

Ziek in verschillende bedjes?

Over de institutionele inbedding van de gezondheidszorg

Mark Elchardus, Guy Peeters & Ivan Van Der Meeren

Landsbond van socialistische mutualiteiten

De Schrikkelnota was het startschot voor een nieuwe, emotionele 'splittingsdiscussie'. In de gezondheidssector is een splitsing niet de simpele oplossing voor de knelpunten. Het 'probleem Brussel' blijft immers bestaan. En wat meer is: de fundamentele uitgangspunten van een solidaire gezondheidszorg worden over het hoofd gezien.

In de herfst van '96 begon de Commissie voor Staatshervorming van het Vlaams Parlement aan een reeks hoorzittingen over het gezondheidsbeleid. Die hoorzittingen lagen in het verlengde van de *Discussienota voor een verdere staatshervorming* van minister-president Luc Van den Brande, gemeenzaam bekend als de *Schrikkelnota*. De commissie nodigde een aantal getuigen uit en legde hen de volgende vragen voor: (1) welke knelpunten ondervindt u door de huidige bevoegdheidsverdeling? (2) Welke meerwaarde voor de patiënt kan een geregionaliseerde gezondheidszorg voor uw sector opleveren? Kan een geregionaliseerde gezondheidszorg gecombineerd worden met een federale financieringsstructuur? Zo ja, onder welke voorwaarden of binnen welk noodzakelijk af te spreken kader? (3) Op welk niveau worden de akkoorden en overeenkomsten betreffende de tarieven, prijzen en terugbetalingsvoorwaarden best afgesloten: federaal of regionaal, of indien eventueel gedeeltelijk federaal en gedeeltelijk regionaal, voor welke sectoren en op welk niveau? (4) Waar moet het aanbod, de programmatie en de erkenning van hoogtechnologische zorg en het epidemiologische onderzoek zich situeren, federaal of regionaal? (5) Welke oplossing ziet men voor Brussel:

subnationaliteit, defederaliseren naar de drie gewesten of defederaliseren naar twee gemeenschappen met eigen keuze voor de Brusselaars?

Die vragen geven de indruk uit te gaan van een onvermijdelijke defederalisering van het gezondheidsbeleid, dat wil zeggen, van een overheveling naar de gemeenschappen en/of gewesten van de bevoegdheden die nu op het federale niveau zijn gesitueerd. Als men ze vluchtig leest, lijken het neutrale vragen, technisch zelfs, maar in feite nodigen zij de getuigen uit zich uit te spreken over een mogelijke organisatie van een gedefederaliseerde gezondheidszorg, zonder zich daarbij nog echt af te vragen of zo'n ontwikkeling ook wenselijk is. Daarom hebben de vragen van de Commissie voor Staatshervorming binnen de landsbond van de socialistische mutualiteiten de aan de gang zijnde discussie over de institutionele inbedding van de gezondheidszorg aanzegwengeld en versneld. Die discussie gaat vooral over de volgende vragen: (1) In het licht van welke waarden en criteria oordelen we over de wenselijkheid van een regionalisering of communautarisering van gezondheidszorg? (2) Welke richtlijnen geven die waarden en criteria ons voor de nabije toekomst? (3) Hoe kunnen dan de concrete knelpunten in de huidige be-

voegdheidsverdeling worden aangepakt? Het lijkt ons nuttig via *Samenleving en politiek* met de stand van die discussie naar buiten te treden, niet onder de vorm van een te nemen of te laten standpunt, maar als een uitnodiging tot gedachtenwisseling. Ter linkerzijde moeten de verschillende aspecten van het gezondheidsbeleid dringend het onderwerp van een grondig debat worden. De tekst die volgt diende ook als leidraad voor de getuigenis van de landsbond voor de Commissie Staatshervorming van het Vlaams Parlement.

Over uitgangspunten en criteria

Institutionele hervormingen kunnen geen doel op zich zijn. Zij moeten worden beoordeeld op de mate waarin zij bijdragen tot essentiële doelstellingen, zoals het vergroten van de toegang tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Dat doel wordt zeker niet gediend door een afbraak van de solidariteit, integendeel. Het impliceert, nu nog meer dan in het recente verleden, dat de solidariteit die in onze ziekteverzekering is ingebouwd, wordt verdedigd en versterkt.

Dat doel kan vandaag niet worden nagestreefd zonder tegelijkertijd een zo doeltreffend en efficiënt mogelijk gezondheidsbeleid en een strakke kostenbeheersing te betrachten. Als de doelmatigheid van de gezondheidszorg niet wordt opgedreven - als we niet leren beter te doen met dezelfde middelen of even goed met minder middelen - zal verder de weg van de rantsoenering worden bewandeld, wat onvermijdelijk zal uitmonden in het versmallen van de toegang tot degelijke zorg. Als dat gebeurt, zal het geschieden ten nadele van de mensen die niet tot de sociaal-economisch bevoorrechte groepen behoren. Daarom gaan solidariteit en efficiëntie vandaag hand in hand.

Die doelen moeten daarenboven met kennis van zaken worden nagestreefd. We mogen niet uit het oog verliezen dat de ziekteverzekering in België, niettegenstaande een aantal aanwijsbare mankementen, één van de beter presterende is in Europa en daarbuiten. De relatieve kwaliteit van de gezondheidszorg in landen met een vergelijkbaar peil van economische ontwikkeling is moeilijk te evalueren, maar indicatoren als de

kindersterfte en de levensverwachting laten zien dat België zich gunstig situeert ten opzichte van de andere OESO-landen. Dat resultaat wordt behaald met een investering in gezondheidszorgen die gelijk is aan 8,2% van het BBP in 1992 en 8% in 1995. Het gemiddelde voor alle OESO-landen is 8,4% in 1992. In Nederland loopt het in 1995 op tot 8,8% in Frankrijk tot 9,9% en in de Verenigde Staten ontspoort het met een angstaanjagende 14,5% [1]. Samen met andere landen waar een belangrijk deel van de kosten van de gezondheidszorg via sociale bijdragen of via de overheid loopt, wist België vanaf 1980 een kostenexplosie in de gezondheidszorg te vermijden. In de loop van de jaren tachtig is de efficiëntiekloof tussen de VS en de Europese OESO-landen duidelijk zichtbaar geworden. De Europese OESO-landen hebben hun gezondheidskosten tussen 1980 en 1992 zien toenemen van 7,1 tot 8,0% van het BBP, terwijl deze in de VS stegen van 9,2 tot 14,0% [2]. De administratiekosten van de sector geneeskundige verzorging liggen in België bij de 5% van de totale uitgaven. Zelfs als men dit beschouwt als een onderschatting (omdat een deel van de administratiekosten door overheidsdiensten worden gedragen) is ook dit uitermate efficiënt vergeleken met de 15% van de Amerikaanse privé-verzekeraars, de 20 à 30% van de leidinggevende Amerikaanse managed-care organisaties of de 28% van de arbeidsongevallenverzekering aldaar [3]. Volgens een artikel van Winslow in de *Wall Street Journal* van 6 september 1994 werd van elke dollar die in 1994 in de VS voor gezondheid werd uitgegeven slechts 70 cents gebruikt voor eigenlijke gezondheidszorgen. De overige 30 cents gingen naar administratiekosten en winsten van de verzekeringsinstellingen en de organisaties die zich op de gezondheidszorg hebben geënt.

We herinneren even aan die statistieken, niet om de gebreken van het bestaande stelsel te verdoezelen of om gelatenheid te prediken, wel om duidelijk te maken waarom de landsbond van socialistische mutualiteiten, die sinds jaar en dag vertrouwd is met het beheer en het toepassen van de ziekteverzekering, de goede kanten van ons systeem niet wil laten teloorgaan. Hervormen om te hervormen heeft geen zin, zeker niet als

de hervormingsplannen zijn ingegeven door theoretische economische beschouwingen die een toetsing aan de werkelijkheid dikwijls niet doorstaan. Henry Aron van het Brookings Instituut formuleert dat brutaler: "als econoom ga ik niet proberen de uitspraken van de ene of andere van mijn collega's over de gezondheidszorg te verdedigen... over dat onderwerp wordt door vertegenwoordigers van verschillende disciplines zo veel onzin verkondigd dat het overbodig is hen belachelijk te maken" [4]. Hervormingsplannen moeten daarom niet alleen zorgvuldig worden beoordeeld op de bijdrage die zij kunnen leveren aan solidariteit, doelmatigheid, efficiëntie en verantwoordelijkheid binnen de gezondheidszorg; zij moeten daarenboven ook streng worden getoetst op hun empirische pertinentie en aan een door ervaring gevormd oordeelsvermogen.

Solidariteit en de voordelen van schaal

Vanuit een sociaal-democratische visie willen we de solidariteit liefst op een zo hoog mogelijk niveau situeren. Het streven naar solidariteit verbindt ons in principe met de gehele wereld. Dat streven kan in het geval van solidariteit in de gezondheidszorg niet worden beperkt door particuliere gevoelens van samenhang. Gezondheid is immers een basis van handelingsbekwaamheid en dient derhalve als een basisrecht te worden benaderd. In verband met dergelijke rechten kan solidariteit niet worden beperkt in naam van particuliere gevoelens van samenhang of identiteit die steunen op taal, etnie of natie. Het daadwerkelijk waarmaken van die solidariteit moet natuurlijk wel gekoppeld zijn aan een democratische controle over de voorwaarden die tot doeltreffend en efficiënt gedrag aanzetten en veronderstelt derhalve een overheid die burgers verbindt in rechten en plichten.

Het concrete politieke project dat vandaag vorm geeft aan dat streven, is de bouw van een politiek en sociaal Europa. Het is duidelijk dat wij ons vanuit dat engagement moeten verzetten tegen een 'devolutie' of particularisering van de schaal van de solidariteit binnen de gezondheidszorg. De solidariteit die in de gezondheidszorg georganiseerd is op federaal of Belgisch niveau, mag niet worden afgebouwd en vervangen door

een solidariteit op een lager, regionaal niveau. De huidige organisatie van de ziekteverzekering op federaal niveau laat toe dat er in de verschillende landsgedeelten een evenwaardig en volwaardig aanbod aan zorgen voorhanden is.

Concreet betekent dit dat de wetgeving inzake ziekte en invaliditeit gelijk moet blijven voor alle Belgen. Het vaststellen van het budget voor de gezondheidszorg, de inning van de middelen, de algemene regelgeving van de ziekteverzekering, moeten integrale federale bevoegdheden blijven.

Dat standpunt, dat voortvloeit uit de gehuldigde uitgangspunten, wordt ook bevestigd door het gezond verstand. Het is redelijk de risico's op ziekte, ongeval en invaliditeit te spreiden over zoveel mogelijk personen. Het is onredelijk het aantal personen waarover de risico's worden gespreid, te verkleinen. Zoals andere verzekeringen wordt ook de verzekering voor geneeskundige zorgen het meest doelmatig gefinancierd op basis van een zo breed mogelijk draagvlak. Slechte risico's (lage inkomensgroepen, chronisch zieken, ouderen) zijn immers het best verzekeraar wanneer er een maximale integratie gebeurt met goede risico's (hoge inkomensgroepen, gezonden, jongeren). Deze, zo breed mogelijke risicospreiding moet zowel tussen personen, inkomensgroepen als geografische entiteiten worden nagestreefd. Dat principe geldt des te meer voor de gezondheidszorg omdat de kosten van die zorg zeer ongelijk verdeeld zijn. Van de 136 miljard die de Belgen in 1996 uit eigen zak betaalden voor gezondheidszorgen (25% van de totale kosten), werd ongeveer de helft gedragen door 10% van de bevolking. Internationaal onderzoek toont aan dat zowat één vijfde van de uitgaven voor gezondheidszorg gaat naar mensen in hun laatste levensjaar; het gros van de kosten vallen in de laatste levensmaanden [5]. In Zweden zijn 10% van de gebruikers verantwoordelijk voor 78% van de gebruikte geneesmiddelen [6]. In de VS zorgt 1% van de consumenten voor 30% van de medische consumptie en 10% voor 72% [7]. Dit betekent dat de verleiding van risicoselectie bijzonder groot is. Een verzekering die erin slaagt jonge en hoog opgeleide verzekerden te hebben, kan enorme winsten maken en via concurrentie

een situatie scheppen waarin mensen met een hoog risico op ziekte nog moeilijk een betaalbare verzekering kunnen afsluiten. De vraag bestaat de stelsels te splitsen volgens geografische of etnische lijnen roept daarom steeds het onbehaaglijke vermoeden op dat de daartoe aangevoerde argumenten slechts een rationalisatie zijn voor risicoselectie en groepsegoïsme.

Kiezen voor maximale solidariteit impliceert kiezen voor het behoud van de bestaande federale solidariteit [8]. Het verzamelen en verdelen van de middelen van een dergelijke ziekteverzekering, blijft ons inziens het best gesitueerd binnen de mechanismen van de sociale zekerheid. Ook een fiscalisering van de ziekteverzekering - een vraag die soms wordt gekoppeld aan de eis tot communautarisering - lijkt ons om verschillende redenen overbodig en onwenselijk. Zolang er geen volstrekte duidelijkheid komt over de wijze waarop de zelfstandigen kunnen worden geïntegreerd in de bestaande algemene regeling van de werknemers, kunnen de gevolgen van een fiscalisering moeilijk worden ingeschat. Het verschil tussen de statuten van werknemers en zelfstandigen is daarenboven verantwoord omdat de zelfstandigen minder sociale bijdragen betalen en bovendien geen vragende partij zijn voor een ander statuut. We mogen ook niet uit het oog verliezen dat het medebeheer van de sociale partners in de sociale zekerheid meer garanties biedt voor het behoud van het maatschappelijk draagvlak van een solidaire gezondheidszorg. Een fiscalisering van de zorgmiddelen plaatst deze sector in directe politieke concurrentie met de andere overheidsuitgaven. Internationaal vergelijkend onderzoek toont aan dat de verzorgingsstaat het snelst en meest ingrijpend werd ontmanteld in die landen waar hij het meest op fiscaliteit, het minst op sociale bijdragen steunde [9]. Het pleidooi voor fiscalisering verantwoordt zich dikwijls met het argument dat op die manier de gehele bevolking wordt verzekerd. In het geval van België snijdt dat argument echter geen hout vermits het huidige stelsel er ook in slaagt nagenoeg de volledige bevolking te verzekeren. Dat gebeurt aan de hand van de door de wet toegekende vrijstellingen op de "bijdrageplicht" voor lagere inkomensgroepen. De resterende

mankementen die zich op dat vlak nog voordoen, kunnen daarenboven zonder een fiscalisering van het stelsel worden opgelost.

Knelpunten in het huidige gezondheidsbeleid

Door te kiezen voor het behoud van de solidariteit en de schaalvoordelen op federaal niveau, wordt nog niets gezegd over de wijze waarop de bevoegdheden voor de gezondheidszorg verder over het federale niveau en dat van de gemeenschappen en gewesten kan worden verdeeld. De huidige bevoegdheidsverdeling leidt inderdaad tot een reeks moeilijkheden die zo snel mogelijk dienen te worden weggewerkt.

De verschillende bevoegdheidsniveaus hebben sinds de staatshervorming eigen initiatieven ontwikkeld, die in heel wat gevallen met elkaar in botsing komen en de beleidsdoeltreffendheid aantasten. Ten gevolge daarvan is er momenteel weinig samenhang in het gezondheidsbeleid en het gezondheidszorgbeleid. Veel bevoegdheden zijn versnipperd, niet alleen tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus, maar ook op een zelfde bevoegdheidsniveau. Zo is er bijvoorbeeld te weinig samenhang tussen de Federale bevoegdheden Volksgezondheid en de even Federale bevoegdheid Sociale Zaken, onder meer met betrekking tot het ziekenhuisbeleid en de kwaliteitsbewaking. Op het gemeenschapsniveau is er te weinig samenhang met betrekking tot de intramurale ouderenzorg, die verkaveld ligt tussen het gezondheidsbeleid en het welzijnsbeleid. Er is ook te weinig samenhang binnen de geneeskundige zorg. Dat uit zich ondermeer in een gebrek aan interne transfers binnen de RIZIV-begroting op basis van duidelijke keuzen met betrekking tot de soort gezondheidszorg die wordt nagestreefd. De afbouw van ziekenhuisbedden of de promotie van daghospitalisatie bijvoorbeeld, worden onvoldoende gecompenseerd door een uitbouw van de thuiszorg. Een potentieel zinvol beleid, gericht op het zoeken naar een optimale zorgmix, verwordt op die manier tot een vroege uitstoot van patiënten uit de ziekenhuizen zonder dat zij op een gepaste wijze kunnen worden opgevangen. De ambulante zorg (dat is zorg buiten instellingen) wordt nu louter medisch gefinancierd terwijl een evenwichtige gezondheidszorg,

zowel in zijn curatieve als preventieve dimensie, bij uitstek een multidisciplinaire aanpak vereist. Enzovoort.

Naast al die problemen die zich voordoen ten gevolge van manke bevoegdheidsverdelingen op eenzelfde bevoegdheidsniveau, stellen zich ook een groot aantal problemen die het gevolg zijn van de bevoegdheidsverdeling over de verschillende niveaus. Zo is er de stroeve, moeilijke besluitvorming tussen de gemeenschappen en het federale niveau inzake het ziekenhuisbeleid (planning, erkenning en financiering). Op de verschillende niveaus leven dikwijls ook verschillende opvattingen over wat een kwaliteitsbeleid behoort te zijn. De verdeling van bevoegdheden leidt ook tot problemen op het vlak van de bejaardenzorg. De erkenning en programmering van 'gewone' rusthuisbedden in de rustoorden voor bejaarden (ROB) is een zuiver geregionaliseerde materie. De regio's kunnen aan dat beleid een volkomen eigen invulling geven. De erkenning van de 'rust- en verzorgingsbedden' in de rust- en verzorgingstehuizen (RVT), is daarentegen federaal geconcentreerd, maar wordt toegepast door de regio's. De programmering van deze RVT-bedden is momenteel niet gebaseerd op de reële behoeften, maar gebonden aan de reconversie van ziekenhuisbedden. Wie denkt dat een dergelijke bevoegdheidsverdeling al ingewikkeld genoeg is, dient nog te weten dat het RIZIV verzorgingsforfaits voorziet (de RVT-forfaits), voor zowel RVT- als (sommige) ROB-patiënten. Er worden inderdaad ook RVT-bedden toegewezen aan ROB's. Dient het gezegd dat deze niet bijster transparante regelgeving geenszins bijdraagt tot een consistent beleid op het vlak van ouderenverzorging.

De versnippering van bevoegdheden speelt verder ook een negatieve rol bij de organisatie van de palliatieve hulpverlening. Zij bestendigt ook de zeer onevenwichtige verhouding tussen de ontoereikende middelen die budgettair per inwoner beschikbaar zijn voor preventie en de grote sommen die worden besteed aan curatieve zorg. Zij bestendigt eveneens de kunstmatige scheiding tussen de collectieve preventie (zoals gezondheidsbevordering of een georganiseerde screening op kanker bij doelgroepen) en de indi-

viduele preventie-prestaties van zorgverstrekkers.

Het verzamelen van gegevens om te komen tot goede gezondheidsindicatoren verloopt eveneens zeer versnipperd. Het federale niveau tekent voor de minimaal klinische gegevens (MKG, beknopte informatie die na een ziekenhuisopname aan het ministerie van Volksgezondheid moet worden overgemaakt) en de minimaal verpleegkundige gegevens, alsook voor de kankerregistratie. De gemeenschappen zijn verantwoordelijk voor het bijhouden van de sterftecijfers en voor allerhande kleinere registraties zoals het tuberculoregister, het diabetesregister, de metingen in het medisch schooltoezicht, het Aidsregister, gegevens over de huisartsenpraktijken en de alternatieve kankerregistraties...

Naar welke homogene bevoegdheidspakketten?

De opgesomde knelpunten worden dikwijls aangegrepen om te pleiten voor 'homogene bevoegdheidspakketten'. Algemeen wordt aangenomen dat het concentreren van het gezondheidsbeleid op één beslissingsniveau betere kansen biedt op een doelmatig en efficiënt beleid en dus meteen ook voordelen voor de patiënt inhoudt. Het is wel opmerkelijk dat de huidige politieke discussie over "het meest geëigende of doelmatige niveau" haast volledig gereduceerd wordt tot een communautair debat. Zelden of nooit wordt rekening gehouden met de mogelijkheid de bevoegdheden geheel of gedeeltelijk te homogeniseren in een federaal gezondheidsbeleid. Het streven naar homogene bevoegdheidspakketten wordt doorgaans meteen gelijkgesteld aan het regionaliseren of communautariseren van de federale bevoegdheden.

Van een communautarisering wordt daarenboven vaak zonder meer verondersteld dat zij het beleid ook dichterbij de bevolking brengt en op die manier een democratisch surplus realiseert. Men vindt die aanname onder meer in de eerder vermelde schrikkelnota. We moeten heel voorzichtig zijn met die, al te snelle redenering. De ervaring van andere federale staten, zoals bijvoorbeeld de VS, leert ons dat de bevoegdheden van de staten zeker niet altijd dichterbij de bevolking of op een meer democratische wijze worden uitgeoefend dan de federale bevoegdheden.

De wankelende stelling dat de regionalisering van bevoegdheden het beleid automatisch dichterbij de bevolking brengt, mag ons ook niet blind maken voor de essentiële vraag: wat is het meest optimale beleids- en beheersniveau voor verschillende soorten van zorg? De discussie over het meest optimale beheersniveau voor de organisatie van de zorg mag niet emotioneel gevoerd worden. Alvorens over te gaan tot een verdere bevoegdheidsverdeling tussen het regionale en het federale niveau, zou men zeker een visie moeten ontwikkelen over de verschillende niveaus waarop onderscheiden bevoegdheden optimaal kunnen worden uitgeoefend. Is het bijvoorbeeld irreëel de lokale besturen meer verantwoordelijkheid te geven voor de organisatie van de eerstelijnszorg en de lokale ziekenhuizen, terwijl de provincies zouden kunnen worden ingeschakeld in het beheer van tweedelijnsdiensten zoals de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg of de regionale ziekenhuizen?

Een discussie over het democratische gehalte van een beleid kan overigens niet worden gevoerd op basis van het beleidsniveau alleen. Ook de beleidscultuur speelt daarbij een belangrijke rol. Mild geformuleerd: Vlaanderen is in dat opzicht tot nog toe niet echt enthousiasmerend. De Vlaamse bevoegdheden inzake gezondheidszorg werden ons inziens op een al te technocratische wijze ingevuld. Een eigentijds gezondheidsbeleid moet er in slagen de verschillende actoren te motiveren en de expertise en kennis van de verschillende betrokken beroepsgroepen en bewegingen te mobiliseren. Het huidige Vlaamse gezondheidsbeleid boezemt op dat vlak niet veel vertrouwen in. De kansen op het daadwerkelijk verwezenlijken van een doeltreffend beleid liggen volgens ons veel beter binnen het zogeheten consensusmodel, waarbij alle daadwerkelijke actoren van de gezondheidszorg bij de beleidsvoering betrokken en geresponsabiliseerd worden, dan binnen een technocratische aanpak die zich legitimeert met vrijblijvend academisch advies. Een consensusbeleid heeft behoefte aan een forum waar, op basis van ervaring en wetenschappelijk onderzoek en in een wat langer tijdsperspectief, wordt nagedacht over de organisatie van de gezondheidszorg. Wat de ziekteverzekering

betreft, is de Algemene Raad van het RIZIV goed geplaatst om die functie op te nemen. Deze zou een forum kunnen worden, dat zich niet alleen uitspreekt over budgetten (en daaraan een mate van realisme ontleent) maar ook het gezondheidszorgbeleid mee helpt sturen. Het lijkt ons aangewezen de regionale overheden en vertegenwoordigers van de communautaire adviesorganen daarbij als volwaardige partners te betrekken.

Ook als men een aantal overdreven verwachtingen met betrekking tot de defederalisering relativeert, rest de vraag in welke mate een communautarisering of regionalisering van de bevoegdheden de vermelde knelpunten kan oplossen. Zo'n ontwikkeling is voor ons slechts verantwoord indien zij de solidariteit niet schaadt. Als denkoefening kan men zich een model voorstellen waarbij een geregionaliseerde gezondheidszorg gecombineerd wordt met een federale financieringsstructuur. In zo'n constructie blijft het een integrale federale bevoegdheid om de hoogte van het budget voor de verzekering van de gezondheidszorg te bepalen. Met andere woorden: wat hebben we over voor gezondheidszorg? De wijze waarop die middelen worden geïnd (onder meer via welke combinatie van sociale bijdragen, fiscaliteit en heffingen) moet eveneens een federale aangelegenheid blijven. Dat geldt ook voor het bepalen en toepassen van de sleutels voor de verdeling van de vergaarde middelen naar de gemeenschappen toe. Die verdeling zou dan moeten steunen op wetenschappelijk onderbouwde sleutels die een 'risico-inschatting' betrachten op basis van geobjectieerde zorgbehoeften (die dus rekening kunnen houden met gestandaardiseerde mortaliteit, morbiditeitsgegevens, gegevens betreffende de sociaal-economische kenmerken van de bevolking, de kenmerken van woon- en werkomgeving, het zorgaanbod en andere factoren die de medische consumptie beïnvloeden).

Als die gemeenschappelijke, federale basis verzekerd is, kunnen, in termen van deze denkoefening, een aantal materies onder de gemeenschapsbevoegdheid vallen. De gemeenschappen beslissen dan in essentie over de aanwending van de federaal ingezamelde en overgedragen

middelen voor de gezondheidszorg. Zij zorgen voor de wetgeving die nodig is voor de aanwending van die middelen. Die bevoegdheid is echter aan een aantal beperkingen gebonden. De solidariteit kan ons inziens niet bewaard blijven indien de toepassingsregels van de ziekteverzekering en de spelregels voor de mutualiteiten geen federale bevoegdheid blijven. Daarenboven suggereren doeltreffendheids- en efficiëntieoverwegingen dat het financieringsniveau zo nauw mogelijk moet aansluiten bij het uitvoeringsniveau. Tussen beslissingen betreffende de financiering enerzijds, beslissingen over de programmatie en de erkenning van zorgvoorzieningen, het geneesmiddelenbeleid, het kwaliteitsbeleid en het ontwikkelen van nieuwe concepten van medisch-georiënteerde preventie en het inbedden daarvan in de ziekteverzekering anderzijds, moet een nauwe band bestaan. Dat lijkt gemakkelijker als al die materies federale bevoegdheid blijven. Beslissingen over het aanbod, de programmatie en de erkenning van hoogtechnologische (en dus dure) zorg zullen in de toekomst met bijzondere aandacht moeten worden genomen. Technologische innovatie is waarschijnlijk de belangrijkste bron van de toename van de kosten van de gezondheidszorg. We weten daarenboven dat in het verleden heel wat (dure) nieuwe technologieën (geneesmiddelen, procedures en materialen) werden geïntroduceerd die achteraf ondoeltreffend of zelfs nefast bleken te zijn [10]. Wil men beslissingen betreffende de introductie van nieuwe technologieën nauw bij het financieringsniveau laten aansluiten, dan moeten zij eveneens op het federale niveau worden geselecteerd.

Het zelfonderhoudende proces

De mogelijkheden voor een defederalisering van de bevoegdheden, die de federale solidariteit niet in het gedrang brengt of geen nieuwe onredelijkheden (zoals een loskoppeling van financiering en uitvoering) inhoudt, zijn waarschijnlijk veel beperkter dan doorgaans wordt aangenomen. Bij deze denkoefening werd vooralsnog niet het probleem Brussel betrokken. Dat bekijken we verderop in dit artikel. Het combineren van een gecommunautariseerd of geregionaliseerd

gezondheidsbeleid en een federale financieringsstructuur heeft naast de gesignaleerde beperkingen ook het nadeel een chronisch hoog risico op instabiliteit te introduceren. Problemen rond bevoegdheidsverdelingen zijn nagenoeg onvermijdelijk in een situatie waarin de bevoegdheid politiek verdeeld is tussen een Europees en een federaal niveau en een niveau van de gemeenschappen en gewesten. De staatshervorming is niet alleen een evolutief proces. Het is ook een proces dat zichzelf aanzwengelt omdat de verkaveling van bevoegdheden leidt tot knelpunten die dan weer de vraag naar een verdere verdeling, in casu een regionalisering van de bevoegdheden aanwakkert. De combinatie van een verregaand gecommunautariseerd gezondheidsbeleid en een federale financieringsstructuur zal die instabiliteit waarschijnlijk nog aanzwengelen.

Om ruimte te scheppen voor een vernieuwend gezondheidsbeleid (en vernieuwing zal op korte termijn noodzakelijk zijn) is het nodig dat de politiek dat zelfonderhoudende proces van bevoegdheidsverdeling onder controle krijgt. De politiek moet, met andere woorden, tijd en ruimte scheppen voor reflexie en hervorming. De bevoegdheidsverdeling waartoe men komt, moet daarom niet alleen werkbaar zijn en een aantal van de gesignaleerde knelpunten oplossen zonder nieuwe problemen te scheppen, maar ook garanties bieden op enige mate van stabiliteit. De aandacht moet kunnen gaan naar de vraag hoe men een gegeven bevoegdheidsverdeling optimaal gebruikt om te streven naar een toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg. De aandacht mag niet al te zeer, zeker niet voortdurend, worden opgeslorpt door nerveuze discussies over de verdeling van bevoegdheden. De meerderheid van de Vlamingen verwacht van het Vlaams Parlement waarschijnlijk niet zozeer een opvatting over welke bevoegdheden moeten worden overgeheveld, maar wel een duidelijke visie over hoe die bevoegdheden kunnen worden aangewend om een degelijke gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te houden. De homogene bevoegdheidspakketten moeten dus niet alleen logisch consistent zijn, maar tevens stabiel in de zin dat zij niet meteen weer tot problemen leiden of, erger,

druk genereren om de solidariteit en de schaalvoordelen van het bestaande stelsel af te bouwen.

Alles bij elkaar lijkt een gedeeltelijke herfederalisering van bevoegdheden meer te kunnen bijdragen tot een stabiele en werkbare bevoegdheidsverdeling en tot de consolidatie van schaal en solidariteit, dan een verdere communautarisering of regionalisering. De voorstanders van een verdere defederalisering zijn echter van oordeel dat de voordelen van een meer homogene federale bevoegdheid niet opwegen tegen de nadelen van een federale gezondheidszorg. Volgens hen zijn de nadelen van de huidige bevoegdheidsverdeling vooral een gevolg van de culturele verschillen tussen de Vlamingen en de franstaligen. Deze zouden een doelmatig, aan de specifieke behoeften van de bevolking aangepast gezondheidsbeleid in de weg staan. In de volgende paragraaf nemen we dat wijdverbreide argument onder de loep.

De culturele verschillen tussen franstaligen en Vlamingen

Het lijkt geen twijfel dat het zinvol is het gezondheidsbeleid af te stemmen op de specifieke behoeften, de levenswijze en opvattingen, kortom de cultuur van een bevolkingsgroep. Gezondheid, ziekte en genezing hangen immers nauw samen met de levenswijze, de kennis, de opvattingen en andere cultuurgebonden bevolkingskenmerken. Dat uitgangspunt delen we met de voorstanders van een verdere regionalisering, maar in tegenstelling tot hen zijn we er geenszins van overtuigd dat een verdere regionalisering op basis van dat uitgangspunt kan worden verdedigd.

Een beleid dat dichter staat bij de bevolking en nauwer aansluit bij de sociale en culturele kenmerken van die bevolking, moet in de eerste plaats een beleid zijn dat rekening houdt met betekenisvolle verschillen in een bevolking. We weten bijvoorbeeld dat het opleidingsniveau en de arbeidsmarktkansen die daar nauw mee samenhangen, een grote invloed hebben op een brede waaier van sociale en culturele eigenschappen die op hun beurt zeer nauw samenhangen met gezondheid, de behoefte aan zorgen en de wijze waarop zorgen kunnen worden ge-

bruikt. Laaggeschoolden voelen zich minder gezond dan hooggeschoolden, hebben meer chronische aandoeningen en functiebeperkingen [11]. Zij hebben een veel grotere kans in situaties van armoede te leven. Zij hebben een veel grotere kans werkloos te zijn, wat ook bijdraagt tot een groter risico op ziekte en invaliditeit. Zij leven gemiddeld minder lang. Het werk dat ze doen stelt hen bloot aan grotere gezondheidsrisico's. Hun woonomstandigheden houden eveneens grotere gezondheidsrisico's in. Hun kennis op het vlak van primaire en secundaire preventie ligt lager, zij roken meer, hun dieet bevat meer vet, hun fysieke conditie is minder goed, zij voelen zich vaker futloos en vermoeid, zij hebben meer lichamelijke beperkingen, minder gaven tanden, vaker een kunstgebit, ze gebruiken minder de autogordel. Zij hebben in hun leven meer belastende dingen meegemaakt [12]. Deze lijst kan worden aangevuld. Het is duidelijk dat er tussen de laag- en de hooggeschoolden grote sociale en culturele verschillen bestaan die leiden tot verschillende behoeften, tot een verschillend gebruik van de zorgvoorzieningen en tot verschillende reacties op de verstrekte zorgen. Een goed beleid is een beleid gericht op het verkleinen van de ongelijkheden die aanleiding geven tot die gezondheidsproblemen. Een goed beleid moet zich ook dicht bij de betrokken bevolking opstellen, niet alleen het na te streven doel voor ogen houden, maar ook respect en begrip hebben voor de mensen en hun gewoonten. Zo'n beleid moet rekening houden met de bestaande verschillen en ongelijkheden en bijvoorbeeld bij de regelgeving ter stimulering van de daghospitalisatie rekening houden met het evidente gegeven dat mensen met een laag opleidingsniveau, meer aandacht, meer tijd en meer zorgen behoeven dan de anderen.

Niemand verdedigt de stelling dat de sociale en culturele verschillen tussen de laag- en de hooggeschoolden dermate groot zijn dat de inrichting van de gezondheidszorg van die groepen niet aan dezelfde politieke eenheid kan worden toegewezen. We nemen aan dat eenzelfde bevoegdheidsniveau verantwoordelijk kan zijn voor een beleid gericht op zowel laag- als hooggeschoolden en dat binnen zo'n beleid ruimte

kan worden gecreëerd om in het bijzonder de kans op gezondheid van de laaggeschoolden te vergroten. Aan die mogelijkheid wordt door een aantal mensen wel getwijfeld als het om verschillen tussen Walen en Vlamingen gaat.

Er bestaan verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië, zowel in de sociale condities die een invloed hebben op de gezondheid als in meer specifiek culturele materies, zoals het fysiek en psychisch welbevinden. Laten we voor de duidelijkheid een onderscheid maken tussen enerzijds culturele verschillen en anderzijds bedrijfsculturele verschillen tussen Vlaamse en Waalse zorgverstrekkers. Over de culturele verschillen tussen Vlamingen en Walen kunnen we drie dingen zeggen.

Ten eerste zijn ze gek genoeg niet zo goed gekend. Men kan ze met het weer vergelijken. Er wordt veel over gepraat, vooral bij de kapper en aan de toog, maar er is wetenschappelijk niet zo heel veel over geweten. Er is op dat vlak zeker nog behoefte aan onderzoek. Dat geldt trouwens voor heel wat relevante informatie betreffende gezondheid en de relatie tussen sociale en culturele factoren enerzijds en gezondheid anderzijds. Vooraleer van culturele verschillen met betrekking tot gezondheid kan worden gesproken, moet trouwens eerst worden nagegaan of de vastgestelde verschillen niet een functie zijn van het opleidingsniveau, de tewerkstellings- en werkloosheidsgeschiedenis, de woonomgeving en andere sociaal-economische condities. In hun eindverslag stellen de leden van het Coördinatiecomité van de Vlaamse Onderzoeksgroep Sociale Zekerheid 2002, dat gezinsomvang, gestandaardiseerde mortaliteitsratio, werkloosheidservaring en arbeidsstatuut, een betekenisvolle bijdrage leveren tot het verklaren van de gezondheidsuitgaven, maar dat we nog ver verwijderd zijn van het identificeren van de individuele determinanten van de uitgaven [13]. Gegeven de zeer wankel wetenschappelijke basis waarop het gezondheidsbeleid vandaag moet steunen, is het des te verwonderlijker dat een aantal mensen met grote stelligheid culturele verschillen tussen Walen en Vlamingen poneren als verklaring voor verschillen in de kostprijs van de gezondheidszorg. Volgens hen - we zullen uit barmhartigheid geen na-

men noemen - zijn die verschillen daarenboven dermate groot, dermate onoverbrugbaar dat zij een gedeelde, federale bevoegdheid over de gezondheidszorg onmogelijk maken. Hier kan minstens van wetenschappelijke onvoorzichtigheid worden gesproken. Een van de betere, hoewel vooralsnog verre van technisch, methodologisch en theoretisch bevredigende bronnen - de zogeheten rapporten Jadot [14] - tonen aan dat de verschillen in medische consumptie tussen Vlaanderen en Wallonië haast volkomen kunnen worden verklaard in termen van variabelen als de sociale toestand en de beroepssituatie, de leeftijd, het geslacht, het sterftecijfer, de urbanisatiegraad, de werkloosheidsgraad, de kwaliteit van de woningen, de samenstelling van het gezin en het inkomen. Verder dient te worden opgemerkt dat er niet alleen verschillen zijn in de gemiddelde per capita kosten van de gezondheidszorg tussen Vlaanderen en Wallonië, maar dat er ook, overigens opvallende verschillen bestaan binnen elk van de landsdelen. Zo werd in 1994 in het arrondissement Bergen gemiddeld 40.000 fr. per persoon besteed, in Verviers 29.000, in Brugge 39.000 en in Maaseik 27.000.

Onze stelling is niet dat een regionalisering van de bevoegdheid over het gezondheidsbeleid a priori moet worden uitgesloten, wel dat er echt onvoldoende betrouwbare evidentie is om een dergelijke overheveling van bevoegdheden te verantwoorden in termen van culturele verschillen tussen Vlamingen en Walen. Terloops weze opgemerkt dat het gebrek aan informatie en de gevaren van het slordig omspringen met splinters informatie de behoefte aan een ernstig forum onderstrepen. Een plek waar grondig en op een wetenschappelijk onderbouwde wijze over de organisatie van de gezondheidszorg wordt nagedacht en van waaruit impulsen voor het onderzoek kunnen vertrekken.

Ten tweede lijken de verschillen tussen laag- en hooggeschoolden - in de mate dat ze gekend zijn - veel belangrijker dan die tussen Walen en Vlamingen. Een gezondheidsbeleid dat met de sociaal-economische verschillen ten opzichte van gezondheid en ziekte rekening houdt, is daarom dringender dan een beleid dat met verschillen tussen Walen en Vlamingen rekening houdt.

Ten derde, zijn culturele verschillen geen vast gegeven. Zij zijn niet voor eens en altijd in een 'volksziel' of in genen ingeschreven. Zelfs als zij diep in de economische en culturele geschiedenis besloten liggen, kunnen ze worden beïnvloed door de organisatie van de gezondheidszorg, de structuur van het aanbod en/of van gezondheidsvoorlichting en opvoeding. Dit wordt momenteel duidelijk geïllustreerd door de opname van de nieuwe Länder in het verzekeringsstelsel van het voormalige West-Duitsland. Het staatsdirigisme in het voormalige Oost-Duitsland had op het vlak van het gezondheidsgedrag een bedroevende erfenis nagelaten. De verschillen tussen de oude en de nieuwe Länder werden echter niet aangegrepen om dat verschil te bevriezen, maar wel om binnen een gemeenschappelijke aanpak te streven naar een betere gezondheidszorg.

Deze vaststellingen leiden ons tot het besluit dat er onvoldoende aanleiding is om de cultuur en de gewoonten van de Vlamingen en de Walen dermate incompatibel te achten, dat een gemeenschappelijk gezondheidsbeleid moeilijk of onhaalbaar wordt. De legitieme wens om de gezondheidszorg beter af te stemmen op de sociale en culturele specificiteit van de bevolking, moet zich volgens ons prioritair uiten in het zoeken naar middelen om rekening te houden met de grote verschillen die in onze samenleving groeien tussen de laag- en de hooggeschoolden. Een verantwoording van de regionalisering van bevoegdheden in termen van de culturele specificiteit van bevolkingsgroepen roept onze argwaan op. Ten gevolge van de economische, demografische en sociale situatie in Wallonië verhouden de gemiddelden voor Wallonië en Vlaanderen zich enigszins zoals de gemiddelden voor bestaansonzeker en welstellenden of de laag- en hooggeschoolden. Het is daarom niet denkbeeldig dat het overhevelen van bevoegdheden naar de gemeenschappen en gewesten een beleidscontext creëert waarbij in Vlaanderen meer welwillende belangstelling zal gaan naar welstellenden en hooggeschoolden, en een grotere ongevoeligheid zal ontstaan voor de specifieke noden van de bestaansonzeker, de laaggeschoolden. Kortom, voor de mensen waarin we via het onderwijs

veel minder hebben geïnvesteerd, die ook vroeger zullen sterven en derhalve minder van hun pensioen zullen profiteren en die daarom, als we hun vragen meer verantwoordelijkheid op te nemen tegenover het eigen lichaam en de eigen gezondheid, behoefte en recht hebben op meer steun en omkadering. Het gezondheidsbeleid moet, veel meer dan nu het geval is, rekening houden met de grotere behoeften, curatief en preventief, van de sociaal-economisch zwakken en de laaggeschoolden. Als socialistische mutualiteit zullen wij in elk geval de belangen van die mensen met bijzondere aandacht en grote verbetenheid verdedigen. We zullen ons telkens afvragen welke meerwaarde de voorgestelde maatregelen voor hen hebben. We zijn er vooralsnog niet van overtuigd dat een regionalisering of communautarisering een echte meerwaarde zou opleveren.

Naast culturele bevolkingsverschillen zijn er ook bedrijfsculturele verschillen tussen zorgverstrekkers. Deze lijken ons alleszins groter dan de cultuurverschillen in het algemeen. Er zijn aanwijzingen dat relatief meer Vlaamse dan Waalse zorgverstrekkers overtuigd zijn van het belang van de eerste lijn. Noch aan deze, noch aan gene zijde van de taalgrens bestaat daarover eensgezindheid, maar in Vlaanderen lijken meer artsen gewonnen voor echelonnering, voor een vaste inschrijving en een centraal medisch dossier [15].

Internationaal onderzoek wijst uit dat de echelonnering, de vaste inschrijving en het centraal medisch dossier de gezondheidszorg zouden verbeteren en zouden leiden tot een beter preventief beleid, tot een goedkopere en dus ook meer toegankelijke gezondheidszorg [16]. De socialistische mutualiteiten pleiten trouwens al geruime tijd voor die maatregelen. Maar is een relatief verschil tussen Vlaamse en Waalse artsen op vlak van de structurering van de gezondheidszorg voldoende om de bevoegdheid over die structuur aan de gewesten en gemeenschappen toe te wijzen? Dergelijke bedrijfsculturele verschillen blijken trouwens niet enkel tussen de landsdelen te bestaan, maar ook tussen provincies en streken binnen Vlaanderen en Wallonië. Men kan de problemen die uit die verschillen voortvloeien daarom niet oplossen door de

beleidsbevoegdheid aan steeds kleinere, (bedrijfs)-cultureel steeds meer homogene entiteiten toe te wijzen. De echelonnering, de vaste inschrijving van de patiënt, het centraal medisch dossier en andere herstructureringen van de eerstelijnszorg, zijn ons inziens doelen die binnen de bestaande federale structuren kunnen worden verwezenlijkt. Het zijn ook doelen die geleidelijk moeten worden gerealiseerd, op een manier die de zorgverstrekkers de kans geeft zich qua mentaliteit, vereiste aanpak en organisatie aan te passen.

Het lijkt niet nodig en evenmin aangewezen het gezondheidsbeleid te verkavelen op basis van culturele verschillen. Voor wat betreft de dringende uitdagingen waarvoor de gezondheidszorg staat, houdt de piste van de gedeeltelijke herfederalisering ons inziens niet minder mogelijkheden in dan een verdere regionalisering, integendeel. De argumenten waarmee deze laatste wordt bepleit, zijn in het geval van de culturele verschillen en de afstand tussen bevolking en het beleid, intellectueel geenszins overtuigend. Het besluit dat de bedrijfsculturen van de Waalse en Vlaamse zorgverstrekkers onverenigbaar zijn, lijkt ons vooralsnog voorbarig. De piste van de gedeeltelijke herfederalisering heeft daarenboven, zeker als we haar vergelijken met die van een radicale defederalisering, het immense voordeel dat het probleem Brussel zich niet stelt.

Brussel/Bruxelles, niet aan jou voorbij

De specifieke situatie van Brussel vormt ook voor een defederalisering van de gezondheidszorg een groot knelpunt. De problemen die een defederalisering van het gezondheidsbeleid, zelfs beperkt tot het ziekenhuisbeleid, voor het hoofdstedelijk gebied zou opwerpen, zijn ontmoedigend groot. Defederalisering zou in Brussel ongetwijfeld een veelvoud van reglementeringen met zich meebrengen en zou de Brusselse ziekenhuizen confronteren met een grote en dure complexiteit. In de hoofdstad stelt men een concentratie vast van hooggespecialiseerde verstrekkers en instellingen, die daarenboven hun zorgen niet enkel aanbieden aan de inwoners van het Brusselse Gewest. Bij de 36% van de patiënten die in de hoofdstedelijke ziekenhuizen worden opgenomen komen van buiten het Brusselse Ge-

west: zowat één op twee van die patiënten heeft een Vlaamse domicilie. Om deze problematiek te verduidelijken exploreren we twee denkpistes met betrekking tot het ziekenhuisbeleid.

Het ziekenhuisbeleid wordt volkomen geregionaliseerd

Onder de hypothese van een volledige regionalisering blijven de Brusselse ziekenhuizen toegankelijk voor patiënten uit de drie regio's. De toepassing van de federale erkenningsreglementering is nu reeds geregionaliseerd, behalve voor de universitaire ziekenhuizen waarvoor dat een communautaire bevoegdheid is. Bij de volledige regionalisering bepaalt elke regio de eigen verpleegdagprijs. De huidige federale middelen worden volgens bepaalde verdeelsleutels aan de regio's toegekend.

Voor het hoofdstedelijke gebied stelt zich dan onmiddellijk de vraag of bij de toewijzing van de federale middelen zal worden rekening gehouden met het grotere en duurdere aanbod van ziekenhuisvoorzieningen, de aanwezigheid van een groot aantal hooggespecialiseerde verstrekkers en de bevolkingsstructuur van het hoofdstedelijke gebied. Als dat niet gebeurt, kondigen zich zeer slechte tijden aan voor de Brusselse zorgverstrekkers en hun patiënten. Verder stelt zich de vraag hoe men bij een regionalisering rekening zal houden met het feit dat de hooggespecialiseerde zorgstructuren (die men in Brussel, zoals in andere hoofdstedelijke gebieden vindt) een groot hinterland nodig hebben om doeltreffend te worden aangewend.

Wanneer alle sociaal verzekerden blijven toegang hebben tot de voorzieningen in alle regio's zal dit een veelvoud van complexe reglementeringen met zich meebrengen. Een ziekenhuis zal bij de administratieve afhandeling van een dossier immers rekening moeten houden met de reglementering van de regio van de patiënt. Dat zal onvermijdelijk leiden naar een verhoging van de administratiekosten van de ziekteverzekering en de zorgverstrekking.

Bij zo'n regionalisering zullen zich ook een reeks andere, netelige problemen stellen. Slechts één voorbeeld: hoe zal een andere regio de kosten vergoeden van een opname in een Brussels ziekenhuis. Gezien de zorgstructuur in Brussel en

de te verwachten zware administratiekosten, zal de verpleegdagprijs daar hoogstwaarschijnlijk hoger liggen dan in de andere gewesten. Zullen die kosten door het betrokken gewest volledig worden terugbetaald of slechts à rato van wat in het eigen gewest in een vergelijkbaar ziekenhuis wordt vergoed?

Brussel:tussengebied tussen Vlaams en Waals Gewest

Zoals hierboven beschreven worden ook in dit geval de middelen uit de federale pot vooraf verdeeld, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke noden van de Brusselse bevolking en met de aanwezigheid van hoog-technologische zorg. De Vlaamse en Waalse regio's maken samen sluitende afspraken over financiering, programmatie en erkenning van ziekenhuizen in het hoofdstedelijke gebied. Zij bepalen ook samen de hoogte van de verpleegdagprijs. Zo'n regeling zou de terugbetaling of de vergoeding van de verpleegdagprijs sterk vergemakkelijken, ongeacht de regio waartoe men behoort. Deze oplossing veronderstelt echter dat men tot sluitende afspraken moet komen, niet alleen betreffende de reeds opgesomde materies, maar ook voor een eventueel deficit in deze sector. Het maken van die afspraken belooft spannend te worden.

In de eerste regeling (regionalisering) is er een moeilijke verrekening van de verpleegdagprijs achteraf, in de tweede regeling (tussengebied) worden hierover vooraf (waarschijnlijk moeizaam) afspraken gemaakt. De tweede regeling verschilt overigens niet zo heel sterk van de huidige regeling, in de zin dat ook nu de verpleegdagprijs federaal bepaald wordt.

Beide geschetste denkpistes tonen aan dat er geen eenvoudige, laat staan gemakkelijke oplossingen bestaan voor een geregionaliseerd of gecommunautariseerd ziekenhuisbeleid. De vindrijkheid van de wetgever zal waarschijnlijk ontoereikend zijn om een uitermate ingewikkelde reglementering voor de prijszetting, een (nog) grotere hulpeloosheid van de patiënten, een belastende en tijdrovende administratie voor de zorgverstrekkers en een loodzwaar administratief prijskaartje, te vermijden. Als de toepassingsre-

gels voor de ziekteverzekering in de verschillende landsgedeelten sterk zouden divergeren, moet men voor Brussel stringente samenwerkingsprotocollen tussen de gemeenschappen of de regio's voorzien. Naarmate de toepassingsregels meer uit elkaar liggen, zullen dergelijke afspraken moeilijker worden, in een aantal gevallen waarschijnlijk onmogelijk. De problemen waaraan men zich in dat verband kan verwachten, vormen op zich reeds een stevig argument om de federale verzekeringsregeling te handhaven.

- [1] OECD, *Nouvelles orientations dans la politique de santé. Etudes de politique de santé*, 7, 1995.
- [2] Evans, R.G., *Vendre le marché ou réglementer la régulation: qui y perd? qui y gagne? quelles attentes? quelles limites? Etudes de politique de santé*, 8, OECD, 1996.
- [3] Kesteloot, K., Marchand, M., *Hervormingsvoorstellen in de gezondheidszorg: een micro-economische benadering*. In: Despontin, M., Jegers, M., *De sociale zekerheid verzekerd? VUB-Press*, 1995.
- [4] Bonte, H., *Het VLD-alternatief*. Antwerpen, 1994.
- [5] Aron, H., *Réflexion sur le financement des soins de santé. Etudes de politiques de santé*, 8, OECD, 1996: 54.
- [6] Fuchs, V.R., *Though much is taken*. In: *The Milbank Quarterly*, 1984, 62.
- [7] Jönsson, B., *Comprendre la réforme des systèmes de santé. Etudes de politique de santé*, 8, 1996, OECD, Paris.
- [8] Berk, M.L., Monheit, A.C., *The concentration of health expenditures: an update. Health Affairs*, 1992, 11, 4: 145-149.
- [9] Voor wie zich niet overgeeft aan kortetermijndenken blijkt deze maximale solidariteit daarenboven ook een pragmatische keuze te zijn. Er circuleren immers een aantal demografische scenario's waarin Vlaanderen in de toekomst 'transfers' vanuit Wallonië kan gebruiken. Niemand is overigens gebaat bij een potentiële migratiestroom van de 'slechte risico's' naar die gemeenschap (op korte termijn Vlaanderen) met het hoogste verzekeringsniveau. Het enige middel om dat te vermijden is eenzelfde verzekeringsniveau in alle regio's.
- [10] Wilensky, H.L., *Leftism, Catholicism and Democratic Corporatism: The Role of Political Parties in Recent Welfare State Development*. In: Flora, P., Heidenheimer, A.J., *The Development of Welfare States in Europe and America*. Transaction Publishers, New Brunswick, USA, 1990, 345-383.
- [11] Abel-Smith, B., *L'escalade des dépenses de santé: comment en sommes-nous arrivés là? Etudes de politique de santé*, 8, 1996, OECD, Paris.
- [12] Zie bv. *Vlaamse Regionale Indicatoren 1996*, Administratieve Planning & Statistiek, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 1996.
- [13] Zie onder meer: Polus, C., Louckx, F., 1991, *Sociale ongelijkheid en gezondheid*. In: *Tijdschrift voor Sociologie*, jg. 12, nr. 3-4, p. 469-511.
- [14] Vranken J., et al., 1995, *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1995*, ACCO, Leuven/Amersfoort, 37, 115-117.

Mackenbach, J.P., 1994, *Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*. Van Gorcum, Assen, 44-47.

Lagasse, R., et. al., 1990, Health and social inequalities in Belgium. In: *Social Science and Medicine*, jg. 31, nr. 3, 240-241.

[13] Pacolet, J., Spinnewijn, F., Van Eeckhoutte, W., Van Rompuy, P., *Sociale zekerheid in een federaal België*. Eindverslag van de leden van het Coördinatiecomité van de Vlaamse onderzoeksgroep Sociale Zekerheid 2002. Leuven, 1994.

[14] De gecoördineerde wet op de ziekteverzekering voorziet in art. 16 dat de Algemene Raad van het RIZIV jaarlijks aan de regering een rapport over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land voorlegt. Die

rapporten worden genoemd naar de voorzitter van de Algemene Raad, Michel Jadot.

[15] Zie bijvoorbeeld Vakgroep Huisartsengeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, Ecole de Santé Publique, Université de Liège: voortzetting van de evaluatie en het experiment waarbij een geneesheer het medisch dossier van de patiënten beheert die hem hebben gekozen als hun vaste huisarts. Manuscript.

[16] Zie onder meer de conclusies, verschillende bijdragen en verwijzingen in de nummers 7 en 8 van de *Etudes de politique de santé* van het OECD, gepubliceerd in 1995 en 1996.