. Hoe gaan ze dan het maatschappelijke draagvlak opbouwen om dat systeem te hervormen?

### **B. Er is veel marktwerking in het Belgische gezondheidssysteem**

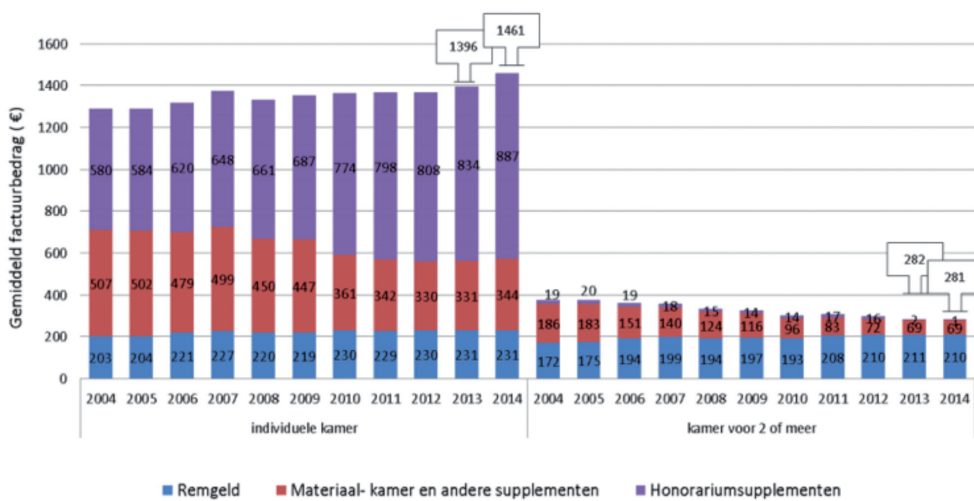
In het maatschappelijke debat lijkt er brede consensus te bestaan over de vaststelling dat het Belgische gezondheidssysteem weinig kenmerken van een markt vertoont. Aan deze vaststelling worden wel verschillende evaluaties gekoppeld. Sommigen vinden dat ons systeem overgereguleerd is en denken dat de invoering van meer marktwerking de efficiëntie gaat verhogen. Anderen refereren met afschuw naar landen waar de vrije markt tot onaanvaardbare ongelijkheden leidt en waarschuwen dat elke stap in de richting van meer markt moet vermeden worden. De Verenigde Staten vormen hierbij het uitverkoren doelwit. Beide houdingen voeren snel naar een primitieve ideologische discussie die weinig rekening houdt met de feiten of met wat de economische theorie (en empirie) ons leren over de werking van markten.



## 1. Grote keuzevrijheid in België

Alles hangt ervan af wat we verstaan onder "markt". Het spreekt vanzelf dat het Belgische systeem aan de kant van het aanbod niet gekenmerkt wordt door vrije concurrentie tussen winstmaximerende ondernemingen (ziekenhuizen of individuele verstrekkers). Maar vele andere kenmerken van een markt vinden we wel degelijk in België terug. Aan de kant van de vraag heb ik reeds gewezen op de grote keuzevrijheid van de patiënten. Aan de kant van het aanbod hebben we individuele artsen met een grote therapeutische vrijheid, die grotendeels per prestatie betaald worden, die zich vrij kunnen vestigen waar ze wensen<sup>5</sup> en die zichzelf beschouwen als beoefenaars van een vrij beroep. Ook de ziekenhuizen hebben een grote vrijheid om zichzelf te organiseren en om te beslissen welke diensten ze willen aanbieden. Deze kenmerken worden niet in dezelfde mate in andere Europese landen teruggevonden: in een groot deel van Europa is de keuzevrijheid van de patiënten beperkt en krijgen de artsen een loon of een vaste vergoeding per ingeschreven patiënt. Wanneer in Engeland gesproken wordt over de invoering van marktwerking in het systeem, slaat dat grotendeels op het invoeren van meer keuzemogelijkheden voor de patiënten.

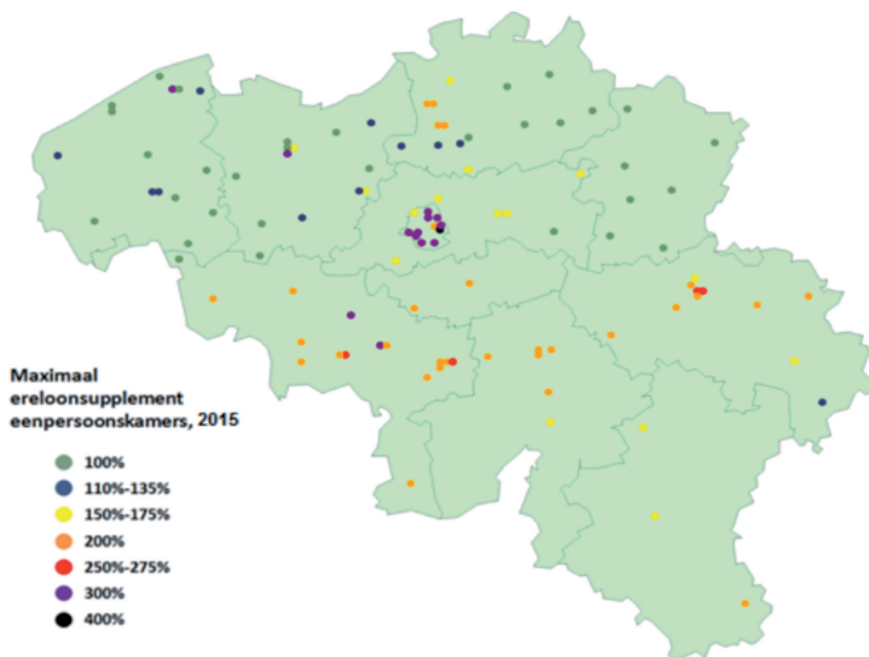
Figuur 1. – Evolutie van de factuur voor de patiënt per rubriek klassieke hospitalisatie per kamertype (prijzen 2014)



Bron: Christelijke Mutualiteiten (2015)

<sup>5</sup> Deze vrijheid van vestiging geldt niet voor apothekers.

Figuur 2. — Maximaal ereloonsupplement in eenpersoonskamers, 2015



#### Werkelijk aangerekende ereloonsupplementen: klassieke opnames in eenpersoonskamers

Bron: Christelijke Mutualiteiten (2015)

Vrije keuze is een essentieel kenmerk van markten. Hieraan wordt gewoonlijk vrije prijszetting toegevoegd. Zelfs dat kenmerk vinden we terug in het Belgische systeem. Ziekenhuizen mogen bovenop het officieel afgesproken tarief prijssupplementen aanrekenen in éénpersoonskamers. Figuur 1 toont aan dat deze supplementen zeker niet te verwaarlozen zijn. Naarmate ze om sociale redenen strenger gereguleerd worden in meerpersoonskamers, lijken ze in éénpersoonskamers toe te nemen. Figuur 2 toont een ander opmerkelijk fenomeen: de hoogte van de supplementen varieert sterk en ze zijn bovendien regionaal geclusterd. Dat laatste is precies wat we zouden verwachten in een concurrentiele omgeving. Individuele artsen in de ambulante sector kunnen ook supplementen aanrekenen wanneer ze zich niet aangesloten hebben bij de conventie artsen-ziekenfondsen. Er is niet veel betrouwbare informatie over de hoogte van deze ambulante supplementen maar het schaarse cijfermateriaal suggereert dat ze niet verwaarloosbaar zijn.

Omwille van ons systeem van universele ziekteverzekering betalen de patiënten natuurlijk niet de volle prijs van hun behandeling. Ze betalen enkel het remgeld

en de supplementen en zelfs die worden vaak gedekt door een aanvullende ziekteverzekering. Bovendien is het bedrag van de te betalen remgelden geplafonneerd door het systeem van de maximumfactuur. Toch blijven de eigen betalingen van patiënten in vergelijking met andere Europese landen hoog, en bovendien geldt voor de meeste mensen de derde-betalerregeling niet bij de ambulante contacten met een arts. Belgische patiënten worden dus wel degelijk geconfronteerd met een "prijs" wanneer ze beroep doen op gezondheidszorg.

## 2. Maar werkt die "markt" wel?

Het besluit moet zijn dat, in tegenstelling tot wat vaak wordt beweerd, het Belgische systeem van gezondheidszorg vele kenmerken van een markt vertoont. Het is dan interessant om na te gaan wat de economische theorie ons leert over de efficiëntie van markten: dat is namelijk veel minder evident dan wat vaak wordt aangenomen.<sup>6</sup> Als de prijzen vastliggen, bijvoorbeeld omdat ze door een regulerende overheid worden gezet, zal de kwaliteitscompetitie leiden tot een verbetering van de kwaliteit. Dat hoeft overigens niet optimaal te zijn vanuit maatschappelijk standpunt: wanneer de prijzen hoog genoeg zijn, kan er in een overdreven mate geïnvesteerd worden in dure apparatuur. Ik kom daar op terug in de volgende paragraaf. Als zowel de prijzen als de kwaliteit door de aanbieders beïnvloed worden, kunnen we de effecten niet theoretisch voorspellen. Competitie zal leiden tot een neerwaartse druk op de prijzen, als de vragers zich sterk door de prijs laten beïnvloeden. De kwaliteit zal stijgen als vragers vooral om die kwaliteit bekommerd zijn. Een stijging van de kwaliteit veroorzaakt ook een stijging van de kosten (en dus van de prijzen) en het netto-effect van de mededinging zal afhangen van de relatieve omvang van deze verschillende effecten.

Wanneer we vanuit dit perspectief de Belgische situatie bekijken, vallen enkele zaken onmiddellijk op. De meeste patiënten zijn slecht geïnformeerd over de hoogte van de supplementen, en bovendien worden die supplementen vooral aangerekend bij mensen met een hospitalisatieverzekering. Er is dan ook weinig reden om scherpe prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen te verwachten. Wellicht zijn patiënten wel geïnteresseerd in de kwaliteit van de zorg die ze krijgen in ziekenhuizen. Ze kunnen hun keuzegedrag daar echter slechts in beperkte mate door laten beïnvloeden. Ze zijn immers onvoldoende geïnformeerd om die kwaliteit echt te kunnen inschatten en tot nu toe zijn ook de overheid, de ziekenfondsen en de ziekenhuizen zelf zeer huiverig geweest om duidelijke vergelijkende informatie te verspreiden.<sup>7</sup> De theorie leert ons dat de mededinging dan slechts een gering effect zal hebben op de kwaliteit. Patiënten kunnen echter zelf gemakkelijk de klantvriendelijkheid van instellingen en verstrekkers vergelijken en die informatie

---

<sup>6</sup> Mooie overzichten van de literatuur zijn te vinden in Gaynor (2006) en Gaynor et al. (2015).

<sup>7</sup> De privacywetgeving maakt het voor de ziekenfondsen bovendien onmogelijk om informatie over individuele verstrekkers te verspreiden, als het gaat om natuurlijke personen.

ook op een geloofwaardige wijze delen met vrienden en kennissen. We verwachten dan ook dat mededinging de performantie van de verstrekkers op die dimensies verbetert. Het spreekt vanzelf dat deze oppervlakkige beschrijving van de situatie op zichzelf geen wetenschappelijk bewijs vormt voor de economische theorie. Het is echter wel suggestief dat de voorspellingen van die theorie op geen enkele wijze door de Belgische feiten worden tegengesproken.<sup>8</sup>

Ook hier is het dus belangrijk om de juiste diagnose te stellen wanneer we de werking van het systeem willen verbeteren. Eerder dan het bestaan van mededinging te ontkennen, moet er nagedacht worden over mogelijkheden om de werking van die mededinging te verbeteren.

### **C. Verspilling in de zorg: groot maar niet eenvoudig weg te werken**

Iedereen kent voorbeelden van manifeste verspilling en overconsumptie in de Belgische gezondheidszorg. Anekdotische informatie is ruim voorhanden. Huisartsen die hun patiënten vragen om nog een keer terug te komen, ook wanneer dit niet echt nuttig of noodzakelijk is. Artsen die blij geven van een grote therapeutische hardnekkigheid bij patiënten met een uiterst geringe overlevingskans, of die vragen om overbodige technische onderzoeken. Ziekenhuizen die patiënten langer in het ziekenhuis houden wanneer de bezettingsgraad van het ziekenhuis laag is. Het lijstje kan verder aangevuld worden. Anekdotische voorbeelden hebben natuurlijk geen wetenschappelijke waarde, maar ook bij ernstig onderzoek worden regelmatig voorbeelden van verspilling ontdekt.<sup>9</sup>

Vaak is de grens tussen verspilling en gerechtvaardigde dure behandeling echter moeilijk te trekken. Het is dan ook niet gemakkelijk om de precieze omvang van de verspilling te becijferen. In België is recent het cijfer van 15% verspilling een eigen leven gaan leiden in opiniebijdragen en in politieke debatten. Waarschijnlijk werd het cijfer voor de eerste keer geciteerd in Annemans (2014), maar daar wordt duidelijk en terecht benadrukt dat het slechts om een ruwe extrapolatie gaat van niet helemaal vergelijkbare Amerikaanse gegevens. Dat die 15% als richtcijfer is gaan fungeren, zegt veel over de werking van onze media. Maar het zegt ook iets over de wijze waarop er fundamenteel over de verspilling wordt

---

<sup>8</sup> Voor Engeland is er wel ernstig empirisch onderzoek over de effecten van de vrije ziekenhuiskeuze. Dit onderzoek bevestigt eveneens de voorspellingen van de economische theorie. Wanneer de patiënten onvoldoende geïnformeerd zijn over de kwaliteitsverschillen en de ziekenhuizen ook de prijzen kunnen beïnvloeden (zoals in de hervormingen van de jaren negentig van vorige eeuw), leidt meer concurrentie niet tot betere kwaliteit (Propper et al., 2008). Wanneer de prijzen vast liggen en de patiënten voldoende geïnformeerd zijn over de kwaliteit (zoals in de hervorming van 2006), leidt keuzevrijheid van de patiënten echter wel degelijk tot een verbetering van de kwaliteit van de ziekenhuizen (Gaynor et al. 2013, 2016).

<sup>9</sup> Het performantieonderzoek van het KCE (Vrijens et al., 2015) wijst bijvoorbeeld op het te grote aantal CT-scans en keizersneden in België.

gedacht. Wanneer men de anekdotische informatie koppelt aan het precieze cijfer van 15%, wordt immers sterk de indruk gecreëerd dat het niet zo moeilijk moet zijn om die verspilling terug te dringen, en dat het budget van gezondheidszorg kan inkrimpen zonder dat dit gevolgen heeft voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. We botsen hier op een volgende stereotype reactie: de morele verontwaardiging over de verspilling en de overtuiging dat die met wat goede wil eenvoudig weggewerkt kan worden.

Een internationale vergelijking leert ons reeds dat dit een beetje te eenvoudig is. Ondanks de grote verschillen tussen de verschillende gezondheidssystemen, worden ze allemaal met problemen geconfronteerd. Waar er minder overconsumptie is (zoals waarschijnlijk in de meeste sterker door de overheid gestuurde systemen), is er dan weer veel informatie over geringe kwaliteit of over te lange wachttijden. Blijkbaar bestaan er geen wonderoplossingen. Als die wel bestonden zouden we overigens kunnen verwachten dat de meeste landen in die richting zouden convergeren.

### *1. De relatie tussen de patiënt en de verstrekker*

We raken hier aan de kern van het probleem van asymmetrische informatie – zoals reeds in de inleiding beschreven vormt dit de basisoorzaak zowel voor het falen van markten als voor de beperkingen van overheidstussenkomst in de zorg. Bekijken we opnieuw de voorbeelden. Wie heeft betere informatie dan de huisarts om te oordelen of een vervolgonderzoek nuttig is? Zeker niet de patiënt, maar ook niet de regulator. Wie kan beter dan de behandelende arts beoordelen welke technische onderzoeken nodig zijn om een juiste diagnose te stellen of welke behandelingen op het einde van het leven een voldoende kans geven op verlenging van het leven met enkele kwaliteitsvolle maanden/jaren? Op welke wijze kan de regulator beoordelen of de ziekte-toestand van een patiënt een langer verblijf in het ziekenhuis kan rechtvaardigen? De relevante informatie op individueel niveau is niet toegankelijk voor de regulator. Die kan het gedrag slechts onrechtstreeks sturen door informatie te verspreiden, door te vergelijken met (meer of minder) relevante gemiddelden, door gericht te controleren en door de juiste financiële prikkels in te voeren. Die onrechtstreekse beïnvloeding heeft echter steeds allerlei neveneffecten.

Om dit te illustreren richten we ons op één vraag: hoe moeten individuele verstrekkers vergoed worden? In België gebeurt dit nog steeds veelal per prestatie: dit heeft het positieve gevolg dat onze verstrekkers gemotiveerd worden om hard en patiëntvriendelijk te werken. Betaling per prestatie heeft echter het nadeel dat er prikkels zijn om te veel prestaties te leveren, het fenomeen van de zogenaamde "aanbodgeïnduceerde vraag". Waarom zou een arts geen bijkomende prestatie leveren, ook wanneer die vanuit gezondheidsoogpunt niet nuttig is? Zijn inkomen stijgt erdoor, en de patiënt zelf betaalt slechts een gering deel van de

prijs. Overconsumptie is niet langer een probleem wanneer verstrekkers een loon krijgen, maar gesalarieerde artsen hebben dan weer de neiging om minder hard te werken en minder tijd aan hun patiënten te besteden. Een derde mogelijkheid is om de verstrekkers een vergoeding te geven per bij hen ingeschreven patiënt. In een systeem zonder vrije keuze heeft dit ongeveer dezelfde effecten als een loon. Indien er wel vrije keuze is en de patiënten voldoende geïnformeerd zijn, kan de mededinging leiden tot een opwaartse druk op kwaliteit en klantvriendelijkheid. Dan ontstaat er echter een gevaar van risicoselectie: bij een vaste vergoeding hebben artsen er belang bij om "gemakkelijke" patiënten aan te trekken (zogenaamde goede risico's), omdat die minder werk en een grotere kans op een beter resultaat opleveren. Tenslotte kan men zich ook de vraag stellen of men de vergoeding van artsen niet kan laten afhangen van de door hen geleverde kwaliteit. Dit vereist echter dat kwaliteit kan gemeten worden. In de realistische situatie met imperfecte kwaliteitsindicatoren krijgt men vertekening van de inspanningen in de richting van de observeerbare kwaliteitsdimensies ten koste van misschien even belangrijke maar moeilijker te meten dimensies.

Dit oppervlakkig overzichtje heeft enkel als bedoeling om te illustreren dat elk vergoedingssysteem zijn eigen voor- en nadelen heeft. Hetzelfde geldt overigens ook voor de verschillende mogelijkheden om ziekenhuizen te financieren (zie de conceptuele analyse in Van de Voorde et al., 2014). Wanneer men de gezondheidseffecten van besparende maatregelen wil minimaliseren, zal men enige verspilling moeten tolereren. Wanneer men de verspilling volledig wil uitroeien zullen er negatieve effecten zijn voor de kwaliteit van de behandeling. Dat is de reden waarom in alle landen gemengde systemen bestaan waarmee men een evenwicht tussen de verschillende doelstellingen wil bereiken. Het gaat hier wel degelijk om niet-evidente maatschappelijke keuzen.

## *2. De organisatie van het zorgsysteem*

Alle voorbeelden die ik tot nu toe gegeven heb zijn gesitueerd in de sfeer van de microrelatie tussen een verstrekker (inclusief een ziekenhuis) en een individuele patiënt. Deze microbeslissingen moeten echter gesitueerd worden in de bredere context van de organisatie van het zorgsysteem zelf (Van de Voorde et al., 2014). Hoeveel ziekenhuizen moeten er zijn? Is het efficiënt wanneer ze allemaal investeren in dure hoogtechnologische infrastructuur zoals CT-scanners of chirurgierobots? Moet er geen specialisatie zijn, vermits we weten dat de kwaliteit van ingewikkelde behandelingen over het algemeen beter is in ziekenhuizen waar er meer van die behandelingen worden uitgevoerd (Stordeur et al., 2014)? Hoe stemmen we op een efficiënte wijze ambulante en gehospitaliseerde zorg op elkaar af? Hoe zorgen we ervoor dat chronische zieken de geïntegreerde zorg krijgen die ze nodig hebben, met voldoende aandacht voor wijzigingen in hun levensstijl (Paulus et al., 2012)? Macro-organisatie en microbeslissingen hangen overigens nauw met elkaar samen. Wanneer een ziekenhuis geïnvesteerd heeft

in dure apparatuur, moet die immers ook gebruikt worden. Wanneer verstrekkers hoofdzakelijk betaald worden op basis van hun individuele prestaties, zullen ze minder gemotiveerd zijn om patiënten naar andere verstrekkers te verwijzen, of om de behandeling van een patiënt met andere verstrekkers te delen.

Een adequate organisatie van de zorg vereist dat de ruimtelijke spreiding van het aanbod optimaal is georganiseerd en dat verschillende soorten verstrekkers samenwerken bij de behandeling van patiënten. Wanneer de door de consumenten betaalde prijzen niet hun werkelijke bereidheid tot betalen reflecteren, en de kosten van de aanbieders door de gemeenschap gedragen worden, is er weinig reden om aan te nemen dat er spontaan een optimale organisatie van het aanbod zal ontstaan. Waarschijnlijk zijn er belangrijke efficiëntiewinsten te boeken door een betere macro-organisatie van de sector. Maar ook hier zijn keuzes nodig. Als samenwerking niet spontaan tot stand komt, moet ze opgelegd (of tenminste financieel gestimuleerd) worden. Er moet dan nagedacht worden over passende vergoedingssystemen: zoals we hebben gezien hebben die alle hun voor- en nadelen. Wanneer men het aantal ziekenhuizen wil beperken vermindert men de keuzevrijheid en de concurrentie. Soepele samenwerkingsverbanden, die op de maat van individuele patiënten gesneden zijn, zijn slechts mogelijk binnen geïntegreerde beslissingsstructuren, maar die vereisen een grote schaal – en gaan sterk in tegen de Belgische traditie met onafhankelijke artsen en zelfstandige ziekenhuizen.

Er is dus ongetwijfeld verspilling in het Belgische gezondheidssysteem, maar die is er in alle landen, ook die met een zeer verschillende organisatie. Verhogen van de efficiëntie is mogelijk, maar niet evident. Suggesteren dat het enkel een kwestie is van goede wil is misleidend en gevaarlijk.

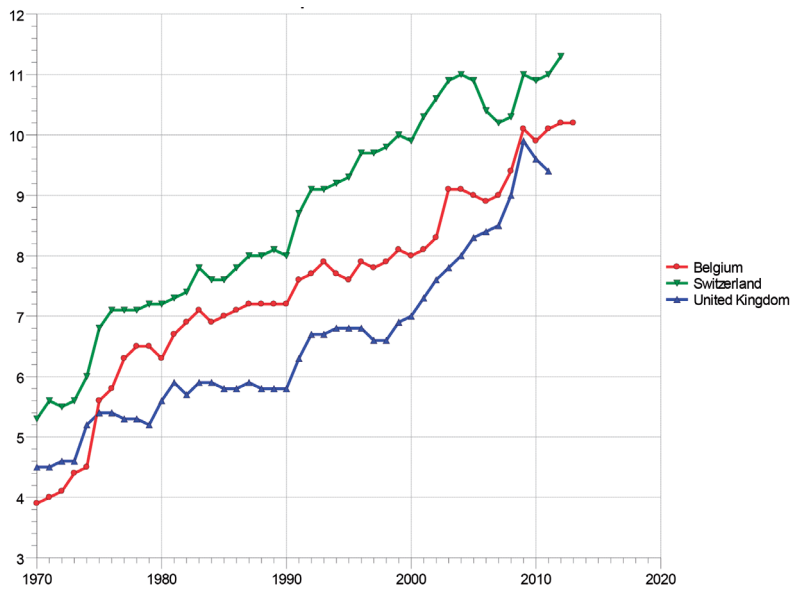
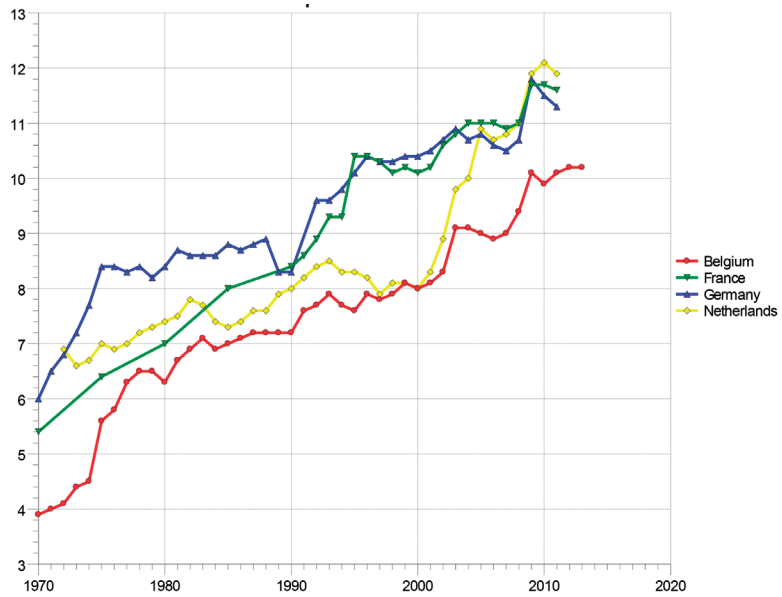
#### **D. De stijging van de uitgaven in perspectief**

Voorals bij politici schijnt er bijna volledige consensus te bestaan rond de opvatting dat de sterke stijging van de uitgaven in de gezondheidszorg economisch onhoudbaar is. Maar ook hier is die consensuspositie niet evident.

##### *1. Waarom stijgen de uitgaven?*

Vooraleer we ons een oordeel vormen over de wenselijkheid van de uitgavenstijging, moeten we eerst onderzoeken hoe ze kan verklaard worden. In de eerste plaats is de uitgavenstijging geen typisch Belgisch fenomeen. Integendeel, ze is zo algemeen verspreid dat we moeten zoeken naar een verklaring die de specifieke institutionele context van de verschillende landen overstijgt. Het bovenste gedeelte van Figuur 3 vergelijkt de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg als % van het Bruto Binnenlands Product in enkele West-Europese landen met verzekeraars of ziekenfondsen (Frankrijk, Duitsland, Nederland, België). Het onderste gedeelte

Figuur 3. — Gezondheidsuitgaven als % van Bruto Binnenlands Product



Bron: WHO.



van Figuur 3 toont de evolutie in drie zeer verschillende gezondheidssystemen: Zwitserland (een systeem met private verzekeraars), België (een systeem van collectieve ziekteverzekering met ziekenfondsen) en het Verenigd Koninkrijk (een grotendeels belastinggefinancierd overheidssysteem). Het niveau van de uitgaven is verschillend<sup>10</sup>, maar het stijgingsritme is overal zeer gelijkaardig.

Dit brengt ons op een tweede belangrijk uitgangspunt. Wanneer we zoeken naar een verklaring voor de uitgavenstijging, eerder dan naar een verklaring voor het uitgavenniveau, moeten we op zoek gaan naar dynamische verklaringsfactoren. Variabelen die amper veranderen doorheen de tijd, kunnen de uitgavenevolutive niet verklaren. Dit is voldoende om de simpele en populaire verklaring van de hand te wijzen waarbij de stijging van de uitgaven toegeschreven wordt aan de overconsumptie en de inefficiënties in de gezondheidssector. Om de stijging van de uitgaven te verklaren, zou men moeten aannemen dat die inefficiënties structureel stijgen doorheen de tijd en dat in alle landen. Dat is erg onwaarschijnlijk, en daarvoor bestaat er ook absoluut geen empirisch bewijsmateriaal. Zoals we verder zullen zien, kunnen inefficiënties wel degelijk een rol spelen als verklaringsfactor, maar enkel indien er interactie is met andere, dynamische, factoren.

De meest voor de hand liggende dynamische factor is de vergrijzing van de bevolking. Die wordt ook meestal naar voor geschoven in het populaire debat. Door gezondheidseconomen wordt nochtans vrij algemeen aanvaard dat het effect van de vergrijzing veel minder sterk is dan veelal wordt aangenomen, en dat ze slechts een relatief klein gedeelte van de uitgavenstijging kan verklaren. We moeten ons inderdaad hoeden voor twee optische illusies. In de eerste plaats hebben we de neiging om te veronderstellen dat de huidige jongeren wanneer ze ouder worden dezelfde gezondheid zullen hebben als de huidige ouderen. Dat is natuurlijk niet correct: de vergrijzing wordt precies veroorzaakt door het feit dat we langer gezond blijven leven. Om daarvan overtuigd te raken is het voldoende de senioren van nu te vergelijken met hun leeftijdsgenoten in de jaren zestig van de vorige eeuw. In de tweede plaats worden ongeveer 25% van de uitgaven voor gezondheidszorg gemaakt door patiënten in de laatste maanden voor hun overlijden. Die uitgaven komen vooral op hogere leeftijd voor. Maar ook hier moeten we opletten voor optisch bedrog: voor mensen die op jonge leeftijd aan kanker sterven, worden gedurende de laatste levensmaanden eveneens grote uitgaven gemaakt. Het eerste orde-effect van de vergrijzing is dan gewoon dat die uitgaven van de laatste levensmaanden naar latere leeftijd worden doorgeschoven.<sup>11</sup> Wanneer men corrigeert voor dat "laatste-maanden"-effect, wordt de relevante vraag: hoeveel jaren langer leven mensen in minder goede

---

<sup>10</sup> Het is een vrij algemeen gegeven dat de uitgaven lager liggen in de belastinggefinancierde zgn. National Health Service-systemen. In die systemen zijn er echter meer klachten over kwaliteit en toegankelijkheid. Zoals reeds gezegd: er bestaan geen wonderoplossingen.

<sup>11</sup> Het effect werd voor het eerst onderzocht door Zweifel et al. (1999), maar werd later door vele andere onderzoekers bevestigd. Zie voor België bv. de studie van Avalosse en Léonard (2005).

gezondheid? Over het antwoord op deze vraag bestaat geen eensgezindheid, maar het is wel zeker dat de uitgaven voor zorgbehoevende bejaarden door de vergrijzing toenemen. De coördinatie van lange-termijnzorg en gezondheidszorg vormt overigens een van de grootste uitdagingen voor ons sociaal systeem. Dit effect van de vergrijzing is echter niet sterk genoeg om de uitgavenstijging in de gezondheidszorg te verklaren.

De technisch-wetenschappelijke vooruitgang is een meer overtuigende dynamische verklaringsfactor. Studies op microniveau hebben aangetoond dat de beschikbaarheid van nieuwe, misschien betere maar zeker duurdere, behandelingswijzen een belangrijke drijvende factor is achter de uitgavenstijging. De behandeling van hartproblemen is in 2016 niet hetzelfde als in 1986 – en de nieuwe technieken zijn duurder dan de oude. Nieuwe geneesmiddelen voor de behandeling van kanker zijn meer doeltreffend, maar ze zijn ook duurder. De evolutie in de richting van gepersonaliseerde geneeskunde zal dat proces nog versnellen. Ook de studies op macroniveau suggereren dat de technische vooruitgang de belangrijkste drijvende kracht is achter de uitgavenstijging (Willemé and Dumont, 2015, 2016).

Dit betekent niet dat vergrijzing en institutionele factoren volledig kunnen genegeerd worden. De technisch-wetenschappelijke vooruitgang komt immers niet uit de lucht vallen. Ze wordt mee gedreven doordat de vergrijzende bevolking een grote potentiële markt vormt (en ze vormt op haar beurt overigens een van de verklaringen voor de vergrijzing). De richting van het onderzoek wordt ook beïnvloed door het feit dat de gezondheidszorg, en dus ook de nieuwe dure behandelingen en geneesmiddelen, omwille van de ziekteverzekering ver beneden de werkelijke kostprijs aan de bevolking worden aangeboden (Chandra en Skinner, 2012). Wanneer er bovendien een neiging is tot overinvestering in nieuwe gesofistikeerde apparatuur worden deze effecten nog versterkt. Al deze interacties zijn van groot belang, maar ze wijzigen niets aan het essentiële inzicht dat de technisch-wetenschappelijke vooruitgang de drijvende kracht is achter de uitgavenstijging.

## *2. Mogen de uitgaven stijgen?*

Dit inzicht heeft gevolgen voor de evaluatie van die stijging. Als de stijging van de uitgaven samenhangt met technologische vooruitgang zal ze vaak (niet altijd) leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Onder die veronderstelling zal een beperking van de uitgavengroei leiden tot welvaartsverlies. Nog anders uitgedrukt: de toename van het aandeel van gezondheidszorg in het Bruto Binnenlands Product is geen verarming, maar is een verschuiving van middelen binnen een groeiend inkomen. De belangrijke vraag wordt dan of deze verschuiving van de middelen uiteindelijk tot een hogere welvaart leidt. Zowel eenvoudige intuïtie als meer grondig onderzoek suggereren dat in een rijker

wordende samenleving private consumptie relatief minder belangrijk wordt en gezondheid relatief belangrijker. Twee Amerikaanse economen (Hall and Jones, 2007) formuleren de vraag op een pregnante wijze: "As we get older and richer, which is more valuable: a third car, yet another television, more clothing – or an extra year of life?" Zij besluiten op basis van een grondige analyse van de kosten van de technische vooruitgang en van de bereidheid tot betalen van de bevolking dat in 2030 een vierde tot een derde van het Amerikaanse Bruto Binnenlands Product naar gezondheidszorg zou moeten gaan – indien men de welvaart van de bevolking wil maximeren.

Als de uitgaven voor gezondheidszorg de welvaart verhogen, waarom wordt de stijging ervan dan als problematisch ervaren? De belangrijkste verklaring is wellicht dat we de gezondheidszorg financieren via belastingen of sociale bijdragen. Daar zijn goede verzekeringstechnische redenen voor (Schokkaert en Spinnewyn, 1995). Maar deze keuze heeft gevolgen. Een collectieve ziekteverzekering beperkt de mogelijkheden van mensen om hun eigen verzekeringspolis te kiezen. Dit kan aangevoeld worden als een aantasting van de vrijheid. Bovendien introduceert het collectieve systeem solidariteit tussen goede en slechte risico's (bijvoorbeeld tussen mensen met een ongunstige en een gunstige genetische achtergrond). In een privaat verzekeringssysteem zouden die groepen verschillende premies moeten betalen. Het introduceert ook solidariteit tussen hoge en lage inkomens. De bereidheid om bij te dragen tot het collectieve systeem hangt dus ook af van de bereidheid tot solidariteit. Tenslotte veroorzaakt elk verzekeringssysteem een probleem van "moral hazard". Precies de perceptie van verspilling en overconsumptie en de misvatting dat die gemakkelijk uit de wereld kunnen geholpen worden dragen bij tot de overtuiging dat de stijging van de uitgaven gemakkelijk "onder controle" kan gebracht worden.

Voor een ernstige discussie mogen we niet blijven steken in de clichés. De uitgaven voor gezondheidszorg stijgen snel – maar dit heeft ook positieve welvaartseffecten. Toepassing van een eenvoudige budgettaire logica (gekoppeld aan een simplistische opvatting over verspilling) verarmt het debat en maakt het onmogelijk de echt belangrijke vragen te stellen. Hoeveel private consumptie willen we als samenleving opofferen voor een betere gezondheid? Hoeveel solidariteit willen we inbouwen in de financiering van de zorg?

### III. De keuzes: technisch moeilijk en waardegeladen

In de vorige paragraaf heb ik geprobeerd om de diagnose helder te stellen en ons te bevrijden van enkele misleidende stereotype opvattingen. België heeft niet het beste gezondheidssysteem van de wereld, maar de Belgen zijn wel zeer tevreden over hun systeem. Eigenlijk hebben we redelijk veel "markt", maar die markt werkt ver van perfect. Zoals in alle andere landen is er ook in de Belgische gezondheidszorg verspilling van middelen en overconsumptie, maar het wegwerken daarvan is geen triviale opdracht. Toch is dit van het grootste belang, want weinig overdachte besparingen zullen leiden tot welvaartsverliezen, vooral voor de zwakste groepen in de samenleving. Op basis van deze diagnose kunnen we nu nadenken over mogelijke beleidskeuzes. Het moet ondertussen duidelijk geworden zijn dat dit geen louter technische keuzes zijn. Beleid in de gezondheidszorg impliceert steeds een afweging van fundamentele maatschappelijke waarden.

#### A. Verbeter de marktwerking

##### 1. Twee modellen

Zeer vereenvoudigend geformuleerd zou men kunnen stellen dat er zich in Europa twee verschillende modellen ontwikkelen om de patiëntenkeuze te structureren. Het eerste model is dat van "gereguleerde" mededinging (van de Ven et al., 2013). Dit model wordt expliciet uitgerold in Nederland, Duitsland en Zwitserland. Burgers hebben een vrije keuze van verzekeraar en verzekeraars kunnen (binnen vastgelegde grenzen) verschillende polissen aanbieden. Die verzekeraars gaan dan rechtstreeks onderhandelen met de verstrekkers en de keuzevrijheid van de patiënten wordt ingeperkt door die afspraken, omdat verzekeraars bijvoorbeeld slechts contracten afsluiten met een gedeelte van de verstrekkers. Het tweede model ontstaat in de overheidsgestuurde systemen waar meer keuzevrijheid voor de patiënten op de verstrekkersmarkten wordt ingevoerd. Hierbij hebben burgers weinig of geen keuze op de verzekeringsmarkt. Engeland is een typevoorbeeld van deze evolutie.

België zou in principe in beide richtingen kunnen bewegen. In ons hybride systeem hebben we wel ziekenfondsen<sup>12</sup>, maar een grotendeels uniform en collectief vastgelegd verzekeringspakket.<sup>13</sup> Bovendien kunnen de patiënten vrij kiezen tussen verstrekkers. Ik wil hier geen uitspraak doen over de relatieve

---

<sup>12</sup> Formeel gesproken lijkt het Belgische model van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen, dat ingevoerd werd in 1995, zeer sterk op het model van gereguleerde concurrentie. Maar de Belgische ziekenfondsen hebben nooit de instrumenten gekregen om de uitgaven te beïnvloeden (zie bv. de discussie in Schokkaert en Van de Voorde, 2003).

<sup>13</sup> De aanvullende verzekeringen dekken minder dan 5% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg (Assuralia, 2015).

wenselijkheid van beide modellen. Daarover bestaat overigens weinig of geen vergelijkend onderzoek, onder meer ook omdat achter de ruwe blauwdrukken de details van de regulering erg verschillen en die details van groot belang zijn om de performantie van de systemen te vergelijken. Observatie van de Belgische situatie suggereert echter dat een evolutie in de richting van gereguleerde concurrentie tussen ziekenfondsen, waarbij die laatste een sturende rol krijgen, in België nagenoeg uitgesloten is. Er is geen enkele indicatie dat de overheid een deel van zijn regulerende bevoegdheid aan de ziekenfondsen zou willen overdragen. Verstreckers en patiënten staan op hun vrijheid en in alle recente beleidsdocumenten wordt benadrukt dat de keuzevrijheid van de patiënten blijvend gerespecteerd zal worden. We moeten dan ook nadenken over de voorwaarden waaronder het tweede model optimaal kan functioneren.

## *2. Informatie over verstreckers en ziekenhuizen*

De diagnose in de vorige paragrafen was duidelijk. Op dit ogenblik leidt de mededinging tussen verstreckers tot een toename van de subjectieve tevredenheid van de mensen, omdat ze voldoende geïnformeerd zijn over de kwaliteit van de dienstverlening. Ze zijn echter onvoldoende geïnformeerd over de "objectieve" zorgkwaliteit en leven gedeeltelijk in de illusie dat die sowieso uitstekend is. Ervaringen in andere landen wijzen nochtans uit dat mededinging tot betere kwaliteit kan leiden, indien de patiënten op basis van correcte informatie kunnen kiezen. Informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen en verstreckers moet daarom op een duidelijke, toegankelijke en vergelijkende basis ter beschikking van de patiënten gesteld worden. Gedurende de laatste jaren is er zeker in Vlaanderen in het kader van het Vlaamse Indicatorenproject veel vooruitgang geboekt met de verzameling van interessante vergelijkende informatie (zie de website <https://www.zorgkwaliteit.be/>), maar de evolutie gaat relatief traag en weinig burgers zijn op de hoogte van het bestaan van deze website.

De huiver om snel veel vergelijkende informatie te verspreiden is begrijpelijk. Die informatie moet inderdaad aan hoge kwaliteitsnormen voldoen. Maar de traagheid van het proces wordt ook verklaard door het gebrek aan vertrouwen in het oordeelsvermogen van niet medisch opgeleide patiënten. Dit berust gedeeltelijk op een misvatting. Om mededinging te doen werken is het niet noodzakelijk dat alle patiënten op de informatieprikkels reageren. Het is voldoende dat er verschuivingen zijn aan de marge en die kunnen reeds veroorzaakt worden door een bewuste minderheid. Bovendien schuilt in de trage verspreiding van de informatie ook een gevaar. In een steeds meer geïndividualiseerde samenleving waar mensen relatief hoger opgeleid zijn en zich meer en meer bewust worden van hun keuzemogelijkheden, gaan ze actief op zoek naar informatie. Het Internet staat in die zoektocht centraal en er ontstaan dan ook allerlei websites waar patiënten hun ervaringen met artsen kunnen communiceren en een waarderingscijfer geven (zie bv. <https://www.zorgkaartnederland.nl/> voor een Nederlands voorbeeld).

De kwaliteitscontrole op die sites is minimaal. Des te belangrijker is het om nu redelijk snel dit domein te bezetten. Wie vroeg een sterke reputatie opbouwt met goede informatie, kan een referentiewebsite worden en het op die manier veel moeilijker maken voor de minder scrupuleuze websites om een belangrijke plaats in te nemen. Overigens zou hier in principe ook een belangrijke rol voor de ziekenfondsen kunnen weggelegd zijn. Zij hebben de competentie om hun leden op een verstandige wijze te informeren.

Er wordt soms gesteld dat vergelijkende informatie vooral nuttig is voor de verstreckers en de instellingen zelf, omdat zij daardoor geprikkeld worden om zichzelf bij te sturen. Dat is correct: in een sector zoals de gezondheidszorg zijn vergelijking met gelijkaardige instellingen en peer pressure van groot belang. Maar dit versterkt slechts het argument om zo snel mogelijk vergelijkende informatie van goede kwaliteit beschikbaar te stellen. De twee kanalen waarlangs de verspreiding van informatie een positief effect kan hebben zijn immers niet tegenstrijdig. Het is niet omdat er ook druk is van de kant van de patiënten dat de peer pressure minder effectief zou zijn. En, zoals gezegd, de ervaringen in het Verenigd Koninkrijk leveren overtuigend bewijsmateriaal voor de stelling dat mededinging onder de juiste voorwaarden de kwaliteit verhoogt.

### *3. Nood aan regulering*

Bij dit alles moeten wel nog drie belangrijke kanttekeningen gemaakt worden. In de eerste plaats betekent het optimaliseren van het keuzeproces niet dat ook de prijzen van de behandelingen volledig worden vrijgelaten. Integendeel, zoals reeds hierboven gesteld, wanneer we in de eerste plaats bekommerd zijn om de kwaliteit, is het effectief om de prijzen te reguleren, omdat de mededinging dan wel moet slaan op de zorgkwaliteit. Het geloof in de mogelijke positieve effecten van mededinging is dus helemaal niet tegenstrijdig met een pleidooi om de supplementen aan banden te leggen.

Ten tweede mag "concurrentie" ook niet gelijk gesteld worden aan een vergroting van de inbreng van op winstbejag gerichte spelers. Economische prikkels zijn belangrijk in het gedrag van artsen – de meesten beschouwen zichzelf als zelfstandigen - maar in persoonlijke contacten tussen arts en patiënt spelen altruïsme en empathie steeds een grote rol. Ziekenhuizen zijn in België niet gericht op winstmaximering. Wanneer ook op winst gerichte instellingen, geleid door managers die nooit met een echte patiënt geconfronteerd worden, toetreden tot een sector, ontstaat er een risico op ongewenste neveneffecten. In de Verenigde Staten is er veel vergelijkend onderzoek gedaan naar het gedrag van for-profit en non-profit instellingen. De verschillen in kwaliteit blijken kleiner te zijn dan men misschien zou verwachten, maar non-profitinstellingen scoren wel iets beter op criteria zoals toegankelijkheid voor patiënten met een laag inkomen (Schlesinger en Gray, 2006). Een opvallend resultaat is dat non-profitinstellingen

zich meer als for-profitinstellingen gaan gedragen wanneer ze met die laatste moeten concurreren. Er zijn weinig of geen redenen om in de Belgische situatie op winst gerichte instellingen aan te trekken. Er is een reële kans dat die zich zouden specialiseren in relatief gemakkelijke ingrepen, zoals cataractoperaties of heupprotheses, en vooral de gemakkelijke patiënten waarbij weinig complicaties kunnen verwacht worden zouden aantrekken. Wanneer ze zich specialiseren in die niche van de markt kunnen ze wellicht dezelfde (of betere) kwaliteit leveren aan lagere kosten, maar dat betekent dan wel dat de gecompliceerde gevallen naar de erkende ziekenhuizen worden doorgeschoven. De financiering van die laatste kan dan onder druk komen te staan.

Ten derde kan er ook “teveel” dienstverlening zijn, in de zin dat de verbetering van de kwaliteit niet in verhouding staat tot de toename van de kosten. Dit fenomeen doet zich voor op microniveau. Vaak wordt therapeutische hardnekkigheid door de patiënten zelf geïnduceerd. En vaak ook zijn patiënten slechts gerustgesteld als ze een geneesmiddel voorgeschreven krijgen, zelfs wanneer dat geneesmiddel niet werkt of op lange termijn schadelijk is (Schokkaert et al., 2016). Wanneer patiënten hun verstreker vrij kunnen kiezen en die verstrekkers per prestatie betaald worden, staan deze laatsten onder grote druk om hieraan toe te geven. Zoals reeds gesteld is het probleem nog ernstiger op macroniveau. Een zuiver concurrentiële markt met gereguleerde prijzen kan leiden tot overinvestering in dure apparatuur. In de Verenigde Staten spreekt men over het fenomeen van de “medical arms race” en ook in België zijn van dit fenomeen duidelijke voorbeelden bekend (Van de Voorde et al., 2014). De specifieke kenmerken van de sector – verzekering en asymmetrische informatie – vragen om sturing, en die sturing vinden we ook terug in de meest liberale en marktgerichte zorgsystemen.

Het moet ondertussen overduidelijk zijn dat een verbeterde marktwerking geen panacee is, waarmee alle problemen kunnen worden opgelost. Keuzevrijheid kan tot betere gezondheidsresultaten leiden, maar enkel in een strikt gereguleerde omgeving. Het gevaar van risicoselectie loert steeds om de hoek, en kan de sociale toegankelijkheid bedreigen. En er blijven veel belangrijke zorgdimensies die moeilijk observeerbaar en amper kwantificeerbaar zijn.

## **B. Efficiëntie verhogen, vrijheid beperken**

Het kan niet de bedoeling zijn om binnen het bestek van deze korte tekst een volledig hervormingsplan voor het gezondheidssysteem uit te schrijven. Dit zou overigens ingaan tegen een van mijn basisstellingen, namelijk dat eenvoudige ideologische stellingnamen uit den boze zijn en dat elke specifieke maatregel op zijn eigen merites moet beoordeeld worden. De zorgvuldige afweging van voor- en nadelen is een taak voor ernstige beleidsanalisten. Maar het gaat hier niet om louter technische keuzes: het gaat ook telkens om een afweging van verschillende maatschappelijke waarden. Ik zal verschillende richtingen die het beleid kan

inslaan vanuit deze optiek benaderen. Ik behandel eerst de responsabilisering van de patiënten, dan de vergoedingen van de verstrekkers en tenslotte de organisatie van het zorglandschap.

### *1. Responsabilisering van patiënten*

Verzekerde patiënten betalen niet de volledige kostprijs van de behandeling. In theorie kan dit leiden tot overconsumptie van zorg en tot onvoldoende preventie, respectievelijk “ex post” en “ex ante moral hazard”. Remgelden kunnen dit ongewenste gedrag afremmen. Een grote hoeveelheid empirisch onderzoek, te beginnen met het indrukwekkende echte-wereld Rand Health Insurance experiment (Manning et al., 1987; Aron-Dine et al., 2013) toont aan dat dit remmend effect wel degelijk bestaat, maar dat het eerder klein is.<sup>14</sup> Het is overigens evident dat het enkel speelt wanneer de patiënt zelf invloed kan uitoefenen op zijn medische consumptie: dat is vooral het geval bij de initiële beslissing om een arts te consulteren. Daarna legt de patiënt voor het grootste gedeelte zijn lot in handen van de verstrekker.<sup>15</sup> Bovendien heeft het Rand experiment aangetoond dat invoering van remgelden niet noodzakelijk tot gevolg heeft dat de minder effectieve behandelingen het eerst worden geschrapt.

Wat betekent dit voor België? Vanuit een internationaal perspectief zijn de remgelden bij ons reeds tamelijk hoog. Een verdere lineaire verhoging zal gewoon een gedeelte van de financieringslast verschuiven van de collectieve ziekteverzekering naar de patiënt (of zijn aanvullende verzekering) zonder de efficiëntie van het systeem te verhogen. Dit bedreigt de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de zwakkere socio-economische groepen.

Er zijn wel goede argumenten voor een verstandige differentiatie van de remgelden (Cleemput et al., 2012). In de Verenigde Staten is men gedurende het laatste decennium gaan spreken over “value-based insurance design” (Chernew et al., 2007). Hierbij wordt verwezen naar een systeem waarbij de patiënt minder moet betalen voor effectieve behandelingen en meer voor minder-effectieve behandelingen. In België passen we dat principe al gedurende vele decennia toe. De eigen betalingen van patiënten voor geneesmiddelen verschillen naargelang de categorie waarin die geneesmiddelen zijn ingedeeld. Mensen die zonder doorverwijzing naar een spoeddienst van een ziekenhuis gaan betalen hogere remgelden. Dit laatste lijkt niet veel effect gehad te hebben, omdat patiënten onvoldoende geïnformeerd zijn of niet sterk op de financiële prikkel reageren (Van den Heede et al., 2016). Toch blijft het principe potentieel interessant.

---

<sup>14</sup> Dit resultaat wordt ook voor België bevestigd in Van de Voorde et al. (2001) en Cockx en Brasseur (2003).

<sup>15</sup> Zoals altijd is ook hier een nuancering vereist: zelfs wanneer de verstrekker uiteindelijk beslist over de aard van de behandeling, kunnen zijn beslissingen beïnvloed worden door het feit of de patiënt al dan niet zelf moet betalen.



Men moet de financiële prikkels dan wel inpassen in een breder beleid waarbij ook niet-financiële stimulansen worden ontwikkeld en waarbij men probeert de patiënten beter te informeren. Daarbij moet men zich richten op beslissingen die door de patiënt zelf genomen worden. Zo is het weinig zinvol om de remgelden op antibiotica te verhogen: zoals reeds gezegd is er wellicht enige druk van patiënten om geneesmiddelen voor te schrijven, maar de hoofdverantwoordelijkheid ligt toch bij de voorschrijver.

Een verwante vraag is die naar de verantwoordelijkheid van patiënten voor hun eigen levensstijl. We weten dat roken, ongezonde voeding en te weinig beweging zeer schadelijk zijn voor de gezondheid. We weten ook dat al deze vormen van gedrag sterk samenhangen met de socio-economische achtergrond. Ik denk niet dat een beschaafde samenleving ooit een levensreddende behandeling kan weigeren aan patiënten met een ongezonde levensstijl, maar men zou wel kunnen denken aan gedifferentieerde verzekeringspremies (in de mate dat levensstijl observeerbaar is) of aan andere financiële prikkels (zoals een suiker- of een vettaks). Deze maatregelen gaan vooral de zwakkere economische groepen treffen. Belangrijker echter is dat hun effectiviteit nog steeds omstreden is. Wanneer we eraan denken in die richting te evolueren, moeten die financiële maatregelen zeker worden ingebed in een breder beleid dat ook ingrijpt op omgevingsfactoren die de levensstijl van mensen sterk beïnvloeden (Schokkaert et al., 2010).

## *2. Vergoeding van verstrekkers*

Eerder dan de patiënten financieel te responsabiliseren, is het aangewezen het gedrag van de verstrekkers te sturen, omdat zij de uiteindelijke beslissingen in de zorg nemen. Dat heeft bovendien het voordeel dat er voor de patiënten geen bijkomende financiële risico's gecreëerd worden. Verstrekkers kunnen risico's beter opvangen, omdat zij tot op zekere hoogte risico's kunnen poolen (Ellis and McGuire, 1993). België gaat in vergelijking met de meeste andere landen zeer ver in zijn klemtoon op betaling per prestatie, en de resultaten van ons systeem kunnen waarschijnlijk verbeterd worden door ruimte te creëren voor andere vergoedingsvormen. Er moet geëxperimenteerd worden met beperkte vormen van "pay for quality". In de eerste lijn moeten de mogelijkheden van (gedeeltelijke) financiering per patiënt op basis van een formule die rekening houdt met verschillen in risico's verder worden onderzocht.<sup>16</sup> Het voorschrijfgedrag van de artsen moet worden gecontroleerd en outliers, die geen afdoende verklaring kunnen geven voor hun overdreven aantal voorgeschreven geneesmiddelen, moeten worden gesanctioneerd.<sup>17</sup> Ook bij de ziekenhuizen is een verdere evolutie in de richting

---

<sup>16</sup> Dit systeem wordt nu reeds toegepast voor de wijkgezondheidscentra.

<sup>17</sup> Deze maatregel botst op grote weerstand bij de artsen. Het is blijkbaar gemakkelijker de patiënten te laten betalen voor hun antibiotica of de patiënten financieel te responsabiliseren voor het verbruik van generische geneesmiddelen.

van financiering op basis van het risicoprofiel van hun patiënten onvermijdelijk. De discussie is hier in volle gang en er liggen genuanceerde voorstellen op tafel die duidelijk de richting tonen waarin we zouden kunnen/moeten evolueren (Van de Voorde et al., 2014).

### *3. Organisatie van het aanbod*

De invoering van microeconomische prikkels moet gebeuren vanuit een ruimer macroperspectief. Hoeveel ziekenhuizen hebben we nodig, of: wat is de optimale schaal van een ziekenhuis? Hoe moeten we ervoor zorgen dat bepaalde complexe behandelingen nog slechts binnen een beperkt aantal referentiecentra gebeuren? Wie gaat bepalen welke die referentiecentra zijn en welke criteria moeten daarvoor worden gebruikt? Hoe vermijden we een medische wapenwedloop waardoor er teveel geïnvesteerd wordt in dure hoogtechnologische apparatuur? Vooral ook: hoe zorgen we voor een optimale afstemming tussen ziekenhuiszorg en ambulante zorg? Eenvoudig uitgedrukt, hoe vermijden we dat te veel patiënten te lang in ziekenhuizen verblijven? Hoe integreren we ook de niet-medische actoren in het verhaal? Sociale organisaties kunnen bijvoorbeeld van essentieel belang zijn voor het veranderen van de levensstijl. Hoe stemmen we lange-termijnzorg (ook mantelzorg) en gezondheidszorg op elkaar af? Zoals reeds gezegd, is er behoefte aan onderhandelende samenwerkingsverbanden en aan planning. In een klein land als België met een collectief georganiseerd systeem van ziekteverzekering kan enkel de overheid hiervoor instaan.<sup>18</sup> Tegelijkertijd heeft het overheidsbeleid slechts kans van slagen als het niet botst op grote tegenkanting van de relevante spelers, die elk hun eigen belangen te verdedigen hebben. Het verleden heeft aangetoond hoe moeilijk het voor de overheid is om het aanbod op een efficiënte wijze te organiseren. Hier ligt nochtans de grootste uitdaging.

Nagenoeg iedereen is het erover eens dat de meeste zieken nood hebben aan een geïntegreerde behandeling waarbij uiteenlopende zorgverstrekkers betrokken zijn: de huisarts en ambulante specialisten, thuisverpleging en kinesitherapeuten, bij opname in een ziekenhuis artsen en verplegend personeel van verschillende afdelingen, wanneer er referentiecentra worden opgericht voor gespecialiseerde behandelingen zelfs verschillende ziekenhuizen. Om de samenwerking vlot te laten verlopen moeten er geïntegreerde zorgprogramma's worden opgezet. Veel meer dan in het verleden moet de vergoeding van de verstrekkers zodanig geconcipeerd worden dat deze samenwerking wordt gestimuleerd, eerder dan

---

<sup>18</sup> In een grotere economie zouden er in principe ook verticaal geïntegreerde ondernemingen kunnen ontstaan die verschillende vormen van zorg op een gecoördineerde wijze aanbieden. Maar die moeten dan ook een grote schaal hebben. Zo heeft Kaiser Permanente, het belangrijkste "managed care consortium" in de Verenigde Staten, ongeveer 10 miljoen leden. De interne organisatie van die grote consortia is vanzelfsprekend ook gepland en hangt niet af van interne marktkrachten.

afgeremd. Dit is waarschijnlijk het sterkste argument om het relatieve belang van de betaling per prestatie te verminderen.

Zeer belangrijke en moeilijke vragen kunnen ook gesteld worden bij de prijsvorming van geneesmiddelen. Wanneer een farmaceutisch bedrijf een patent krijgt voor een bepaald geneesmiddel verwerft het daarbij ook onmiddellijk een quasi-monopoliesituatie. Over de prijs van dat geneesmiddel moet dan onderhandeld worden. Dit zijn moeilijke onderhandelingen: de kosten van de farmaceutische bedrijven zitten vooral in hun onderzoeks- en marketingafdeling en de productiekosten van geneesmiddelen zijn vaak nagenoeg te verwaarlozen. Bovendien, zodra een werkzaam geneesmiddel op de markt gebracht wordt, is het zeer moeilijk voor de overheid om terugbetaling van de kosten voor de patiënten te weigeren, vooral wanneer patiëntenorganisaties actief voor terugbetaling lobbyen. Over heel de Westerse wereld wordt nu gezocht naar alternatieve organisatievormen voor het medische onderzoek en voor de onderhandelingen tussen de overheid en de farmaceutische bedrijven. Dit is een zeer dringende uitdaging, maar ze gaat het bestek van deze tekst ver te buiten.<sup>19</sup>

Men kan hopen dat de maatregelen zoals ik die hier heb gesuggereerd kunnen leiden tot een vermindering van de overconsumptie zonder nadelige effecten voor de kwaliteit. Indien er inderdaad effectieve samenwerkingsverbanden tot stand komen, zou de kwaliteit van de zorg zelfs kunnen verbeteren. Tegelijkertijd bestaat er echter geen twijfel over dat de reële keuzevrijheid zal worden ingeperkt. Formeel behouden de patiënten hun keuzevrijheid wanneer er gedifferentieerde financiële prikkels worden ingevoerd, maar hun reële keuzemogelijkheden verminderen wanneer ze meer moeten betalen voor hun uitverkoren alternatief. Formeel behouden de artsen hun keuzevrijheid wanneer gedeeltelijk afgestapt wordt van betaling per prestatie, maar hun reële keuzemogelijkheden verminderen wanneer hun inkomen afhangt van de mate waarin ze zich conformeren naar wat beschouwd wordt als de beste praktijk, of wanneer ze "verplicht" worden om met anderen samen te werken. Formeel blijven de patiënten vrij om naar het ziekenhuis van hun keuze te gaan, maar wanneer er minder ziekenhuizen zijn en sommige behandelingen meer geconcentreerd worden, nemen hun reële keuzemogelijkheden af. We kunnen dan ook verwachten dat de subjectieve tevredenheid zal afnemen. Hier ligt een duidelijke maatschappelijke keuze: meer gezondheid, maar minder tevredenheid.

### **C. Prioriteiten, taboes en uitvluchten**

Zelfs als we alle verspilling uit het systeem zouden kunnen wegwerken – een illusie, zoals we eerder gezien hebben – zullen de uitgaven voor gezondheidszorg

---

<sup>19</sup> Creatieve toekomstscenario's werden ontwikkeld in een gemeenschappelijk rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en het Zorginstituut Nederland – Vandenbroeck et al. (2016).

in de toekomst toch nog blijven stijgen omdat er nieuwe dure behandelingen en geneesmiddelen op de markt zullen blijven komen. De uitdaging bestaat erin om die stijging voor het grootste deel via het collectieve en solidaire systeem van ziekteverzekering te financieren. Indien we daar niet in slagen zullen die nieuwe behandelingen voorbehouden blijven voor de rijkere groepen van de samenleving die zich een dure aanvullende verzekering kunnen veroorloven. We dreigen dan in een geneeskunde met twee sporen te belanden. In een geglobaliseerde wereld zullen pogingen om de aankoop van dure geneesmiddelen te verbieden overigens niet werken. Voldoende kapitaalkrachtige mensen kopen die geneesmiddelen dan wel via Internet – of ze laten zich in het buitenland behandelen.

### *1. De moeilijkheid van taboekeuzes*

Dit betekent natuurlijk niet dat de uitgaven in de gezondheidszorg onbeperkt moeten kunnen stijgen. Gezondheid heeft wel degelijk een prijs. Er moeten keuzes gemaakt worden binnen het overheidsbudget: de middelen die we als gemeenschap inzetten voor gezondheidszorg zijn niet meer beschikbaar voor andere doelstellingen zoals onderwijs, huisvesting en milieu.<sup>20</sup> Nog fundamenteeler is de vraag of de overheidsuitgaven moeten blijven stijgen als daardoor de gezondheid verbetert: hoeveel materiële consumptie willen we opofferen voor een betere gezondheid? In economisch jargon uitgedrukt: we moeten behandelingen slechts terugbetalen als de bereidheid tot betalen ervoor groter is dan de kostprijs ervan. Voor private goederen maakt elke individuele consument die keuze voor zichzelf. De uitdaging voor de gezondheidszorg bestaat erin om deze vraag op een transparante wijze te beantwoorden voor een collectief systeem en daarbij ook rekening te houden met verschillen in koopkracht en met de noodzakelijke solidariteit.

Deze keuze tussen “meer gezondheid” of “meer private consumptie” ligt psychologisch zeer moeilijk (Fiske en Tetlock, 1997; Tetlock, 2003). Gezondheid is een “sacred value”, consumptie is een “vulgar value”. Mensen hebben geen problemen met “routine-keuzes”, d.w.z. keuzes tussen twee alledaagse waarden. Die maken we voortdurend. “Tragische keuzes” tussen twee sacrale waarden zijn veel moeilijker maar blijven aanvaardbaar. Denk aan de helden die moeten kiezen tussen hun vaderland of hun leven. Maar “taboekeuzes” tussen alledaagse en sacrale waarden verstoren ons zelfbeeld en onze sociale identiteit als morele personen. Onze morele verplichtingen tegenover anderen maken het onmogelijk om een eindige monetaire waarde te plakken op hun gezondheid of hun leven. Een leven moeten afwegen tegen een ander is tragisch. Maar een leven afwegen tegen materiële consumptie is shockerend.

---

<sup>20</sup> Onderwijs, huisvesting en milieu zijn overigens van essentieel belang voor de gezondheid, vooral voor de zwakkere groepen in de samenleving.

Empirisch (ook experimenteel) onderzoek heeft aangetoond dat mensen ontsnapingsroutes zoeken als ze met die moeilijke keuzes geconfronteerd worden (Fiske en Tetlock, 1997). We kijken liever een andere richting uit en zijn gemakkelijk te beïnvloeden door retorische rookschermen. We proberen taboekeuzes te herformuleren zodat het routine- of tragische keuzes worden. We schuiven moeilijke beslissingen door naar min of meer besloten expertcommissies die de ethische keuzes in technische termen vertalen. Het moet dan natuurlijk gaan om een commissie, zodat ook de commissieleden hun eigen individuele verantwoordelijkheid kunnen afzwakken.

Het is verhelderend om vanuit dit perspectief te kijken naar verschillende academische en praktische benaderingen van het keuzeprobleem in de gezondheidszorg. Ik begin met de twee meest populaire en coherente denkkaders die door filosofen werden voorgesteld om deze vraag te beantwoorden. Ik zal dan verschillende "oplossingen" beschrijven die in de realiteit worden toegepast.

## *2. Filosofen over prioriteitenstelling: Daniels en Dworkin*

Het eerste denkkader is dat van Norman Daniels. Hij gaat ervan uit dat een algemene filosofische opvatting over rechtvaardigheid (zoals zijn eigen Rawlsiaanse benadering – Daniels, 2008) niet voldoende verfijnd is om te bepalen of een specifieke behandeling moet terugbetaald worden. Redelijke mensen kunnen een verschillende houding aannemen tegenover de moeilijke afwegingen waarmee we in deze context geconfronteerd worden (bv. of relatief kleine gezondheidswinsten voor een zeer grote groep mensen opwegen tegen grote winsten voor een kleine groep), zelfs wanneer ze vertrekken van dezelfde brede principes. Daniels and Sabin (2008) stellen daarom een procedurele benadering voor: "accountability for reasonableness". Deze benadering beschrijft formele voorwaarden waaraan het proces van besluitvorming moet voldoen om tot ethisch aanvaardbare beslissingen te komen. Er moet volledige openheid zijn over de beslissingen en over de onderliggende redenen ervoor (*publicity condition*); er moeten mechanismen worden uitgebouwd waardoor beslissingen in vraag kunnen gesteld worden en herzien in het licht van nieuwe argumenten of nieuwe empirische gegevens (*revision and appeals condition*); het hele proces moet publiek gereguleerd worden om de andere voorwaarden te bewaken (*regulative condition*). Tenslotte is er ook een inhoudelijk criterium: beslissingen moeten berusten op een redelijke verantwoording, d.w.z. een verantwoording die beroep doet op gegevens, argumenten en principes die als relevant beschouwd worden door "fair-minded" mensen (*relevance condition*).

Daniels benadrukt zelf dat "accountability for reasonableness" in de eerste plaats een pragmatische benadering is. Op dit ogenblik worden de beslissingen in praktisch alle landen inderdaad door expertcommissies genomen. Vermits er op dit ogenblik geen consensus bestaat over de ethische principes waarop deze beslissingen

zouden moeten gefundeerd worden, is het belangrijk om tenminste toch een zo transparant en evenwichtig mogelijke procedure uit te werken. Maar tegelijkertijd voegt deze procedurele benadering weinig of niets toe aan het inhoudelijke debat. De "relevantievoorwaarde" is vaag geformuleerd en leest als een cirkelredenering waarin "faire" argumenten gedefinieerd worden als argumenten die gebruikt worden door "fair-minded" mensen. "Accountability for reasonableness" verschuift de keuzeverantwoordelijkheid van individuele burgers naar commissies en procedures. Dit vormt eigenlijk een van de ontwikkelingsstrategieën die in de psychologische literatuur beschreven worden.

Een tweede, meer inhoudelijke benadering, werd voorgesteld door Ronald Dworkin (2000). Hij vertrekt van de vaststelling dat een vrije-marktoplossing voor ziekteverzekering ethisch onaanvaardbaar is. Rijkere mensen zouden zich dan immers een meer genereuze verzekering kunnen aanschaffen en verzekeraars zouden de premies differentiëren op basis van de gezondheidsrisico's. Bovendien zijn vele mensen onvoldoende geïnformeerd over de kosten en de baten van medische behandelingen. Maar beschouw nu eens de hypothetische situatie waarin die problemen zouden zijn opgelost. Hoe zou het gezondheidssysteem eruit zien als mensen zich konden verzekeren voor gezondheidsrisico's op een hypothetische perfecte verzekeringsmarkt in een samenleving met een rechtvaardige verdeling van de rijkdom, waar mensen perfect geïnformeerd zouden zijn over de voor- en nadelen van medische technologie, en waar niemand – ook niet de verzekeringsmaatschappijen – informatie zou hebben over de interpersoonlijke verschillen in gezondheidsrisico's? Deze ideale situatie van 'prudent insurance' bestaat natuurlijk nergens, maar volgens Dworkin moeten we in de reële wereld het systeem nabootsen dat we in die hypothetische situatie zouden verkiezen.

Hoe zou zulk een verzekeringsstelsel er dan uitzien? Volgens Dworkin moet het zeker gaan om een universele en verplichte verzekering, die mensen vergoedt voor courante medische zorg, voor de kosten van noodzakelijke ziekenhuisopnames en voor regelmatige check-ups. Goed geïnformeerde verantwoordelijke mensen zouden zich daarvoor immers verzekeren in de ideale hypothetische situatie. Maar Dworkin suggereert ook dat andere behandelingen vanuit deze optiek wellicht niet in de verzekeringsdekking moeten worden opgenomen. Zouden mensen zich willen verzekeren om in leven gehouden te worden in een persistente vegetatieve toestand? Zouden ze een verzekering nemen, waarvoor ze heel hun leven moeten betalen, om nog enkele weken langer te leven wanneer ze reeds een hoge leeftijd hebben bereikt? En zouden ze een verzekering nemen om een dure behandeling te betalen voor een zeldzame ziekte die ze slechts met een uiterst kleine waarschijnlijkheid kunnen oplopen? Vermits in de hypothetische situatie iedereen akkoord zou kunnen gaan over de omvang van de verzekeringsdekking lijkt het slechts een kwestie van consistentie om die keuze dan ook in de reële wereld door te trekken.

Het mechanisme dat toelaat om die "consensus" te bereiken is ingenieus gevonden. Harde beslissingen rond interpersoonlijke herverdeling en solidariteit worden door Dworkin getransformeerd in een probleem van intrapersoonlijke rationele allocatie, zodat we ons niet langer voor andere mensen moeten verantwoordelijk voelen of empathisch reageren op hun lijden en pijn. Maar hier ligt precies ook de zwakte van de benadering. Neem het voorbeeld van een genetische afwijking die slechts bij een kleine fractie van de bevolking voorkomt en een ongeneeslijke pijnlijke ziekte veroorzaakt. Veronderstel nu dat we een zeer dure behandeling ontdekken die de pijn kan wegnemen en aan die mensen een leven van goede kwaliteit kan bezorgen. Moeten we die behandeling in de collectieve verzekeringsdekking opnemen? In de Dworkin-logica niet als de kosten hoog zijn en het aantal gevallen, d.w.z. de kans om de ziekte te krijgen, zeer klein. Maar het zal niet gemakkelijk zijn om de mensen die met die genetische afwijking geboren zijn hiervan te overtuigen, met als argument dat zij die beslissing fair zouden gevonden hebben in de hypothetische toestand waarin ze zelf nog niet zouden geweten hebben dat zij die genetische afwijking zouden hebben. Mensen laten opdraaien voor hun genetische constitutie is moeilijk te verzoenen met onze basisintuïties over solidariteit. De Dworkin-benadering maakt van de taboekeuze een technische routinekeuze van koele en rationele verzekeringsnemers. Ook dat sluit aan bij de ontsnappingsroutes die door psychologen worden beschreven.

Ik wil hiermee niet insinueren dat de benaderingen van Daniels en Dworkin oninteressant zouden zijn, integendeel. Maar ze illustreren wel hoe moeilijk de vragen rond rantsoenering en prioriteitenstelling in de zorg liggen. En als het al zo moeilijk is voor filosofen, wat dan met gewone mensen? Op welke wijze proberen we in de samenleving greep te krijgen op de vraag naar de optimale omvang van het gezondheidsbudget? Sommige antwoorden zijn onaanvaardbare ontsnappingsroutes, andere tekenen wel de richting uit waarin we zouden moeten evolueren.

### *3. Prioriteitenstelling in de praktijk*

De gemakkelijkste uitweg is om het probleem te ontkennen door te wijzen op de omvang van de verspillingen in de sector. Ik heb reeds benadrukt dat er wel degelijk efficiëntiewinsten mogelijk zijn, maar dat het naïef is om te suggereren dat hiermee de fundamentele vraag kan ontweken worden. De stelling dat alle noden probleemloos binnen het bestaande budget kunnen worden opgevangen getuigt van onvoldoende inzicht in de informatieproblemen waarmee de sector geconfronteerd wordt.

Een tweede mogelijke uitweg, die vaak samen met de eerste wordt gekozen, is om het probleem voor te stellen als een technisch probleem. Het meest populair is de macroeconomische redenering die ervan uitgaat dat er grenzen moeten gesteld worden aan het zogenaamde overheidsbeslag. In een primitieve benadering worden

dan alle overheidsuitgaven enerzijds en alle vormen van overheidsontvangsten anderzijds opgeteld, vaak in de impliciete en niet wetenschappelijk onderbouwde veronderstelling dat hun welvaartseffecten gelijkaardig zijn. Het is hier niet de plaats om dieper in te gaan op de problematiek van overheidstekorten en openbare schuld en op de restricties die door Europa aan de natiestaten worden opgelegd, maar zelfs als we die restricties aanvaarden blijft de vraag: als de globale overheidsuitgaven niet mogen stijgen, waar gaan we dan besparen? Toegepast op de gezondheidszorg, betekent dit dat we de taboekeuze (meer gezondheid of meer private consumptie in de vorm van lagere belastingen of lagere sociale bijdragen) onder ogen zullen moeten zien. Een bijzonder slecht voorbeeld is hier de Belgische discussie over de groeicnorm in de gezondheidszorg. In principe zou zulk een groeicnorm als een nuttig referentiepunt in het debat kunnen functioneren, in de praktijk is dat debat echter ontaard in cijferfetisjisme waarbij de discussie niet ingekaderd wordt in een bredere maatschappelijke vraagstelling. Aanhangers van een hoge groeicnorm zijn slechts geloofwaardig als ze tegelijkertijd ook aanvaarden dat er efficiëntiewinsten kunnen gemaakt worden door een betere organisatie van de gezondheidszorg, aanhangers van een lage groeicnorm zouden moeten uitgenodigd worden om te expliciteren welke verstrekkingen ze in de toekomst wensen door te schuiven naar de aanvullende verzekering. Simplistische verwijzingen naar de wenselijke vermindering van het overheidsbeslag helpen ons echt niet vooruit.

De beslissingen over wat wel en wat niet moet terugbetaald worden, worden in België zoals in andere landen toevertrouwd aan commissies van experts. Dat is ook de enig mogelijke benadering omdat die beslissingen slechts kunnen worden genomen door mensen met voldoende medische kennis. Op dit ogenblik is dat hele besluitvormingsproces echter niet transparant. Burgers weten niet welke beslissingen genomen worden en op basis van welke criteria dat gebeurt. Hierdoor dreigt de indruk te ontstaan dat het gaat om louter technische keuzes. Deze indruk wordt nog versterkt doordat de analysetechnieken ("kosten-effectiviteitsanalyse") die werden ontwikkeld om die commissies te adviseren uitgaan van een restrictief denkkader, waarin de voordelen van de behandeling uitgedrukt worden in termen van de ongewogen som van zogenaamde QALY's ("quality-adjusted life years"). De afweging tussen gezondheid en consumptie wordt hierbij niet gemaakt. Verdelingsoverwegingen en andere ethische vragen kunnen slechts op een ad hoc-wijze en als een vorm van aanhangsel in de discussie aan bod komen.

Het proces van besluitvorming en prioriteitenstelling kan dus op vele punten verbeterd worden. In de eerste plaats moet de transparantie ervan verhogen. De analyse van Daniels en Sabin (2008) kan hierbij inspirerend werken (zie bv. de voorstellen in le Polain et al., 2010). In de tweede plaats zou er meer aandacht moeten zijn voor de onderliggende waardenkeuzes. Empirisch onderzoek naar de opvattingen van de bevolking is vanuit dit perspectief zeer nuttig (Cleemput et al., 2014), maar het gebruik van "gemiddelde" gewichten moet vermeden



worden omdat het onvoldoende recht doet aan de verschillende opvattingen die hierover in de samenleving leven. Ten derde moet de techniek van kosten-effectiviteitsanalyse op een creatieve wijze worden herdacht om meer ruimte te creëren voor ethische overwegingen die verder gaan dan het maximaleren van de totale gezondheid van de bevolking (Schokkaert, 2015).

De belangrijkste beperking van het huidige beslissingskader blijft echter dat er veelal wordt uitgegaan van een vastliggend budget voor gezondheidszorg. Dit wordt gedeeltelijk verklaard door de dominantie van de macroeconomische benadering in het maatschappelijk debat. Even belangrijk echter is het verlangen om taboekeuzes te vermijden. Zeker in de medische sector bestaat er een diepgewortelde aversie tegen elke poging om gezondheid en private consumptie tegen elkaar af te wegen. Vergelijk de volgende twee vragen. Moeten we de dure behandelingen voor ouderen afbouwen zodat er ruimte ontstaat voor de behandeling van jongeren? En: moeten we de dure behandelingen voor ouderen afbouwen zodat jongeren meer middelen overhouden om dure reizen te maken? Het eerste is een "tragische" keuze, het tweede is een "taboe"-keuze. We voelen ons ongemakkelijk bij de eerste vraag, maar nog veel meer ongemakkelijk bij de tweede. Dat is nochtans de meest fundamentele wanneer we willen nadenken over de optimale omvang van het budget voor gezondheidszorg en het is zeer misleidend om die vraag niet te stellen.

Zoals gezegd kunnen we ervan uitgaan dat de gemiddelde bereidheid tot betalen voor gezondheid(szorg) in een rijker wordende samenleving zal stijgen. Dit betekent dat het vanuit welvaartsstandpunt optimaal is dat het aandeel van de gezondheidsuitgaven in het Bruto Binnenlands Product toeneemt. De uitdaging bestaat erin om dit te vertalen in een bereidheid tot betalen voor een universeel systeem van ziekteverzekering. Verhogen van de efficiëntie van dat systeem en verbetering van de transparantie van het proces van prioriteitenstelling zijn daarbij essentieel. De bevolking zal slechts bereid zijn te betalen als ze het gevoel heeft waar voor haar geld te krijgen.

Maar de uitdaging is groter. De bevolking moet er correct over geïnformeerd worden dat de ziekteverzekering een verzekering is en dat de alternatieven in de private sector niet noodzakelijk beter zijn. Ze moet ook correct geïnformeerd worden over de uitdaging van de solidariteit. De bereidheid tot betalen voor een collectieve ziekteverzekering vereist een bereidheid tot solidariteit. Wanneer het collectieve systeem wordt afgebouwd, zullen de private uitgaven voor gezondheidszorg sterk stijgen en die verschuiving voert ons naar een maatschappij waar de nu reeds grote ongelijkheden in gezondheid nog zullen toenemen. Is dat de maatschappij die we wensen?

## IV. Besluit en aanbevelingen

Als we op een adequate wijze op de uitdagingen in de gezondheidszorg willen reageren, moeten we in de eerste plaats verder durven denken dan de gebruikelijke clichés. We kunnen al beginnen met het feit te aanvaarden dat we niet het beste systeem van de wereld hebben. Een adequate analyse vereist dat we ons ervan bewust zijn dat hervormingen in de gezondheidssector moeilijk zijn en alle hun voor- en nadelen hebben: in elk geval zal het noodzakelijk zijn de keuzevrijheid van burgers en verstrekkers in te perken. We zullen de bevolking slechts kunnen overtuigen van de noodzaak van die hervormingen als ze zich realiseert dat daardoor uiteindelijk de kwaliteit van de zorg zal toenemen. Gemakkelijke morele verontwaardiging over de verspillingen helpt ons niet vooruit. Zoals ook simpele ideologische stellingnamen (voor of tegen de markt) ons niet vooruit helpen. We moeten onder ogen zien dat er nu reeds veel marktwerking in het Belgische systeem aanwezig is. Het is tenslotte gewoonweg onjuist om te stellen dat er geen economische ruimte is voor een verhoging van het budget van de gezondheidszorg. Uitgaan van dit a priori maakt het onmogelijk het echte debat te voeren over de grenzen van de solidariteit en de afweging van private consumptie en gezondheid.

Tegen deze achtergrond kunnen algemene beleidsaanbevelingen worden geformuleerd:

1. Er moet meer goede en voor de burgers gemakkelijk toegankelijke informatie komen over de kwaliteit van zorgverstrekkers en ziekenhuizen.
2. Patiënten kunnen op een gerichte wijze financieel geresponsabiliseerd worden, maar enkel voor beslissingen die ze zelf controleren.
3. Er moet gewerkt worden aan een herschikking van het zorglandschap met een duidelijke taakverdeling tussen ziekenhuizen en een betere afstemming van ambulante en ziekenhuiszorg. Het vergoedingssysteem van de verstrekkers moet worden herdacht om die onderlinge samenwerking te stimuleren. Dit betekent dat het relatieve belang van de betaling per prestatie moet verminderen.
4. Er moeten alternatieven ontwikkeld worden voor het huidige systeem van prijszetting van geneesmiddelen.
5. Beslissingen over de terugbetaling van behandelingen en geneesmiddelen moeten op een meer transparante wijze aan de bevolking worden gecommuniceerd.
6. Het debat over de besparingen in het overheidsbudget moet ruimte bieden voor een gedifferentieerde kijk op de welvaartseffecten van verschillende vormen van sociale bijdragen en overheidsuitgaven. Er moet een open debat gevoerd worden over de relatieve waarde van gezondheid en consumptie in een rijker wordende samenleving.
7. Bereidheid tot betalen veronderstelt ook bereidheid tot solidariteit.

Alle specifieke maatregelen die genomen worden om die algemene beleidslijnen verder op te vullen moeten zorgvuldig en zonder ideologische vooringenomenheid op hun voor- en nadelen worden onderzocht. Het succes (of de mislukking) van een bepaalde maatregel kan inderdaad afhangen van op het eerste gezicht onbelangrijke designkenmerken. Bij dit alles mag echter niet de indruk gewekt worden dat het gaat om louter technische problemen. De organisatie van ons gezondheidssysteem in het licht van de toenemende wetenschappelijk-technische kennis is een van de grootste uitdagingen waar we als samenleving mee geconfronteerd worden. We moeten een goed evenwicht vinden tussen individuele verantwoordelijkheid en maatschappelijke solidariteit. Het bewaren van die solidariteit is wellicht de grootste uitdaging in een samenleving die steeds individualistischer lijkt te worden. Als we de bereidheid tot solidariteit niet kunnen bewaren in dit domein, waar het gaat om lijden, pijn en dood, waar dan wel?

## Bibliografie

- Annemans, L. 2014. *De prijs van uw gezondheid*. Tielt: Lannoo Campus.
- Aron-Dine, A., L. Einav en A. Finkelstein. 2013. The RAND Health Insurance Experiment, three decades later. *Journal of Economic Perspectives* 27, no. 1: 197-222.
- Arrow, K. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53, no. 5: 941-73.
- Assuralia. 2015. *De nationale uitgaven in de gezondheidszorg*. Brussel: Assuralia (Assurinfo No. 16).
- Avalosse, H. en C. Léonard. 2005. Effets du vieillissement de la population sur l'évolution des dépenses de santé. Un essai de clarification. *Les finances publiques: défis à moyen et long termes.*, 343-78. 16eme Congres des Economistes belges de Langue Française: CIFop, Charleroi.
- Chandra, A. en J. Skinner. 2012. Technology growth and expenditure growth in health care. *Journal of Economic Literature* 50, no. 3: 645-80.
- Chernew, M., A. Rosen en M. Fendrick. 2007. Value-based insurance design. *Health Affairs*, no. 30 January 2007: w195-w203.
- Christelijke Mutualiteiten. 2015. *Elfde CM-ziekenhuisbarometer*. CM.
- Cleemput, I. et al. 2012. *Principles and criteria for the level of patient cost-sharing: reflections on value-based insurance*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), KCE Report 186B.
- Cleemput, I. et al. 2014. *Incorporating societal preferences in reimbursement decisions*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), KCE Report 234.
- Cockx, B. en C. Brasseur. 2003. The demand for physician services. Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics* 22: 881-913.
- Companje, K., R. Hendriks, K. Veraghtert en B. Widdershoven. 2009. *Two centuries of solidarity. German, Belgian and Dutch social health insurance 1770-2008*. Amsterdam: Aksant.
- Costa-Font, J. en V. Zigante. 2016. The choice agenda in European health systems: the role of middle-class demands. *Public Money and Management* 36, no. 6: 409-16.
- Daniels, N. 2008. *Just health. Meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, N. en J. Sabin. 2008. *Setting limits fairly: learning to share resources for health (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Dworkin, R. 2000. *Sovereign virtue*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Ellis, R. en T. McGuire. 1993. Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *Journal of Economic Perspectives* 7, no. 4: 135-51.
- Eurobarometer. 2014. *Patient safety and quality of care*. Special Eurobarometer 411/ Wave EB80.2.
- Fiske, A. en P. Tetlock. 1997. Taboo trade-offs: reactions to transactions that transgress the spheres of justice. *Political Psychology* 18, no. 2: 255-97.
- Gaynor, M. 2006. *What do we know about competition and quality in health care markets?* NBER: Working Paper 12301.
- Gaynor, M., K. Ho en R. Town. 2015. The industrial organization of health-care markets. *Journal of Economic Literature* 53, no. 2: 235-84.
- Gaynor, M., R. Moreno-Serra en C. Propper. 2013. Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service. *American Economic Journal: Economic Policy* 5, no. 4: 134-66.
- Gaynor, M., C. Propper en S. Seiler. 2016. Free to choose? Reform, choice and consideration sets in the English National Health Service. *American Economic Review* 106I, no. 11: 3521-57.
- Hall, R. en C. Jones. 2007. The value of life and the rise in health spending. *Quarterly Journal of Economics* 112: 39-72.
- le Polain, M., M. Franken, M. Koopmanschap en I. Cleemput. 2010. *Drug reimbursement systems: international comparison and policy recommendations*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), KCE Report 147.
- Manning, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz en M. Marquis. 1987. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review* 77, no. 3: 251-77.
- Paulus, D., K. Van den Heede en R. Mertens. 2012. *Position Paper: Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), KCE Report 190.
- Propper, C., S. Burgess en D. Gossage. 2008. Competition and quality: evidence from the NHS internal market 1991-9. *Economic Journal* 118: 138-70.
- Schlesinger, M. en B. Gray. 2006. How nonprofits matter in American medicine, and what to do about it. *Health Affairs*, Web Exclusive: W287-W303.
- Schokkaert, E. 2015. How to introduce more (or better) ethical arguments in HTA? *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 31, no. 3: 1-2.
- Schokkaert, E. en F. Spinnewyn. 1995. Fundamenten van sociale zekerheid: solidariteit en verzekering, overheid en markten. *De sociale zekerheid verzekerd?* eds. M. Despontin, and M. Jegers, 223-68. Brussel: VUBPress.
- Schokkaert, E. en C. Van de Voorde. 2003. Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system. *Health Policy* 65: 5-19.

- Schokkaert, E. en C. Van de Voorde. 2015. Equité du système de santé belge. *Revue Française D'Economie* 29, no. 4: 129-72.
- Schokkaert, E. et al. 2010. *Socio-economische verschillen in overgewicht*. KU Leuven: Metaforum Visietekst No. 3.
- Schokkaert, E. et al. 2016. *De mondige patient*. Leuven: Lannoo Campus/ Metaforum KU Leuven.
- Stordeur, S., et al. 2014. *Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker*. Brussel: KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), KCE Rapport 219.
- Tetlock, P. 2003. Thinking the unthinkable: sacred values and taboo cognitions. *Trends in Cognitive Sciences* 7, no. 7: 320-324.
- van de Ven, W., et al. 2013. Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy* 109: 226-45.
- Van de Voorde, C., et al. 2014. *Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), KCE Reports 229.
- Van de Voorde, C., E. Van Doorslaer en E. Schokkaert. 2001. Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *Health Economics* 10: 457-71.
- Vandenbroeck, P., Raeymakers, P., Wickert, R., Becher, K., Goossens, J., Hulstaert, F., Cleemput, I., de Heij, L. and Mertens, R. (2016) *Toekomstscenario's voor de ontwikkeling en prijszetting van geneesmiddelen*, Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Van den Heede, K. et al. 2016. *Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), KCE Reports 263.
- Vrijens, F., et al. 2015. *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Rapport 2015*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), KCE Reports 259.
- Willeme, P. en M. Dumont. 2015. Machines that go 'ping': medical technology and health expenditures in OECD countries. *Health Economics* 24, no. 1027-1041.
- Willeme, P. en M. Dumont. 2016. Machines that go 'ping': medical technology and health expenditures in OECD countries - corrigendum. *Health Economics* 25, no. 387-388.
- Zweifel, P., S. Felder en M. Meiers. 1999. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics* 8: 485-96.

## Over de auteur

Erik Schokkaert is als gewoon hoogleraar verbonden aan het Departement Economie van de KULeuven en was in het verleden onderzoeksdirecteur van CORE en gastprofessor aan de London School of Economics, de Université catholique de Louvain, Universidad ICESI (Cali, Colombia) en de Universiteit Antwerpen. Hij is voorzitter van de stuurgroep van Metaforum, de interdisciplinaire denktank van de K.U.Leuven. Hij is lid van de Koninklijke Vlaamse Academie van België voor Wetenschappen en Kunsten. In 2005 was hij titularis van de Francqui-Leerstoel aan de Universiteit van Antwerpen.

In zijn publicaties probeert hij een denkkader te ontwikkelen om beleidsmaatregelen te evalueren (vooral in het domein van gezondheidszorg en sociale zekerheid) in het licht van verschillende opvattingen over rechtvaardigheid en over de inhoud van het begrip "sociale welvaart". Speciale aandacht gaat daarbij naar de meting van het individuele welzijn en naar de definitie van de grenzen van de eigen verantwoordelijkheid.

Hij is chieff editor van *Economics and Philosophy*. Samen met Wulf Gaertner schreef hij een boek over *Empirical Social Choice: Questionnaire-Experimental Studies on Distributive Justice* (Cambridge University Press, 2012).

Hij is als expert opgetreden in verschillende (Belgische en Nederlandse) adviescommissies voor de beoordeling van beleidsmaatregelen in het domein van de gezondheidszorg en hij maakt deel uit van de Academische Raad voor de Pensioenhervorming.

## RECENTE STANDPUNTEN (vanaf 2013)

20. Jan Velaers – *Federalisme/confederalisme, en de weg er naar toe...*, KVAB/Klasse Menswetenschappen, 2013.
21. Karel Velle – *Archieven, de politiek en de burger*, KVAB/Klasse Menswetenschappen, 2013.
22. Etienne Aernoudt, Dirk Fransaer, Egbert Lox, Karel Van Acker – *Dreigende metaalschaarste? Innovaties en acties op weg naar een circulaire economie*, KVAB/Klasse Technische wetenschappen, 2014.
23. Roger Marijnissen, Francis Strauven – *Voor een verantwoord beheer van ons kunstpatrimonium*, KVAB/Klasse Kunsten, 2014.
24. Jan Eeckhout, Joep Konings – *Jeugdwerkloosheid*, Denkersprogramma Klasse Menswetenschappen, 2014.
25. Pascal Verdonck e.a. – *Medische Technologie, als motor voor innovatieve gezondheidszorg*, KVAB/Klasse Technische wetenschappen, 2014.
26. Charles Hirsch, Erik Tambuyzer e.a. – *Innovatief ondernemerschap via spin-offs van kenniscentra*, KVAB/Klassen Natuurwetenschappen en Technische wetenschappen, 2014.
27. Giovanni Samaey, Jacques Van Remortel e.a. – *Informaticawetenschappen in het leerplichtonderwijs*, KVAB/Klasse Technische wetenschappen en Jonge Academie, 2014.
28. Paul Van Rompuy – *Leidt fiscale autonomie van deelgebieden in een federale staat tot budgettaire discipline?* KVAB/Klasse Menswetenschappen, 2014.
29. Luc Bonte, Paul Verstraeten e.a. – *Maatschappelijk verantwoord ondernemen. Meedoen omdat het moet, of echt engagement?* KVAB/Klasse Technische wetenschappen, 2014.
30. Piet Van Avermaet, Stef Slembrouck, Anne-Marie Simon-Vandenbergen – *Talige diversiteit in het Vlaams onderwijs: problematiek en oplossingen*, KVAB/Klasse Menswetenschappen, 2015.
31. Jo Tollebeek – *Metamorfoses van het Europese historisch besef, 1800-2000*, KVAB/Klasse Menswetenschappen, 2015.
32. Charles Hirsch, Erik Tambuyzer e.a. – *Innovative Entrepreneurship via Spin-offs of Knowledge Centers*, KVAB/Klassen Natuurwetenschappen en Technische wetenschappen, 2015.
33. Georges Van der Perre en Jan Van Campenhout (eds.) – *Higher education in the digital era. A thinking exercise in Flanders*, Denkersprogramma KVAB/Klasse Technische wetenschappen, 2015.
34. Georges Van der Perre, Jan Van Campenhout e.a. – *Hoger onderwijs voor de digitale eeuw*, KVAB/Klasse Technische wetenschappen, 2015.
35. Hugo Hens e.a. – *Energiezuinig (ver)bouwen: geen rechttoe rechtaan verhaal*, KVAB/Klasse Technische wetenschappen, 2015.
36. Marnix Van Damme – *Financiële vorming*, KVAB/Klasse Menswetenschappen, 2015.
37. Els Witte – *Het debat rond de federale culturele en wetenschappelijke instellingen (2010-2015)*, KVAB/Klasse Menswetenschappen, 2015.
38. Irina Veretennicoff, Joos Vandewalle e.a. – *De STEM-leerkracht*, KVAB/Klasse Natuurwetenschappen en Klasse Technische wetenschappen, 2015.
39. Johan Martens e.a. – *De chemische weg naar een CO<sub>2</sub>-neutrale wereld*, KVAB/Klasse Natuurwetenschappen, 2015.
40. Herman De Dijn, Irina Veretennicoff, Dominique Willems e.a. – *Het professoraat anno 2016*, KVAB/Klasse Natuurwetenschappen, Klasse Menswetenschappen, Klasse Kunsten en Klasse Technische wetenschappen, 2016.
41. Anne-Mie Van Kerckhoven, Francis Strauven – *Een bloementapijt voor Antwerpen*, KVAB/Klasse Kunsten, 2016.
42. Erik Mathijs, Willy Verstraete e.a., *Vlaanderen wijs met water: waterbeleid in transitie*, KVAB/Klasse Technische wetenschappen, 2016.

De volledige lijst met standpunten en alle pdf's kunnen worden geraadpleegd op [www.kvab.be/standpunten](http://www.kvab.be/standpunten)



# DE GEZONDHEIDSZORG IN EVOLUTIE: UITDAGINGEN EN KEUZES

België heeft niet het beste gezondheidszorgsysteem van de wereld. De grote subjectieve tevredenheid van de bevolking heeft vooral te maken met de grote keuzevrijheid. Ondanks de beleden aversie tegen marktwerking in de zorg, is er nu reeds veel competitie. Het wegwerken van verspillingen zal niet zo gemakkelijk gaan als soms wordt verondersteld. De groei van de uitgaven wordt niet in de eerste plaats verklaard door de verspilling of de vergrijzing, maar wel door de technisch-wetenschappelijke evolutie.

Een correcter beeld van de realiteit maakt het mogelijk om op een andere wijze over mogelijke beleidskeuzes na te denken. Er moet meer voor de burgers toegankelijke informatie komen over de kwaliteit van zorgverstrekkers en ziekenhuizen. Er moet gewerkt worden aan een duidelijke taakverdeling tussen ziekenhuizen en een betere afstemming van ambulante en ziekenhuiszorg. Het relatieve belang van de betaling per prestatie moet verminderen om de samenwerking tussen zorgverstrekkers te stimuleren. De uitgaven voor gezondheidszorg mogen stijgen. Er moet een open debat gevoerd worden over de relatieve waarde van gezondheid en consumptie in een rijker wordende samenleving en over de bereidheid tot solidariteit.

De reeks Standpunten van de Academie is een bijdrage tot het wetenschappelijk onderbouwd debat over actuele maatschappelijke en artistieke thema's. De auteurs, leden en werkgroepen van de Academie schrijven in eigen naam, onafhankelijk en met volledige intellectuele vrijheid. De goedkeuring voor publicatie door een of meerdere Klassen van de Academie waarborgt de kwaliteit van de gepubliceerde studies.