

Naar een alternatieve financiële organisatie van de Gezondheidszorg en van de Sociale Zekerheid.

Karel Vermeyen

Samenvatting.

Vergrijzing maar vooral de medico-technologische ontwikkelingen leggen druk op het gezondheidszorgbudget, waarbij de solidaire toegankelijkheid problematisch dreigt te worden. De persoonlijke uitgaven voor gezondheidszorg vormen nu reeds 23% van het gezondheidszorgbudget. Meer efficiëntie zal dus noodzakelijk zijn om een solidair systeem te behouden. Efficiëntieverlies wordt veroorzaakt door sub-optimale kwaliteit van zorg, een onevenwichtig ziekenhuisaanbod, regionale praktijkverschillen, trage overleg- en beslissingsprocessen en de ingewikkelde staatsstructuur. Dit laatste punt is verder geen onderwerp in deze nota.

Ondanks de forse uitgaven voor gezondheidszorg wordt globaal slechts een gemiddeld resultaat behaald. Het is opvallend dat er niet alleen accentverschillen maar ook performantieverschillen zijn tussen Noord en Zuid. In Wallonië en Brussel is zowel de sterfte vermijdbaar door primaire preventie als de sterfte vermijdbaar door betere organisatie van de gezondheidszorg (secundaire preventie en behandeling) beduidend hoger dan in Vlaanderen. Ook in Europese vergelijking scoren Wallonië en Brussel zwak. Vlaanderen zet naast de curatieve zorg meer in op preventie dan Franstalig België. Een beter uitgebouwde preventieve gezondheidszorg kan leiden tot minder uitgaven in de curatieve zorg en zou financiële ruimte kunnen creëren om de financiële uitdagingen te kunnen opvangen.

De bedreigingen voor de Sociale Zekerheid beperken zich niet tot de evoluties binnen de gezondheidszorg. Volgens gegevens van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening is de werkloosheidsgraad in België 5,7%. De tewerkstellingsgraad voor België bedraagt 72,3%, Vlaanderen 77,2%, Wallonië 65,8% en Brussel Hoofdstedelijk Gewest 65,1%. Het EU27 gemiddelde is 73,1%. Deze lage werkzaamheidsgraad vormt dan ook een bedreiging voor de financiering van de sociale zekerheid in de toekomst.

Solidariteit steunt op een maatschappelijk draagvlak maar dit draagvlak kan bedreigd worden door verschillen in performantie en onvoldoende transparantie. Ingrepen die de transparantie verbeteren en tegelijk de performantie van onderpresterende regio's kunnen verbeteren zullen de solidariteit ten goede komen. Voorgesteld wordt de reële bijdragen van elke Gemeenschap aan de Sociale Zekerheid toe te wijzen aan die Gemeenschap, aangevuld met onderhandelde solidariteit binnen een afgesproken tijds kader. Dit laat toe niet-transparante transfers te vervangen door een aangepast solidariteitsmechanisme waardoor minder performante regio's kunnen geactiveerd worden.

Voor elke Gemeenschap wordt dus een eigen deelbudget van de sociale zekerheid bepaald, aangevuld met een solidariteit gebaseerd op afgesproken doelstellingen en met een tijdsperspectief. Deze solidariteit heeft een voorwaardelijk aspect en wordt transparant georganiseerd. Bepalen tot welke Gemeenschap iemand behoort kan gebeuren op basis van de woonplaats. In Brussel kan dit gebeuren op basis van de gemeenschapskeuze via de inschrijving in het ziekenfonds. Het voordeel is dat dit voor het Hoofdstedelijk Gewest een eenvoudige oplossing is. Voor de uitbouw eerste lijn en de gezondheidsberoepen dient een maximale decentralisatie uitgewerkt te worden. Voor de tweede en derde lijn worden de budgetten gesplitst en worden de bestaande bevoegdheidsverdelingen behouden. De Federale aansturing met betrekking tot regelgeving en normering wordt behouden om te vermijden dat een te grote divergentie zou ontstaan tussen de uitbouw van het zorgaanbod met mogelijks een interregionale mobiliteit tot gevolg en ongelijkheden in toegankelijkheid. Dit voorstel tot hervorming van de gezondheidszorg voorziet in een volledig gesplitste financiering naar de Gemeenschappen voor het geheel van de gezondheidszorg.

Er bestaat internationaal heel wat ervaring met decentrale organisatiemodellen. De stelling is dan ook dat een decentraal gedefiniëerde gezondheidszorg uitgewerkt kan worden en dat onderhandelde solidariteit als een hefboom kan dienen om het geheel van de gezondheidszorg efficiënter te maken waarbij de solidariteit kan behouden blijven. Bij uitbreiding kan dit ook voor de andere sectoren van de Sociale Zekerheid gedaan worden. Solidariteit, rechtvaardigheid en doelmatigheid blijven verzekerd.

Inleiding.

Ook in België worden we geconfronteerd met belangrijke stijgingen van de uitgaven in de gezondheidszorg. Op dit ogenblik vormen deze uitgaven ongeveer 11% van het BNP. Bovendien wordt een belangrijk deel van de kosten (23%) gedragen door persoonlijke uitgaven (out-of-pocket) of door een vrijwillige verzekering¹. Kostenbeheersing is dan ook cruciaal, zeker in het licht van de toekomstige noden. De toenemende vergrijzing zal zeker de uitgaven in de gezondheidszorg doen toenemen maar vooral de medico-technologische ontwikkelingen zullen druk leggen op de budgettaire beperkingen waarbij de solidaire toegankelijkheid problematisch dreigt te worden. Het is dan ook belangrijk na te denken hoe we de efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem kunnen optimaliseren.

Efficiëntieverlies wordt veroorzaakt door de ingewikkelde staatsstructuur, door regionale praktijkverschillen, door sub-optimale kwaliteit van zorg en door de trage overleg- en beslissingsprocessen binnen de administraties. Regionale praktijkverschillen ontstaan niet door verschillen in "pathologie" maar mogelijks eerder door verschillen in "gewoonten" welke hun oorsprong vinden in verschillen in opleiding. Ter illustratie: Vlaanderen en Wallonië hebben andere voorkeuren in diagnostische technieken, meer medische beeldvorming en labo-onderzoeken in Franstalig België. Bijkomend worden regionale praktijkverschillen in chirurgische behandelmethodes vastgesteld², een fenomeen dat overigens niet typisch voor België is³.

Ondanks de forse uitgaven voor gezondheidszorg wordt globaal slechts een gemiddeld resultaat behaald. Het is opvallend dat er niet alleen accentverschillen maar ook performantieverschillen zijn tussen Noord en Zuid. In Wallonië en Brussel is zowel de sterfte vermijdbaar door primaire preventie als de sterfte vermijdbaar door betere organisatie van de gezondheidszorg (secundaire preventie en behandeling) beduidend hoger dan in Vlaanderen. Ook in Europese vergelijking scoren Wallonië en Brussel zwak. Vlaanderen zet naast de curatieve zorg meer in op preventie dan Franstalig België. Een beter uitgebouwde preventieve gezondheidszorg kan leiden tot minder uitgaven in de curatieve zorg en zo kan financiële ruimte gecreëerd worden om de uitdagingen voor de toekomst te kunnen opvangen.

In deze nota wordt onderzocht hoe de gezondheidszorg efficiënter kan georganiseerd kan worden om het hoofd te kunnen bieden aan de toekomstige uitdagingen. De bedreigingen voor de Sociale Zekerheid beperken zich niet tot de evoluties binnen de gezondheidszorg. Volgens gegevens van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening⁴ is de werkloosheidsgraad in België 5,7%. De tewerkstellingsgraad voor België bedraagt 72,3%, Vlaanderen 77,2%, Wallonië 65,8% en Brussel Hoofdstedelijk Gewest 65,1%. Het EU27 gemiddelde is 73,1%. Deze lage werkzaamheidsgraad vormt dan ook een bedreiging voor de financiering van de sociale zekerheid in de toekomst. Er stroomt jaarlijks een groot aantal personen van de sector werkloosheid door naar de sector invaliditeit. We kunnen dit aantal schatten op 20000 per jaar. Overbodig te vermelden dat dit het RIZIV budget onder druk zet. Ook de gedeeltelijke werkhervatting van arbeidsongeschikte gerechtigden kent maar een beperkt succes.

Er bestaat internationaal heel wat ervaring met decentrale organisatiemodellen⁵. De centrale vraag is dan ook of een decentraal gedefiniëerde gezondheidszorg uitgewerkt kan worden en of onderhandelde solidariteit nadien als een hefboom kan dienen om het geheel van de gezondheidszorg efficiënter te maken? Kan dit zonder de solidariteit te verlaten en kan dit bij uitbreiding ook voor de andere sectoren van de Sociale Zekerheid gedaan

¹ OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

² Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 42A (D/2006/10.273/45). Jacques J, Gillain D, Fecher F, et al.

³ Belgium's healthcare system, should the communities/regions take it over? Or the sickness funds? E. Schokkaert & C. Van de Voorde. Re-Bel e-book 10 September 2011.

⁴ Spotlight 04/02/2021 RVA.

⁵ Decentralization in Health Care, Strategies and outcomes. Edited by Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbæk . European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2007.

worden? Na een algemeen overzicht van de Belgische gezondheidszorg worden enkele belangrijke Noord-Zuid verschillen besproken. Tenslotte wordt een voorstel voor decentralisatie geformuleerd.

1. Het gezondheidszorgbudget staat onder druk.

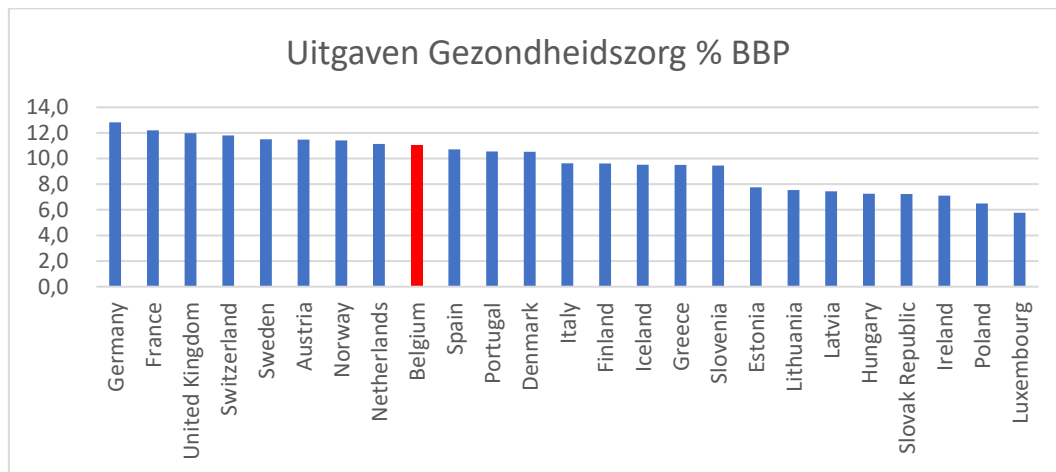


Fig. Uitgaven voor Gezondheidszorg als % van Bruto Binnenlands Product. Bron OECD Statistics 2021.

De verplichte ziekteverzekering verzekert 99% van de inwoners voor de kosten van de gezondheidszorg en is gebaseerd op een algemene solidariteit, in essentie gefinancierd op basis van de sociale bijdragen en aanvullend belastingsgeld. Volgens de meest recente OECD gegevens waren de uitgaven in 2020 voor gezondheidszorg in België 11,1% van het BBP. Deze uitgaven stijgen ongeveer 1,1 % per jaar. Hiermee staat België op de 9^{de} plaats in Europa. Duitsland (12,8 % BBP) en Frankrijk (12,2 % BBP) zijn de landen binnen Europa met de hoogste uitgaven in de gezondheidszorg. Opvallend is dat 23% van de uitgaven eigen “out-of-pocket” betalingen zijn: vooral niet terugbetaalde geneesmiddelen, medische hulpmiddelen (brillen enzo ...) en de premies aanvullende verzekering.⁶

Het totaal budget van het RIZIV bedroeg in 2020 ongeveer 50,5 miljard €⁷. Hiervan wordt 28,25 miljard € besteed aan curatieve zorg, 6,6 miljard € aan geneesmiddelen en medische hulpmiddelen en 2,1 miljard € aan labo en medische beeldvorming. Revalidatie en langetermijnverzorging kosten samen ongeveer 15 miljard €. Opvallend is dat België slechts 2% (1,03 miljard €) van het gezondheidszorgbudget aan preventie besteed wordt. Dit is 40% minder dan het EU27 gemiddelde van 3,5%. De totale administratiekosten bedragen 1,85 miljard €.

In de strategische visienota van het RIZIV “Toekomst van de Belgische Gezondheidszorg” 2020⁸ worden de actuele uitdagingen voor de gezondheidszorg opgelijst. Verdeling van bevoegdheden, fragmentatie van zorg en preventie en tekorten aan zorgverleners worden hier uitdrukkelijk vermeld. Ook de kostenevolutie zal een toenemend probleem vormen. In bijkomende orde vormt de vergrijzing een uitdaging. De verhouding tussen actieven en passieven evolueert ongunstig waardoor de bijdragen aan de Sociale Zekerheid kunnen verminderen terwijl de kost van chronische aandoeningen toeneemt.

Het globale resultaat van het Belgisch gezondheidszorgsysteem is redelijk: de levensverwachting bij geboorte is 81,9 jaar. Hiermee scoort België eerder gemiddeld in de EU. Nochtans is 92% van de Belgen tevreden over de gezondheidszorg hetgeen beduidend beter is dan het OECD gemiddelde voor de Europese regio (70% in 2021)⁹. De Belgische gezondheidszorg kan als degelijk beschouwd worden maar ten koste van een flinke prijs.

⁶ Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Knowledge Centre (KCE). 220 Bouckaert et al.

⁷ Bron Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

⁸ Toekomst van de Belgische Gezondheidszorg. Strategische Visienota. RIZIV en Tomorrowlab 2020.

⁹ De tevredenheid in de ons omgevende landen is lager: Nederland 89%, Duitsland 79%, Frankrijk 75% en UK 71%.

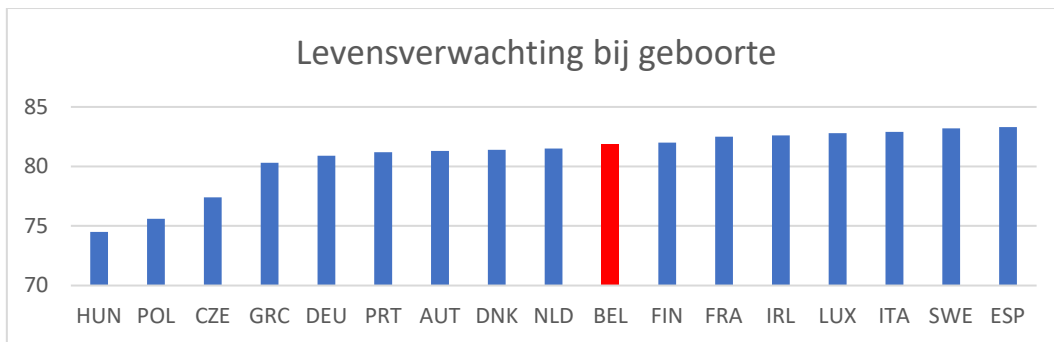


Fig. Levensverwachting bij geboorte in België. Bron OECD Statistics 2021.

Het gezondheidszorgbudget zal steeds meer onder druk komen door de evolutie van de medische technologie en nieuwe farmaceutische producten met een toename van de out-of-pocket betalingen.^{10,11} Tenslotte legt ook een toenemend verwachtingspatroon van de maatschappij druk op het budget: een toegankelijke zorg en een maximale kwaliteit.

Als we een toegankelijke, kwaliteitsvolle en kosteneffectieve gezondheidszorg verder willen uitbouwen binnen een solidair systeem staan dus grote uitdagingen te wachten. Zoals zal blijken uit volgende paragrafen stellen we performantieverschillen vast tussen Noord en Zuid. Bovendien bestaat er een ingewikkelde structuur in de organisatie en de werking van de gezondheidszorg. Het beleid voor preventie is gefragmenteerd. Het groot aantal ministers dat bevoegd is, is moeilijk verdedigbaar. De niet steeds optimale samenwerking tussen RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en de zeer complexe overlegstructuren binnen zowel RIZIV als FOD verhinderen een flexibele en daadkrachtige aansturing.

Het is dan ook belangrijk na te denken hoe een verzelfstandigde gezondheidszorg in Vlaanderen een antwoord kan bieden aan deze problemen en hoe dit kan gerealiseerd worden. Vlaanderen zou via een efficiëntere organisatie budgetten vrij kunnen maken om de uitdagingen voor het gezondheidsbeleid aan te kunnen. Bovendien kunnen afspraken uitgewerkt worden om meer efficiëntie, ook in Franstalig België, te bereiken op basis van een transparante solidariteit.

2. Tussen Noord en Zuid bestaan reële verschillen in het ziekenhuislandschap.

Hoe efficiënt is het ziekenhuisaanbod uitgebouwd en hoe worden deze bedden gebruikt? Een van de taken van de FOD Volksgezondheid is de uitvoering van het beleid met betrekking tot de organisatie van het ziekenhuislandschap. Regelgeving, normering en financiering van de structuren en personeel verlopen via de FOD. (De financiering loopt ook ten dele via RIZIV). De erkenningen en kwaliteitsopvolging worden door de gewesten/gemeenschappen gedaan. We vatten enkele kerngegevens samen in verband met de ziekenhuisbedden en het gebruik van deze ziekenhuisbedden. Verder wordt gekeken hoe de toewijzing van de “zware medische apparatuur” door de regio’s gebeurd is¹².

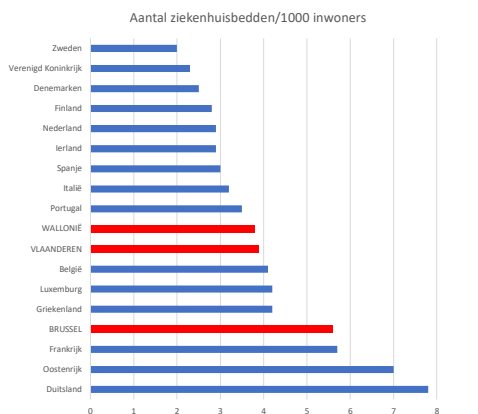
Aan de “aanbod zijde” kunnen we vaststellen dat het aantal ziekenhuisbedden in Vlaanderen en Wallonië gelijkmatig uitgebouwd werd. Ook het gebruik van deze bedden is gelijkaardig zoals blijkt uit de vergelijking van het resultaat voor het aantal verantwoorde bedden. Het aantal verantwoorde bedden wordt berekend aan de hand van de ernst van de ziekte en een gestandaardiseerde opnameduur. De som van deze verantwoorde opnameduur voor alle opnames resulteert in het aantal verantwoorde bedden en dus de financiering van deze bedden. Het aantal verantwoorde ziekenhuisbedden in Vlaanderen en Wallonië is gelijk, hetgeen een indicatie is dat de “ernst van de pathologie” gelijkaardig is. In het Hoofdstedelijk Gewest bestaat een concentratie aan grote ziekenhuizen (universitaire ziekenhuizen of ziekenhuizen met universitair karakter) waardoor, gezien de aard van de tertiaire pathologie, het aantal verantwoorde bedden hoger is dan in de andere delen van het land. Er is in Brussel vermoedelijk een “import van zwaardere pathologie”. In internationale EU vergelijking beschikt België over een eerder gemiddeld aantal bedden per 1000 inwoners. Enkel Brussel scoort hoog.

¹⁰ Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen. RIZIV Rapport van het Wetenschappelijk Comité meerjarenbegroting Februari 2022.

¹¹ Toekomst van de Belgische Gezondheidszorg. Strategische Visienota. RIZIV en Tomorrowlab 2020.

¹² Bron website van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid: www.health.belgium.be

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Inwoners	11584008	6698867	3662495	1222673		
Erkende ziekenhuisbedden	46856	26051	14001	6804		
n/100000 inwoners	404	389	382	556	0,98	1,46
Verantwoorde ziekenhuisbedden	36937	20556	11201	5181		
n/100000 inwoners	319	307	306	424	1,00	1,39



Aan de “vraag zijde” stellen we vast dat in Wallonië minder ziekenhuisopnames gebeuren maar dat de patiënten gemiddeld langer in het ziekenhuis verblijven. In het Hoofdstedelijk Gewest is het aantal opnames en de verblijfsduur hoog. Het aantal opnames kan vertekend zijn aangezien de ijking gebeurde op basis van het aantal inwoners in het betrokken gewest. Mogelijks betreft een belangrijk deel van deze opnames patiënten die van buiten het Hoofdstedelijk Gewest naar Brussel gaan voor medische verzorging. Met een gemiddelde ligduur per opname van 5,3 dagen is Vlaanderen duidelijk performanter dan Wallonië en Brussel.

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Aantal ziekenhuisopnames	2591622	1503575	741178	374869		
Opnames/1000 inwoners	224	224	202	307	0,90	1,52
Gemiddelde ligduur	5,7	5,3	5,9	6,3	1,11	1,19

Met “zware apparatuur” bedoelt men toestellen die een hoge investering vragen en extra personeelsomkadering. Ze worden dan ook op basis van programmatieregels toegestaan, erkend en gesubsidieerd. De verdeling van de “zware apparatuur” is opmerkelijk. Behalve voor PET-CT heeft Vlaanderen steeds minder erkenningen verleend in vergelijking met Wallonië. In de regelgeving wordt dikwijls in het kader van toegankelijkheid verwezen naar de afstand tot het ziekenhuis voor de patiënten en worden uitzonderingsregels toegestaan. Dit argument is aannemelijk voor chronische zieken of voor herhaaldelijke ziekenhuisbezoeken (bv. dialyse, chemo- of radiotherapie) maar niet voor de meestal eenmalige en voornamelijk electieve onderzoeken in de medische beeldvorming. Wallonië heeft voor zowel CT als SPECT-CT en MRI meer toestellen per 100000 inwoners geïnstalleerd dan Vlaanderen. Voor het Hoofdstedelijk Gewest stellen we vast dat het aanbod van zware apparatuur wel zeer hoog is in vergelijking met Vlaanderen. Het aanbod in Brussel is 97% hoger voor CT, 75% hoger voor SPECT-CT en 66% hoger voor MRI. Voor PET-CT is het aanbod in Brussel zelfs een factor 3,65 hoger. Vraag is of het specifieke karakter van de hoofdstad zulke verschillen rechtvaardigt! Een laatste geprogrammeerde zware apparatuur zijn de radiotherapietoestellen. Ook hier hetzelfde beeld: Wallonië heeft relatief meer geplaatste toestellen. Het Hoofdstedelijk Gewest heeft zelfs meer dan dubbel zoveel toestellen per 100000 inwoners goedgekeurd dan Vlaanderen.

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
CT ¹³	272	125	102	45		
CT/100000 inw	2,35	1,87	2,78	3,68	1,49	1,97
PET-CT ¹⁴	33	15	8	10		
PET-CT/100000 inw	0,28	0,22	0,22	0,82	0,98	3,65
SPECT-CT ¹⁵	155	75	56	24		
SPECT-CT/100000 inw	1,34	1,12	1,53	1,96	1,37	1,75
MRI ¹⁶	126	66	40	20		
MRI/100000 inw	1,09	0,99	1,09	1,64	1,11	1,66
Radiotherapie	32	14	11	6		
Rt/100000 inw	0,28	0,21	0,30	0,49	1,44	2,35

Ook wat het aantal gespecialiseerde **spoedafdelingen en de MUG-interventiewagens** betreft valt het op dat Vlaanderen over minder erkenningen beschikt dan Wallonië. De aanrijtijden voor ambulances zijn een argument om in Wallonië enkele extra afdelingen toe te staan, maar het verschil is 45% voor de spoedafdelingen en bijna 30% voor de MUG-wagens!

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Gespecialiseerde Spoed Gespec. Spoed/100000 inw	118	58	46	14		
	1,02	0,87	1,26	1,15	1,45	1,32
MUG	96	51	36	9		
MUG/100000 inw	0,83	0,76	0,98	0,74	1,29	0,97

Met betrekking tot het zorgprogramma cardiologie stellen we vast dat Wallonië beschikt over meer dan dubbel zoveel erkende **hartcentra B2** (interventie-cathlab) dan Vlaanderen en 37% meer erkende B3 diensten (hartchirurgie). In de erkenningsnormen worden een minimum aantal interventies/ingrepen bepaald als voorwaarde om de erkenning te krijgen en te behouden. De specifieke situatie van het Hoofdstedelijk Gewest kan nog als uitzonderlijk beschouwd worden maar ook hier is de vraag of het minimum aantal interventies en ingrepen in elk centrum gehaald wordt. Eveneens opvallend is dat in Brussel op een na alle hartcentra een B3 erkenning hebben.

2021	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Hartcentrum B2	22	9	12	1		
B2/100000 inw	0,19	0,13	0,33	0,08	2,44	0,61
Hartcentrum B3	28	12	9	7		
B3/100000 inw	0,24	0,18	0,25	0,57	1,37	3,20

Vlaanderen en Wallonië zijn dus evenredig uitgebouwd wat het aantal ziekenhuisbedden betreft. Vlaanderen benut deze bedden wel efficiënter (kortere ligduur per opname) dan Wallonië. Brussel is duidelijk ruim voorzien van ziekenhuisbedden en die worden ook minder efficiënt gebruikt. Wat betreft de uitrusting "zware

¹³ CT: Computer Tomografie.

¹⁴ PET-CT: combinatie van Positron Emissie Tomografie en klassieke computer tomografie.

¹⁵ SPECT-CT: combinatie van Single Photon Emission Computed Tomografie en klassieke computer tomografie.

¹⁶ MRI: Magnetic Resonance Imaging.

apparatuur” heeft Wallonië duidelijk een groter aanbod dan Vlaanderen. Belangrijk is te noteren dat de algemene regelgeving rond programmatie en erkenning door het Federale niveau bepaald wordt maar dat de concrete erkenningen en de opvolging van de voorwaarden van erkenning door de Gewesten gebeurt. Het is niet mogelijk te controleren of de verplichte minimum activiteitsnormen in al deze centra gehaald en geverifieerd worden. In Brussel werden opvallend veel toestellen “zware apparatuur” geplaatst. Dezelfde regelgeving heeft dus geleid tot ongelijke implementatie. Als er een onevenwicht ontstaan is wat betreft uitrusting “zware apparatuur” kan enkel geconcludeerd worden dat hier een efficiëntiewinst te realiseren is.

3. De uitgavenprofielen tussen Noord en Zuid verschillen.

Uit vorige paragraaf onthouden we dat het basisaanbod van ziekenhuisbedden evenredig verdeeld is tussen Vlaanderen en Wallonië. Het Hoofdstedelijk Gewest is wel duidelijk ruimer uitgebouwd. De uitrusting “zware apparatuur” is eveneens veel ruimer uitgebouwd in Brussel maar ook in Wallonië. Vraag is of dit leidt tot onevenwichtige “consumptie” van gezondheidszorg.

In 2012 publiceerde het RIZIV een rapport in verband met de **medische uitgaven** vanuit geografisch perspectief. Dit rapport analyseert de periode 2009¹⁷. Aangezien er weinig evolutie in de tijd te verwachten is laat dit rapport toe regionale verschillen op basis van het “medisch verbruik” te beoordelen.

Gemiddelde uitgaven/inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Inwoners	10436234	6097416	3347116	991702		
Ambulante patiënten	967,59	960,53	999,9	901,95	1,04	0,94
Gehospitaliseerde patiënten	636,32	631,1	642,39	647,92	1,02	1,03
Residentiële uitgaven	174,77	176,98	173,31	166,08	0,98	0,94
Psychiatrische instellingen	79,27	91,04	62,7	62,82	0,69	0,69

Het domein ambulante patiënten omvat alle ambulante verstrekkingen, uitgezonderd de prestaties in de residentiële zorg en revalidatie. Residentiële uitgaven betreffen uitgaven voor verblijf in ROB/RVT en in centra voor dagverzorging. Zowel voor ambulanten als voor gehospitaliseerde patiënten zijn de jaarlijkse uitgaven per inwoner wat hoger in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen. Brussel heeft een meer ziekenhuisgerichte zorg: de kost voor ambulante verzorging is beduidend lager en de kost voor gehospitaliseerde patiënten is hoger dan in Vlaanderen. De uitgaven in de psychiatrische instellingen zijn in Vlaanderen veel hoger dan in Franstalig België.

Gemiddelde uitgaven/inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Huisartsen (Rdpl en bezoeken)	96,39	101,57	94,57	70,65	0,93	0,70
Globaal Medisch Dossier	8,98	11,47	5,42	5,66	0,47	0,49
Specialisten (Rdpl en bezoeken)	55,84	50,77	59,29	75,4	1,17	1,49

Vlaanderen heeft duidelijk een meer huisartsgerichte geneeskunde zoals blijkt uit de hogere uitgaven voor raadplegingen en bezoeken en voor het globaal medisch dossier. De hogere uitgaven per inwoner voor specialistische raadplegingen en bezoeken in Wallonië en Brussel vormen het spiegelbeeld: meer gericht op specialistische geneeskunde dus.

Gemiddelde uitgaven/inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Klinische Biologie	116,56	112,73	123,21	117,64	1,09	1,04
Medische beeldvorming	102,85	97,14	114,22	99,59	1,18	1,03

¹⁷ Bron: Medisch verbruik vanuit geografisch perspectief: Variaties in de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in België, Gegevens 2009. RIZIV 2012.

Medicamenten officina	255,98	249,68	267,26	226,24	1,07	0,91
------------------------------	--------	--------	--------	--------	------	------

Er is een relatieve overconsumptie voor labo-onderzoeken in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen. Deze overconsumptie is nog groter voor de medische beeldvorming. De uitgaven in Brussel liggen dicht bij het nationale gemiddelde. In Wallonië liggen de uitgaven voor medische beeldvorming 20% hoger dan in Vlaanderen. De uitgaven voor geneesmiddelen liggen in Vlaanderen lager dan in Wallonië. De uitgaven voor geneesmiddelen in de openbare apotheken is het laagst in Brussel.

Gemiddelde uitgaven/inwoner Jaar 2009 Bedragen in €	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Verpleegdagprijs Ziekenhuizen	367,84	357,25	371,67	420,02	1,04	1,18
Honoraria Verpleegkundigen	94,43	103,66	41,88	93,17	0,40	0,90

De kost voor het verblijf in de ziekenhuizen is het laagst in Vlaanderen. Dit is waarschijnlijk het resultaat van de kortere gemiddelde verblijfsduur. Het is opvallend dat de uitgaven voor de honoraria van de verpleegkundigen in Vlaanderen hoog zijn. Dit kan verklaard worden door de meer uitgebouwde thuiszorg in Vlaanderen oa. in functie van de kortere ziekenhuisopnames.

Analyse van RIZIV gegevens met betrekking tot de uitgaven in de Geneeskundige Verzorging toont globaal een hogere consumptie in Wallonië in een aantal sectoren: honoraria specialisten, klinische biologie, medische beeldvorming en geneesmiddelen (officina's). Vooral de honoraria van de specialisten en de medische beeldvorming vallen op. Behalve voor de honoraria huisartsen toont Vlaanderen in deze sectoren een relatieve onderconsumptie. Hogere uitgaven in Vlaanderen worden anderzijds gevonden voor de sector ROB-RVT en psychiatrie. Brussel scoort vooral hoog voor de honoraria specialisten, de andere sectoren scoren eerder laag en dit ondanks het ruimere aanbod aan ziekenhuizen en zware apparatuur in Brussel. Mogelijks is dit een indicatie dat het aanbod in Brussel te ruim is. De vraag is dan ook of al deze toestellen de erkenningsnormen wel halen en of ze dus gefinancierd moeten blijven. Bijkomend kan de vraag gesteld worden of het aantal bedden in de Brusselse ziekenhuizen in overeenstemming is met de behoefte. De honorariasupplementen zijn in de Brusselse ziekenhuizen veel hoger dan in Vlaanderen. Mogelijks wordt een deel van die supplementen binnen de ziekenhuizen door de directies gebruikt om een groter aantal bedden in stand te houden. De financiering gebeurt op basis van verantwoorde bedden en we konden vaststellen dat een ruimer aantal bedden in bedrijf gehouden worden in Brussel dan in vergelijking met Vlaanderen. Het bestaande beeld dat de geneeskunde in Franstalig België meer gericht is op specialistische ziekenhuisgeneeskunde en Vlaanderen een meer huisartsgerichte geneeskunde heeft met een beter uitgebouwde eerstelijns geneeskunde en thuisverzorging wordt bevestigd. De som van de bovenvermelde domeinen toont dat de "consumptieverschillen" tussen Vlaanderen en Wallonië uiteindelijk echter grotendeels verdwijnen als gevolg van de hogere uitgaven huisarts geneeskunde, thuisverpleging en psychiatrische instellingen in Vlaanderen. De totale uitgaven per inwoner voor 2009 in de besproken domeinen waren: Vlaanderen 2944 €/inw, Wallonië 2956 €/inw, Brussel 2887 €/inw. Een RIZIV studie die een meer actueel beeld zou geven van de regionale consumptieverschillen zou welkom zijn.

4. Tussen Noord en Zuid bestaan opvallende performantieverschillen.

Een meer gedetailleerde analyse van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem toont een aantal belangrijke verschillen tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Health System Performance Assessment (HSPA) is een door de Wereldgezondheidsorganisatie gebruikte methode om de gezondheidssystemen van de verschillende landen te vergelijken. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft enkele studies gepubliceerd op basis van deze HSPA indicatoren. De laatste op HSPA gebaseerde studie werd in 2019 voorgesteld¹⁸. De studie rapporteert 122 indicatoren. Er zijn een aantal opvallende indicatoren waarvoor Vlaanderen beduidend beter scoort dan Wallonië of Brussel, andere zijn gelijklopend of werden niet per regio gerapporteerd. Het besluit was dat voor verschillende indicatoren ruimte voor verbetering was namelijk op vlak

¹⁸ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A.

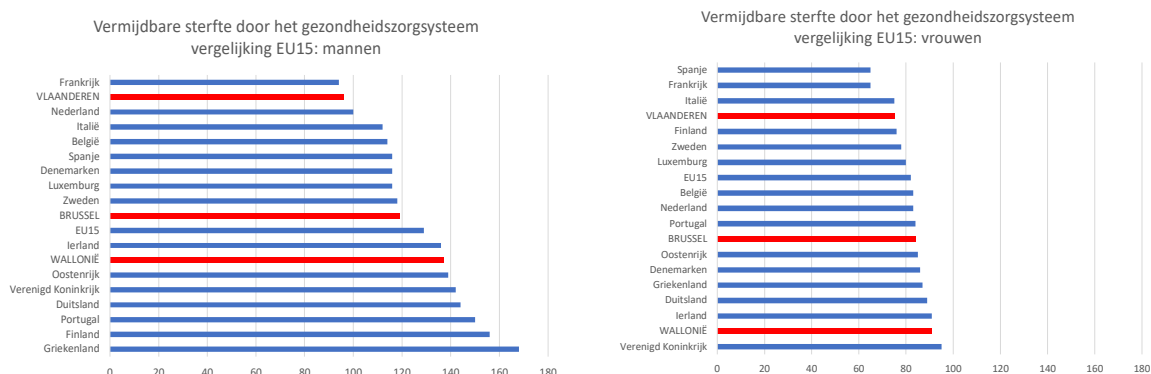
van gepastheid van zorg, veiligheid van zorg en zorgcontinuïteit. We beperken ons tot die domeinen waarvoor regionale gegevens gerapporteerd werden: doeltreffendheid van zorg, veiligheid van zorg en zorg omtrent het levenseinde.

Een globale beoordeling van de doeltreffendheid van zorg kan gedaan worden aan de hand van vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem en vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid. De vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem schat het aantal overlijdens dat had kunnen vermeden worden door meer doeltreffend medisch handelen. De vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid schat het aantal overlijdens dat had kunnen vermeden worden door meer doeltreffende gezondheidszorgmaatregelen ¹⁹, meer een langetermijnbenadering dus.

De cijfers voor **vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem** zijn hoger in Wallonië en in Brussel dan in Vlaanderen. Globaal kan de ernst van de pathologie niet belangrijk verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië gezien de verantwoorde ligduur in de ziekenhuizen vergelijkbaar is. Er is dus een verschil in het resultaat van de medische praktijk. Vergeleken met het Europese EU-15 gemiddelde is de door het gezondheidszorgsysteem vermijdbare sterfte voor Vlaanderen bij de beste zowel voor mannen als voor vrouwen (zie fig).

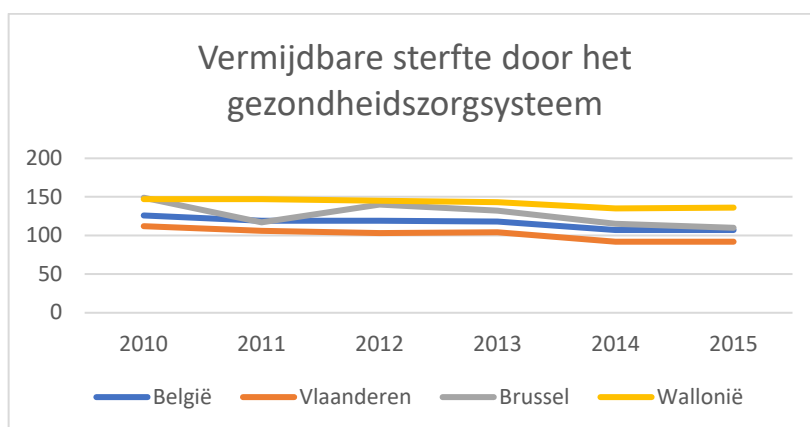
n/100000 inw.	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië	Ratio W/V	Ratio Br/V
Mannen	110,6	95,7	118,7	137,6	1,44	1,24
Vrouwen	81,0	75,4	84,3	90,7	1,20	1,12
Seks ratio	1,37	1,27	1,41	1,52		

Vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem, gemiddelde 2013-2015. (bron Statbel/Sciensano).



bron OESO Health statistics 2018 en Statbel/Sciensano.

Bovenstaande grafieken tonen de vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem (aantal overlijdens per 100000 inwoners). In internationale vergelijking is het resultaat voor Vlaanderen beduidend gunstiger dan het resultaat voor Wallonië en Brussel.



Evolutie van de vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgsysteem. bron Sciensano.

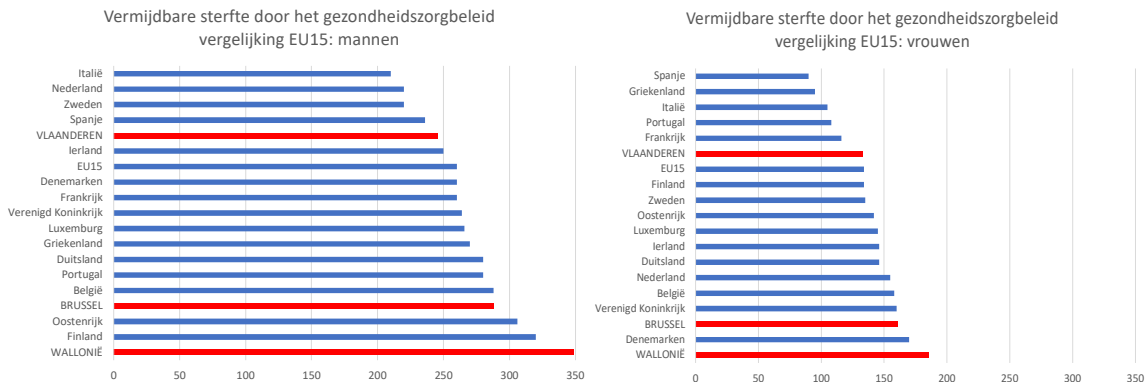
¹⁹ www.gezondbelgië.be

Tussen 2010 en 2015 is de vermijdbare sterfte langzaam verminderd, de verschillen tussen de regio's blijven wel bestaan.

De cijfers voor **vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid** zijn hoger in Wallonië en Brussel (respectievelijk ongeveer 40% en 20%) dan in Vlaanderen. Bij mannen (jonger dan 75) zijn de belangrijkste doodsoorzaken die door het gezondheidszorgbeleid mogelijk voorkomen hadden kunnen worden longkanker, hartaandoeningen en zelfmoord. Bij vrouwen (jonger dan 75) zijn de belangrijkste doodsoorzaken die door het gezondheidszorgbeleid mogelijk voorkomen hadden kunnen worden longkanker, borstkanker en hartaandoeningen. Voor de door het gezondheidszorgbeleid vermijdbare sterfte scoort België voor mannen en vrouwen slechts matig op Europees niveau (EU-15). Vlaanderen echter scoort bij de 4 of 5 beste. Wordt in Wallonië minder aandacht gegeven aan preventieve geneeskunde (rookstop en kankerscreening bv.) en is daardoor het resultaat slechter?

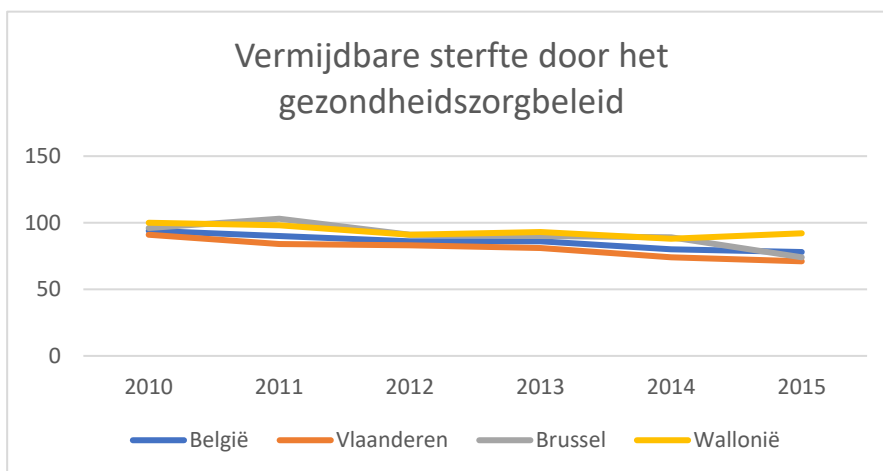
n/100000 inw.	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië	Ratio W/V	Ratio Br/V
Mannen	281,4	246,3	288,5	349,6	1,42	1,17
Vrouwen	152,4	132,7	161,3	186,7	1,41	1,21
Seks ratio	1,8	1,9	1,8	1,9		

Vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid, gemiddelde 2013-2015. (bron Statbel/Sciensano).



bron OESO Health statistics 2018 en Statbel/Sciensano.

Bovenstaande grafieken tonen de vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid (aantal overlijdens per 100000 inwoners). In internationale vergelijking is het resultaat voor Vlaanderen beduidend gunstiger dan het resultaat voor Wallonië en Brussel.



Evolutie van de vermijdbare sterfte door het gezondheidszorgbeleid. bron Sciensano.

Verdere HSPA indicatoren voor doeltreffendheid van zorg. Sterfte na een ziekte of een operatie: in Wallonië en in Brussel is de kans om binnen de 30 dagen te sterven na een hartinfarct 15% groter dan in Vlaanderen. Dit ondanks de ruimere voorzieningen voor de behandeling van een dreigend hartinfarct in Wallonië en Brussel. Vergelijkbare resultaten worden gerapporteerd voor sterfte binnen de 30 dagen na een ischemische beroerte. Dertig dagen na een colon- of rectumoperatie en 90 dagen na een colon- of rectumoperatie verschillen de resultaten tussen Vlaanderen en Franstalig België nog meer.

Doeltreffendheid van zorg		België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Sterfte binnen 30 dagen na hartinfarct (opname %) (bron MZG 2016)		7	6,7	7,7	7,7	1,15	1,15
Sterfte binnen 30 dagen na isch. beroerte (opname %) (bron MZG 2016)		9	8,6	9,9	8,9	1,15	1,03
Sterfte binnen 30 dagen na colon- of rectumoperatie (opname %) (2011-15)	Colon	3,9	3,3	4,9	5,4	1,48	1,64
	Rectum	2,1	1,7	3	3,3	1,76	1,94
Sterfte binnen 90 dagen na colon- of rectumoperatie (opname %) (2011-15)	Colon	6,7	5,7	8,3	9,5	1,46	1,67
	Rectum	4,2	3,6	5,3	4,8	1,47	1,33

bron Kankerregister, Minimale Ziekenhuisgegevens (FOD Volksgezondheid)

Indicatoren voor **veiligheid van zorg** zijn samengevat in volgende tabel.

Veiligheid van zorg	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
MRSA besmetting (/1000 ZH verblijven-mediaan) (bron Sciensano 2016)	0,7	0,5	1,2	0,5	2,40	1,00
Longembool of DVT na knie- of heupoperatie (n/100000 ontslagen) (bron MZG 2014)	352	247	498	576	2,02	2,33
Postoperatieve sepsis na buikoperatie (n/100000 ontslagen) (bron MZG 2014)	1717	2230	1443	715	0,65	0,32
Doorligwonden in ziekenhuizen (% hospitalisaties) (bron FRKVA 2012)	5,1	4	7,7	5,9	1,93	1,48

Bron: Sciensano, Minimale Ziekenhuisgegevens (FOD Volksgezondheid), Fed. Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit).

De kwaliteit van de verpleegkundige verzorging wordt oa. weergegeven door de frequentie waarmee, wegens onvoldoende handhygiëne, MRSA (de ziekenhuisbacterie) overgedragen wordt van patiënt tot patiënt. Een tweede indicator is de frequentie van doorligwonden bij bedlegerige patiënten. Doorligwonden ontstaan wanneer een patiënt langdurig geïmmobiliseerd is in zijn of haar bed. MRSA besmettingen komen in Wallonië meer dan dubbel zoveel voor als in Vlaanderen. Het percentage ernstige doorligwonden bij gehospitaliseerde patiënten is 7,7% in Wallonië vs 4% in Vlaanderen, bijna dubbel zoveel. Brussel scoort iets beter dan Wallonië. Te vermelden is nog dat volgens gegevens van Sciensano (2017) de frequentie van besmettingen in de ziekenhuizen 7,3% bedraagt. Het EU15 gemiddelde is 6,4%.

Longembolie, diepveneuze trombose en postoperatieve sepsis (bloedvergiftiging) zijn levensbedreigende verwickelingen na een operatie. De incidentie van deze verwickelingen kan verbeterd worden door strikte preventieve perioperatieve schema's te volgen. Vlaanderen scoort hier ongeveer het Europese gemiddelde (EU15 gemiddelde: respectievelijk 401 verwickelingen/100000 ontslagen en 2122 besmettingen/100000 ontslagen). Wallonië en Brussel doen het beduidend slechter voor longembolie maar beter voor sepsis na buikoperaties. Uit het rapport citeren we tenslotte nog cijfers in verband met het **levenseinde**.

Levenseinde	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Ratio W/V	Ratio Br/V
Palliatieve zorg (% kankerpatienten)	53,4	59,8	46,1	43,7	0,77	0,73
Chemotherapie in laatste 14 dagen (% terminale ptn)	8,9	7,5	10,9	9,7	1,45	1,29

bron Kankerregister, Intermutualistisch Agentschap (IMA)

Voor patiënten die sterven aan kanker wordt in Vlaanderen ruimer gebruikt gemaakt van palliatieve zorg. De indicator “chemotherapie in de laatste 14 dagen” illustreert anderzijds therapeutische hardnekkigheid. In Wallonië wordt bij een groter deel van de kankerpatiënten doorgegaan met chemotherapie tot kort voor het overlijden, hetgeen medisch gezien waarschijnlijk niet erg zinvol is.

Wat betreft **preventieve gezondheidszorg** is bijvoorbeeld de respons op kankerscreeningprogramma’s in Vlaanderen beter dan in het Franstalig landsgedeelte. Ook vaccinatieprogramma’s worden in Vlaanderen beter opgevolgd. De recente campagnes voor de Corona-vaccinaties hebben dit nogmaals aangetoond.

Gegevens Coronapandemie	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Prijs Vaccin (€ per inspuiting)	53	72	
Vaccinatiegraad 1ste Booster	85%	68%	50%
Vaccinatiegraad 2de Booster	54%	25%	16%
Bevolkingspercentages			
% Besmettingen	57,40%	30,50%	10,70%
% Hospitalisaties	53,40%	32,40%	14,10%
% Overlijdens	51,10%	35,80%	13,10%

bron: Sciensano 28/11/2022

De respons voor de eerste en tweede boosterinspuiting was in Vlaanderen beter dan in Wallonië of Brussel. De geregistreerde besmettingen lopen gelijk met de procentuele verdeling van de bevolking. De hospitalisatie en zeker de overlijdens zijn in Vlaanderen minder dan wat op basis van het bevolkingspercentage kon verwacht worden. In Brussel en Wallonië zijn de percentages van in het ziekenhuis opgenomen patiënten en van de overlijdens hoger dan wat op basis van het bevolkingspercentage kon verwacht worden. Er stierven 33043 mensen aan Corona in België (28/11/2022).

De performantie van het gezondheidssysteem lijkt in Vlaanderen beter te zijn dan in Wallonië en Brussel. Zowel voor doeltreffendheid, veiligheid als voor kwaliteit bij het levenseinde voor kankerpatiënten scoort Vlaanderen beter dan Brussel en Wallonië. Ook in Europese vergelijking scoort Vlaanderen behoorlijk, dit in tegenstelling tot Brussel en Wallonië. Verminderde kwaliteit is niet alleen nadelig voor de betrokken patiënten maar eveneens kostenverhogend! Het is echter niet mogelijk op basis van deze informatie te concluderen hoe het komt dat Vlaanderen in de verschillende domeinen een betere performantie realiseert.

Zowel de uitbouw van het ziekenhuislandschap, de kenmerken van de gezondheidszorg als het resultaat van gezondheidszorg verschillen duidelijk tussen Noord en Zuid. Efficiëntieverbetering en kwaliteitsverbetering zouden niet alleen de bevolking ten goede komen maar zou ook budgettaire marge kunnen creëren om de uitdagingen voor de toekomst aan te kunnen. Niet alleen zouden de kwaliteit en de resultaten van de curatieve geneeskunde moeten gemaximaliseerd worden maar, mogelijks nog belangrijker, zou meer aandacht moeten gegeven worden aan preventie.

5. Het belang van solidariteit tussen de Gemeenschappen.

In een solidair gezondheidszorgsysteem worden de kosten gedragen door een gemeenschappelijk budget, onafhankelijk van de gezondheidsstatus en zonder premiedifferentiatie. Iedereen draagt bij volgens draagkracht via de bijdragen voor de sociale zekerheid. Dit “interpersoonlijk” solidaire systeem staat echter onder druk door de toename van het aandeel persoonlijke uitgaven, de kosten van de vergrijzing en de stijgende uitgaven door de medico-technologische ontwikkelingen. Een keuze zal moeten gemaakt worden: ofwel stijgt het aandeel van de persoonlijke uitgaven, waardoor het solidariteitsprincipe afbrokkelt, ofwel zal een efficiëntere organisatie noodzakelijk zijn. Het is dan ook belangrijk na te denken hoe we de efficiëntie en de kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem verder kunnen optimaliseren.

De “institutionele” solidariteit tussen de Gemeenschappen (transfers) is een tweede solidariteitssysteem. Niet zozeer grote consumptieverschillen tussen Vlaanderen en Franstalig België maar ongelijkheden in de bijdragen tot de sociale zekerheid leggen druk op de solidariteit. Deze solidariteit steunt op een maatschappelijk draagvlak dat echter bedreigd wordt door onvoldoende transparantie en verschillen in performantie. Recent werden de Noord-Zuid transfers geanalyseerd door de professoren Decoster en Sas van het Departement Economie, KULeuven^{20,21}. Zij bestudeerden de interregionale financiële stromen in België voor de periode 2000 tot 2020. De Noord-Zuid transfers voor 2021 werden geraamd op 7,27 miljard Euro (ongeveer 1,4 % van het bbp): 64,4 % van de transfers gebeuren via de Federale Begroting, 25,5% via de Sociale Zekerheid en 10,1% via de dotaties. Deze globale Noord-Zuid transfers zijn in de loop der jaren ongeveer constant gebleven. De transfers in de pensioensector namen de laatste 20 jaar af (door veroudering van de bevolking in Vlaanderen) terwijl de transfers in de sector ziekte en invaliditeit belangrijk toenamen. Wallonië is steeds de ontvangende deelstaat! Voor een meer uitgebreide bespreking van de Noord-Zuid transfers zie bijlage 3.

Gezien de uitdagingen voor de toekomst, zowel in de gezondheidszorg als in de andere sectoren van de sociale zekerheid, gezien de duidelijke cultuurverschillen en gezien de vastgestelde performantieverschillen is het logisch naar een financieringsstelsel te evolueren dat toelaat zowel performantie als kwaliteit te ondersteunen. Een gesplitste financiering van de gezondheidszorg biedt mogelijkheden en hoeft geen verlies van solidariteit te betekenen. Wel belangrijk is dat solidariteit op een transparante manier georganiseerd wordt en een tijdsdefinitie heeft. Enkel op die manier kan een maatschappelijk draagvlak bewaard blijven. Inderdaad als burgers minder bereid zouden zijn de stijgende kosten voor gezondheidszorg te betalen binnen een solidair systeem is te verwachten dat een toenemend privaat gedeelte ontstaat. Deze evolutie is op dit ogenblik reeds bezig gezien de toenemende out-of-pocket betalingen en de privaat verzekeringen. Bij toenemende kosten in de gezondheidszorg moet dus een keuze gemaakt worden tussen een uitbreiding van de collectieve solidariteit of een toename van de privaat verzekering (vooral de hospitalisatieverzekering). Het is logisch eerst de solidariteit te optimaliseren door een duidelijk transparant financieringsmodel voor de gezondheidszorg uit te werken en door de regionale verschillen (efficiëntieverbetering) weg te werken. Dit laatste door een “voorwaardelijke” solidariteit in te voeren: solidariteit in functie van te bereiken kwaliteits- en financiële doelen.

Als solidariteit bedreigd is dient ze ondersteund te worden maar niet door bijkomende mechanismen uit te werken. Transparantie kan georganiseerd worden door de reële bijdragen vanuit de Gemeenschappen als uitgangsbudget voor de financiering van hun gezondheidszorgbeleid te nemen, indien nodig aan te vullen met onderhandelde solidariteit en een afgesproken tijdsperspectief. Dit biedt overigens de mogelijkheid om de niet-transparante transfers te vervangen door een aangepast solidariteitsmechanisme waardoor onderpresterende regio's kunnen geactiveerd worden. Het is dus duidelijk dat ook in een decentraal georganiseerde gezondheidszorg solidariteit, rechtvaardigheid en doelmatigheid verzekerd kunnen blijven. Dezelfde redenering kan ook gelden voor de andere delen van de sociale zekerheid: pensioenen en werkloosheid.

6. Decentralisatie als oplossing om de uitdagingen voor de toekomst op te vangen?

Theoretische overwegingen bij de uitwerking van decentralisatie²². Vanuit een top-down benadering zijn verschillende definities van decentralisatie mogelijk. Bij devolutie worden de macht, de middelen en de verantwoordelijkheid overgedragen aan autonome structuren die onafhankelijk van de centrale regering werken. Bij de-concentratie worden de macht, de middelen en de verantwoordelijkheid overgedragen aan perifere eenheden van een centraal leidende administratie. Bij delegatie worden de macht, de middelen en de verantwoordelijkheid overgedragen aan organisaties buiten de centrale administratie welke kunnen gecontroleerd worden door de centrale regering. Privatisering tenslotte betekent een contractuele samenwerking tussen de centrale structuren en de perifere structuren.

Drie aspecten van decentralisatie worden onderscheiden in de literatuur:

²⁰ André Decoster, Willem Sas 2017. Interregionale Financiële Stromen in België: 2000-2020. KULeuven, Departement Economie.

²¹ Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken 2020. Interregionale Financiële Stromen in België Monitor-Update 2000-2024. Brussel, Vlaamse Overheid.

²² Deze paragraaf is gebaseerd op Decentralization in Health Care, Strategies and outcomes. Edited by Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbæk . European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2007.

- Politieke decentralisatie: Argumenten pro gaan in essentie over de weg om transfers meer transparant te maken en te stoppen en de vrijheid om eigen accenten te bepalen in de verdere uitbouw van de gezondheidszorg. Deze verminderde uniformiteit is voor tegenstanders een argument tegen, uit vrees voor verminderde billijkheid.
- Administratieve decentralisatie betreft de relatie tussen de administratie en de juridische vorm waarbinnen de ziekenhuizen uitgebouwd worden. Dit kan gaan van ziekenhuizen onder directe leiding van de centrale administratie tot private ziekenhuizen en de tussenvormen.
- Financiële decentralisatie betreft de oorsprong van de financiële middelen en de verdeling ervan. In een studie over de effecten van decentralisatie in gezondheidszorgsystemen in Europese landen geven Saltman et al.²³ een indeling volgens graad van financiële decentralisatie. Landen waar geen financiële decentralisatie bestaat zijn: Frankrijk, België, Duitsland, Oostenrijk, Ierland. Landen met de meest decentrale financiële organisatie in de gezondheidszorg zijn: Denemarken, Finland, Italië, Spanje, Zweden en UK. Nederland bevindt zich tussen de twee.

Internationale ervaringen met decentralisatie. In Europa zijn een paar voorbeelden van doorgedreven decentralisatie te vinden. In Spanje werd in 1978 de Grondwet aangepast waardoor 17 Autonome Gemeenschappen bevoegdheden toegewezen kregen waaronder gezondheidszorg. De centrale regering bepaalt de basiswetgeving en coördineert de regio's. In 2001 werd de financiering herzien. De regio's ontvangen financiële middelen vanuit de inkomstenbelasting en de BTW. Deze evolutie is ontstaan onder regionale druk. In het Verenigd Koninkrijk werd de gezondheidszorg opgesplitst naar de verschillende landen: England, Scotland, Wales en N-Ierland. Financiering gebeurt vooral op basis van nationale belastingen. Enkel Scotland heeft de bevoegdheid om eigen belastingen te heffen. De centrale regering controleert de decentrale belastingen en de uitgaven.

In andere landen zoals bv. Noorwegen, Italië en Zweden werden de laatste decennia initiatieven tot decentralisatie genomen. Soft budgeting en interne marktwerking werden hierbij toegestaan. Dit heeft er toe geleid dat decentralisatie niet lukte op de lange termijn. Budgetten werden onvoldoende controleerbaar en onnodige investeringen of initiatieven leidden tot inefficiënties. Bovendien werd het belang onderschat van een zekere vrijheid om binnen de regio's zelf belastingen en tarieven te kunnen bepalen. Dit leidde tot gedeeltelijke recentralisaties. Wegens een globale aanpak was het niet meer mogelijk te analyseren welke factoren het belangrijkste waren in deze mislukkingen.

Volgens bovenstaande definities vertoont de Belgische gezondheidszorg kenmerken van een delegatiemodel, centraal aangestuurd en met centrale financiering. Uit de internationale ervaringen kunnen we leren dat bij decentralisatie de centrale aansturing best grotendeels behouden blijft en dat vooral de centrale financiering dient gewijzigd te worden.

Het belang van decentralisatie voor de gezondheidszorg in Vlaanderen en België. In een studie van het Kenniscentrum werd vastgesteld dat voor de geneeskunde in Franstalig België, op basis van een aantal internationale Health System Performance Assessment indicatoren marge voor verbetering bestaat²⁴. Mogelijks zou de verdere ontwikkeling van preventieve geneeskunde een winst kunnen inhouden. Verwacht mag worden dat betere preventie op termijn zal leiden tot een beter gezondheidsniveau van de bevolking en minder uitgaven in de curatieve sector. Mits de nodige financiële middelen zou Vlaanderen de preventieve gezondheidszorg structureel verder kunnen versterken en eigen accenten toevoegen in de organisatie van de curatieve gezondheidszorg. Het is bovendien moeilijk te verdedigen dat deze potentiële efficiëntiewinst zou verdwijnen via niet-transparante transfers. Het vrijgekomen budget kan dan gebruikt worden om de financiële uitdagingen op te vangen. Indien een voorwaardelijke solidariteit zou kunnen gerealiseerd worden kan zelfs het initiatief uitgewerkt worden om Franstalig België mee te nemen in dit traject. Voorwaarden zijn dat solidariteit, rechtvaardigheid en doelmatigheid verzekerd blijven of versterkt worden. Een decentrale organisatie voor de verschillende sectoren van de sociale zekerheid met eigen bevoegdheden en eigen budget en aangevuld met een transparante en voorwaardelijke solidariteit biedt de mogelijkheid de gezondheidszorg te versterken voor de toekomst. Naast de preventieve geneeskunde en de ouderenzorg (de huidige situatie) worden dus ook de

²³ Saltman RB, Bankauskaite V. Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective. *Health Econ Policy Law*. 2006;1(Pt 2):127-147.

²⁴ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A.

curatieve sector en de ziekte- en invaliditeitsector aan de gemeenschappen toegewezen²⁵. De pensioenen en de werkloosheid volgen.

Praktijkverschillen, kwaliteitsverschillen, cultuurverschillen, trage besluitvorming en een te ingewikkelde bevoegdheidsverdeling zijn allemaal factoren die een verlies aan efficiëntie meebrengen. Daar bovenop ondermijnen niet-transparante Noord-Zuid transfers de solidariteit waarop de Sociale Zekerheid gebaseerd is.

7. Voorstel.

Decentralisatie kan in België op verschillende manieren georganiseerd worden: naar Gemeenschappen of naar Gewesten of eventueel naar subgewesten. Ook de administratie (RIZIV/FOD Volksgezondheid) en de overlegorganen kunnen centraal dan wel decentraal georganiseerd worden. Wat betreft Gemeenschap vs. Gewest lijkt het beter decentralisatie in een definitie Gemeenschappen te bepalen. Verwante bevoegdheden zijn trouwens reeds aan de Gemeenschappen overgedragen. Wat betreft administratieve decentralisatie kan worden vermeld dat de ziekenhuizen onder toezicht van een Raad van Bestuur en een Algemene Vergadering werken, organen die een maatschappelijke verankering inhouden. Dit past dus zoals reeds gezegd in een delegatiemodel en aanpassingen zijn waarschijnlijk niet nodig. Gezien de ervaringen in Scandinavische landen blijft een centrale administratieve coördinatie nodig in functie van regelgeving, normering, tariefbepaling, Dit wil zeggen dat de Federale Overheidsdienst niet dient gesplitst te worden. Voor het RIZIV worden de budgetten gesplitst en kunnen de administratie en de overlegstructuren maximaal behouden blijven, waarschijnlijk aan te vullen met vertegenwoordiging van de Gemeenschappen.

Voorgesteld wordt dat voor elke Gemeenschap jaarlijks een eigen deelbudget van de sociale zekerheid vastgelegd wordt. Binnen een globaal kader kunnen de gemeenschappen dit budget volgens eigen inzichten besteden. Het budget wordt bepaald op basis van de bijdragen tot de sociale zekerheid van de Gemeenschappen en wordt zo nodig aangevuld met een solidariteit, gebaseerd op afgesproken doelstellingen en met een tijdsperspectief. Deze solidariteit heeft dus een voorwaardelijk aspect en wordt transparant georganiseerd. Bepalen tot welke Gemeenschap iemand behoort kan gebeuren op basis van de woonplaats. Voor het Hoofdstedelijk Gewest kan dit gebeuren op basis van de gemeenschapskeuze via de inschrijving in het ziekenfonds. Het voordeel is dat dit voor het Hoofdstedelijk Gewest een eenvoudige oplossing is, een nadeel is dat de verzuiling hierdoor verankerd wordt.

Voor de uitbouw eerste lijn en de gezondheidsberoepen dient de decentralisatie uitgewerkt te worden. Wat betreft de tweede en derde lijn is het beter een centrale aansturing van de gezondheidszorg te bewaren om te vermijden dat een te grote divergentie zou ontstaan tussen de uitbouw van het zorgaanbod met mogelijks een interregionale mobiliteit tot gevolg en ongelijkheden in toegankelijkheid. Het voorstel is dan ook om de bestaande structuren, RIZIV en FOD en ook de overlegstructuren zo veel mogelijk te behouden en om een financiële regeling uit te werken die de gemeenschappen toelaat eigen inzichten voor de gezondheidszorg uit te werken (politieke decentralisatie). Hiermee wordt in eerste instantie de verhouding preventieve vs. curatieve geneeskunde bedoeld. Dergelijke budgettaire splitsing houdt dus de mogelijkheid in om een "voorwaardelijke solidariteit" te installeren waardoor regio's die onderpresteren op bepaalde indicatoren kunnen gestimuleerd worden initiatieven te nemen. Een boordtabel zal in deze noodzakelijk zijn. Door meer aandacht voor preventie en welzijn kan bovendien op lange termijn een grotere algemene gezondheidswinst bekomen worden.

Curatieve sector. De extra muros geneeskunde wordt door de Gemeenschappen verder uitgebouwd volgens eigen inzichten. De ziekenhuizen blijven functioneren in het delegatiemodel zoals hoger beschreven. De organisatie van de eerste lijn en de ziekenhuisnetwerken wordt idealiter een zuivere bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Ziekenhuizen worden deels door de overheid gefinancierd op basis van een gesloten budget. Andere inkomsten voor de ziekenhuizen zijn oa. afhoudingen van de honoraria en de inkomsten van de apotheek. Jaarlijks wordt de begrotingsdoelstelling van de overheidsfinanciering, na een onderhandelingsprocedure, binnen het RIZIV

²⁵ Op dit ogenblik zijn de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap met betrekking tot het ruim gedefiniëerde gebied "gezondheid" de volgende: preventie, hulp aan bejaarden, de erkenning van zorgverstrekkers en zorginstellingen, kwaliteitsbewaking van zorginstellingen (eerstelijnszorg, ziekenhuizen, preventieve gezondheidszorg, thuiszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie en verslaving) en "gezinstoelagen".

vastgelegd. De Federale Overheid voegt hier nog een deel aan toe in een verhouding 75% RIZIV en 25% FOD. Het uiteindelijke Budget Financiële Middelen (BFM) wordt dan door de Minister tussen de ziekenhuizen verdeeld volgens vastgelegde criteria. De begroting voor de sector Geneeskundige Verzorging van het RIZIV bedroeg in 2022 31,755 miljard €. Het RIZIV-gedeelte van het BFM in 2022 was 6,959 miljard, ongeveer 22% dus. Het totale BFM bedroeg 10,2 miljard €. We pleiten hier voor een splitsing van de budgetten binnen het Riziv. Als voorgesteld wordt de functies van RIZIV en FOD maximaal te bewaren en enkel het budget Sociale Zekerheid op te delen (RIZIV) kan binnen de ziekenhuissector in feite ook het beoogde doel gerealiseerd worden. Een opdeling van FOD in Vlaams en Franstalig is dus niet nodig, meer het zou het voorstel maar minder kans op slagen geven. Splitsing van het budget van de Federale Overheidsdienst is dan ook op dit ogenblik niet opgenomen in het voorstel. We hebben trouwens vastgesteld dat de regelgeving en de uitwerking van het ziekenhuisaanbod door de Federale Overheidsdienst evenwichtig uitgebouwd werd tussen Vlaanderen en Wallonië. Brussel is een ander verhaal. Wat betreft erkenning van de “zware apparatuur” (door de Gemeenschappen) zijn wel onevenwichten ontstaan. Als de Franstaligen dit overaanbod wensen in stand te houden is dat hun beslissing, maar de financiële gevolgen zullen zichtbaar worden in de boordtabel die voor de opvolging van de solidariteit zal gebruikt worden. De verdeling van het budget RIZIV gebeurt op basis van de verhoudingen van de som van de individuele bijdragen aan de sociale zekerheid. Men mag verwachten dat op die manier de transfers in de gezondheidszorg verdwijnen (+/- 820 mio €) waardoor voor Vlaanderen budgettaire ruimte ontstaat, niet alleen voor de curatieve gezondheidszorg maar ook kunnen initiatieven verder uitgebouwd worden om de algemene gezondheid (preventie) van de Vlamingen te bevorderen. De Vlaamse Gemeenschap en Gewest kunnen de verdere uitbouw en organisatie van de gezondheidszorg naar eigen inzicht uitwerken. Zij vormen de intermediaire laag tussen de Federale Administratie en de lokale structuren: de eerstelijnszones en de ziekenhuisnetwerken. De Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap en het Waalse Gewest krijgen eveneens de mogelijkheid om dit te doen. Ook voor het Hoofdstedelijk Gewest lijkt het beter de bevoegdheden op basis van de Gemeenschappen toe te passen. Dit laatste zal nog een moeilijk punt worden. Er is geen reden om het delegatiemodel voor de ziekenhuizen te veranderen. De functie van de ziekenfondsen blijft behouden.

Ziekte en invaliditeit. Een decentrale organisatie op basis van het voorgestelde model van de ziekte en invaliditeitssector zou een stop van transfers ten belope van ongeveer 725 mio € per jaar kunnen betekenen. Dit vraagt waarschijnlijk geen grote aanpassingen, enkel de politieke beslissing om de centrale budgetten te splitsen op basis van de bijdragen. Indien de budgetten gesplitst worden en indien gepaste solidariteitsmechanismen uitgewerkt worden kunnen hier snel successen geboekt worden. In de decentrale diensten (RIZIV en Ziekenfondsen) moet waarschijnlijk niet veel aangepast worden.

Centrale administratie. Bij decentrale financiering moet een interne aanpassing van de taakorganisatie binnen het RIZIV uitgewerkt worden. Indien dit niet kan is een volledige splitsing van deze administraties noodzakelijk, waarbij de Gemeenschappen toezichthoudend zouden worden. Dit is waarschijnlijk een suboptimaal scenario want kostenverhogend. Binnen RIZIV en FOD Volksgezondheid bestaat een veelvoud van overlegstructuren. Indien het overlegmodel ook decentraal zou moeten uitgebouwd worden zou de plethora toenemen en de kosten dus ook. Een centrale aansturing met betrekking tot regelgeving, normering en tariefbepaling blijft wenselijk vooral om problemen zoals in de Scandinavische landen te voorkomen.

Pensioenen en Werkloosheid. Door de verouderende bevolking in Vlaanderen zijn sinds 2014 de transfers in de sector van de pensioenen gekeerd in het “voordeel” van Vlaanderen. Hier moeten we natuurlijk consequent blijven en dit accepteren. Een splitsing van de bevoegdheden geeft Vlaanderen wel de mogelijkheid om een eigen pensioenpolitiek uit te werken. Het hoge werkloosheidspercentage in Franstalig België vormt een bedreiging voor de toekomst. De visieverschillen tussen Noord en Zuid wat arbeidsmarkt en werkloosheid betreft zijn gekend. Splitsing in deze sector zou Vlaanderen toelaten ook in deze een eigen beleid te ontwikkelen.

Bijkomende overwegingen. We hebben kunnen berekenen dat het aantal verantwoorde bedden per 100000 inwoners voor Vlaanderen en Wallonië exact hetzelfde is. Dat wil zeggen dat de gemiddelde ziektegraad van de mensen die in de ziekenhuizen opgenomen worden in Vlaanderen of Wallonië vergelijkbaar is. Voor de budgetverdeling is een correctie op basis van de ziektegraad dus niet nodig zodat een verdeling volgens de bijdragen aan de sociale zekerheid dan ook logisch is. In Brussel was het aantal verantwoorde bedden beduidend hoger, waarschijnlijk door de invoer van zware pathologie. Door de financiering bij de Gemeenschappen te brengen hoeft dit geen probleem te zijn. Opname in een ziekenhuis kan immers niet beperkt worden tot het gewest waar men woont.

Op basis van vastgelegde verdeelsleutels en de daaruit voortvloeiende budgetten wordt verwacht dat de doelstellingen gerealiseerd worden. Solidariteitsmechanismen tussen de regio's moeten eveneens voorzien worden onder het motto: we helpen elkaar maar op af te spreken voorwaarden en voor een bepaalde tijd.

Een aantal essentiële punten dienen duidelijk afgesproken te worden:

- Blijven de financiële middelen centraal geïnd en nadien verdeeld tussen de Gemeenschappen?
- Of worden de financiële middelen perifeer geïnd?
- Kunnen de gemeenschappen/regio's bijkomende belastingen bepalen? Welke soort belasting kan dat dan zijn?
- Hoe wordt de centrale administratie gefinancierd?
- Is een mengvorm van centrale en decentrale inning beter en eventueel in welke verhouding?
- Kunnen decentrale financiële tekorten ontstaan? Wie houdt toezicht hierop of wordt dit in de solidariteitsafspraken geregeld? Hoe wordt de "cross-subsidiëring", bedoeld om ongelijkheden tussen de regio's op te lossen in andere landen georganiseerd? Wordt een "equalisatiemechanisme" voorzien via ofwel een specifiek fonds (Italië en Spanje), of via formules waarmee budgetten verdeeld worden (Engeland, Zweden) of via nationale toekenning van subsidies (Finland).
- Is een aanpassing nodig in de rol van het Interministerieel Overlegcomité?

Het is hier niet de bedoeling antwoorden te geven maar bij de uitwerking van een decentralisatieproject moeten dergelijke zaken uiteraard wel duidelijk vastgelegd worden.

Conform de doelstellingen van het VAV wordt gepleit voor een delegatieregeling van de gezondheidszorg en dit om de op basis van verbeterde efficiëntie de toegankelijkheid, de kwaliteit en de solidariteit voor de toekomst te verzekeren.

8. Wettelijke aanpassingen.

Het gezondheidsbeleid werd door de Bijzondere wet tot hervorming van de instellingen van 8 augustus 1980 toegewezen aan de Gemeenschappen en in art. 5. §1. I. werden de bevoegdheden gespecificeerd. Bij de 6^{de} staatshervorming werden deze bevoegdheden aangepast (Bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming 6 januari 2014, Hfst II. art 6). Het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen werd aan de Gemeenschappen toegewezen met uitzondering van de organieke wetgeving, de financiering van de exploitatie, de basisregelen betreffende de programmatie en de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen. Verder werden aan de Gemeenschappen toegewezen: het beleid betreffende geestelijke gezondheidszorg, de zorgverstrekkingen in oudereninstellingen, revalidatie en long term care revalidatie, de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn; de erkenning van de gezondheidszorgberoepen en hun contingering. Tenslotte de gezondheidsopvoeding, de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg evenals alle initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg. De federale overheid bleef evenwel bevoegd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de nationale maatregelen inzake profylaxis.

De uitzonderingen met betrekking tot de financiering van de exploitatie overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen en de uitzonderingen met betrekking tot de bevoegdheden voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering dienen aan de Gemeenschappen toegewezen te worden. Overigens is het logisch dat de nationale aanpak van een pandemie een federale bevoegdheid blijft (cfr. de aanpak van de COVID pandemie). Voor de internationale aspecten is het tenslotte best dat de Federale Overheid het contactpunt blijft.

Om deze voorstellen met betrekking op de gezondheidszorg wettelijk te realiseren is geen grondwetsherziening nodig. Het volstaat om aanpassingen te doen aan de voorvermelde bepalingen in de Bijzondere Wet tot hervorming van de instellingen van 8 augustus 1980. Om een bijzondere wet te wijzigen is een bijzondere meerderheid nodig: de meerderheid van elke taalgroep moet aanwezig zijn, in elke taalgroep moet een gewone meerderheid behaald worden en in de gehele vergadering moet een 2/3-meerderheid behaald worden.

Worden de doelstellingen van het VAV bereikt door deze voorstellen?

Het Vlaams Artsenverbond (VAV) is een socioculturele vereniging (vzw) voor en van Vlaamse artsen en dit zonder syndicale, partijpolitieke of filosofische bindingen. Een van de voornaamste doelstellingen is te streven naar een autonome Vlaamse gezondheidszorg als onderdeel van een autonome Vlaamse sociale zekerheid. Het VAV streeft naar communautarisering van de gezondheidszorg (de overheveling naar de Vlaamse en Franse Gemeenschap) waarbij de inwoners van Brussel kunnen kiezen voor het stelsel van een van beide gemeenschappen. Over de institutionele vorm van de Vlaamse autonomie, confederalisme of onafhankelijkheid, neemt het VAV geen standpunt in.

Dit voorstel tot hervorming van de gezondheidszorg voorziet enerzijds in een volledig gesplitste financiering naar de Gemeenschappen voor het geheel van de gezondheidszorg. Anderzijds blijven solidariteit, rechtvaardigheid en doelmatigheid verzekerd. De Federale aansturing met betrekking tot regelgeving en normering kunnen behouden blijven evenals de centrale overlegstructuren van RIZIV en FOD. De Gemeenschappen hebben de vrijheid de gezondheidszorg uit te werken volgens eigen inzichten maar zijn wel gebonden aan te bereiken doelen, geobjectiveerd aan de hand van een boordtabel. De opbouw van deze boordtabel zal het voorwerp van onderhandeling zijn maar onderdelen met betrekking tot kwaliteit, efficiëntie, budgetopvolging en solidariteit zullen noodzakelijk deel uitmaken van de indicatoren. Dit voorstel realiseert dus een ruime autonome Vlaamse gezondheidszorg en vormt de niet-transparante transfers om naar een transparant solidariteitsmechanisme.

Eindbeschouwing.

De mogelijkheid voor de gemeenschappen om eigen klemtonen te leggen, om een grotere efficiëntie te bereiken en om een spaarzaam beleid uit te werken zijn de voornaamste argumenten voor een verzelfstandigde gezondheidszorg. De voorgestelde hervorming houdt bovendien de mogelijkheid in om ook Franstalig België via voorwaardelijke solidariteit mee te nemen in het verder streven naar kwaliteitsverbetering en naar een efficiënt en spaarzaam beleid. Verwacht kan worden dat de noodzaak aan solidariteit in de loop der jaren zal verminderen. Vlaanderen en de Franse Gemeenschap kunnen zich volgens eigen inzichten en behoeften efficiënter organiseren en budgetten vrij maken om de uitdagingen aan te kunnen. Door meer de nadruk te leggen op preventieve geneeskunde zou een belangrijke globale gezondheidswinst voor de bevolking kunnen gerealiseerd worden. Uitbreiding van deze voorstellen naar werkloosheid en pensioensector kan eveneens uitgewerkt worden. Men mag hopen dat de hier beschreven hervormingen in de volgende regeringsonderhandelingen kunnen opgenomen worden.