



## **Het Belgische systeem van gezondheidszorg. Meer bevoegdheden voor de gemeenschappen/gewesten? Of voor de ziekenfondsen?**

*Erik Schokkaert (Departement Economie, KU Leuven en CORE, Universit  catholique de Louvain)*

*Carine Van de Voorde (Departement Economie, KU Leuven)*

*Uit het Engels vertaald door Veerle Lindemans*

Hoe ons systeem van gezondheidszorg en ziekteverzekering er in de toekomst zal uitzien, is een van de grote maatschappelijke vragen van vandaag. Hoe kunnen we aan alle burgers toegang verlenen tot de voordelen van de recente technologische ontwikkelingen, in de context van een groeiende druk op de overheidsuitgaven? Moeten en kunnen we op aanvaardbare wijze de keuzevrijheid inperken, voor patiënten maar ook voor zorgverstrekkers? Hoe moeten marktmechanisme en overheidsinterventie zich tot elkaar verhouden?

Met die structurele vragen worstelen alle westerse landen. We stellen dan ook voor om de toekomstige structuur van de Belgische gezondheidszorg vanuit dat bredere perspectief te bekijken.<sup>1</sup> Dat betekent niet dat we de kwestie van de defederalisering onbelangrijk achten. Wel integendeel: zowel de intensiteit als de aard van de defederalisering zijn essentiële elementen in de uitbouw van om het even welk gezondheidszorgsysteem. Het is echter noodzakelijk om de kwestie in een breder perspectief te plaatsen. Op die wijze kunnen we vermijden dat we terecht komen in het oeverloos en ongestructureerd debat over de verdeling van specifieke bevoegdheden tussen de federale regering en de gewesten of de gemeenschappen, dat vandaag het Belgische politieke overleg lijkt te kenmerken. We hebben dringend nood aan een langetermijnvisie. Dat is de belangrijkste boodschap van ons artikel.

Eerst zullen we België in het bredere spectrum plaatsen van de grote waaier aan bestaande gezondheidszorgsystemen in de wereld. Vervolgens zullen we de belangrijkste uitdagingen voor die landen beschrijven, en de manier waarop ze ermee omgaan. Een van de mogelijkheden is om te evolueren naar een model van gereguleerde concurrentie. We onderzoeken of een dergelijke ontwikkeling in België wenselijk is. Tot slot hebben we het nog over de draagwijdte van begrippen als transparantie en interpersoonlijke solidariteit.

In België kan defederalisering worden geïnterpreteerd als een bevoegdheidsoverdracht naar de gemeenschappen of naar de gewesten. De keuze voor een van beide opties heeft

---

<sup>1</sup> We volgen dus niet een zuiver 'politieke' benadering waarbij de defederalisering van de gezondheidszorg ten dienste wordt gesteld van 'natievorming' en mede als bedoeling heeft de nationale identiteit van de regio's te versterken.

cruciale gevolgen, vooral wegens de specifieke positie van Brussel. We zullen de problematiek bekijken vanop een meer algemeen niveau en zullen de (internationaal aanvaarde) termen 'regionalisering' en 'regionale decentralisatie' gebruiken. We nemen dus geen standpunt in in het debat 'gewesten versus gemeenschappen'. We laten die vraag open, om er op het einde van het artikel zeer kort op terug te komen.

## 1. Het Belgische hybride systeem

Wat het meest opvalt wanneer we andere gezondheidszorgsystemen bekijken, is de grote variëteit aan instituties in landen die nochtans cultureel en economisch niet zo sterk van elkaar verschillen. Hoewel er tussen de Nederlanders en de Belgen of tussen de Belgen en de Fransen geen grote kloof bestaat, vertonen hun gezondheidszorgsystemen wel grote verschillen. In het artikel waarmee Arrow (1963) de basis legde voor de gezondheidseconomie, verklaart de auteur dat opmerkelijke fenomeen vanuit de alomtegenwoordigheid van asymmetrische informatie in de gezondheidszorg. Wanneer een patiënt een geneesheer raadpleegt, wil hij informatie krijgen van een professionele gezondheidswerker. De waarde van die informatie kan hij echter niet inschatten. In een dergelijke situatie speelt vertrouwen een doorslaggevende rol. De maatschappelijke erkenning van die informatiekloof heeft spontaan geleid tot het ontstaan van non-profitmechanismen om de kloof te dichten. Die non-profitmechanismen kunnen een negatieve impact hebben op de 'traditionele' efficiëntie, en daardoor nieuwe problemen met zich meebrengen. Het daaruit resulterende spanningsveld tussen mogelijk conflicterende waarden heeft geleid tot de ontwikkeling van een grote waaier aan instituties. De bestaande internationale verschillen vinden hun wortels in specifieke historische ontwikkelingen en compromissen tussen de maatschappelijke krachten die in elk land actief zijn.<sup>2</sup> Het is dan ook gevaarlijk om geïsoleerde beleidsmaatregelen eenvoudigweg van het ene systeem naar het andere over te hevelen. Elk land heeft immers een eigen evenwicht bereikt, door tegengestelde krachten tegen elkaar af te wegen.

In het licht van die verrassende institutionele verschillen kan men onmogelijk een coherente typologie opstellen die voor de analyse van alle problemen bruikbaar is. We zullen focussen op de West-Europese landen die minstens één belangrijk kenmerk gemeen hebben: hun gezondheidszorgsysteem is nagenoeg geheel universeel en verplicht. Hoewel die universaliteit in elk land anders werd geïmplementeerd, speelt de overheid in alle Europese landen een essentiële rol. Elk land legt echter andere klemtonen, voornamelijk inzake de rol die de verzekeraars (of de ziekenfondsen in de Bismarckstelsels) al dan niet spelen.

In een eerste groep landen staat de overheid in voor de financiering, de regulering en zelfs het aanbod van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg wordt er grotendeels gefinancierd door belastingen, die rechtstreeks van de overheid naar de zorgverstrekkers (artsen en ziekenhuizen) stromen. De artsen ontvangen een loon of een vergoeding per patiënt. De English National Health Service (NHS) is (of was) het prototype van die organisatievorm, die in een aantal varianten door andere landen werd overgenomen: Schotland, Wales, Italië, Spanje en de Scandinavische landen. De situatie in elk van die landen vertoont verschillen – zo spelen in Zweden en Noorwegen de lokale overheden bijvoorbeeld een belangrijke rol – maar overal geldt dat ene basiskenmerk: strikte regulering door de overheid. Vergeten we ook niet te vermelden dat er in veel van die landen een breed aanbod aan aanvullende privéverzekeringen bestaat.

---

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld de interessante historische vergelijking tussen Nederland, Duitsland en België in Companje et al. (2009).

In een tweede groep landen (waaronder Nederland, Duitsland en Zwitserland) treden verzekeraars op als 'derde betalers': ze zijn de tussenpersoon tussen de patiënten en de professionele zorgverstrekkers. Dat heeft een sterke impact op de financieringsstructuur. Verzekeringspremies en/of sociale bijdragen vormen de belangrijkste financieringsbron. De verstrekkersmarkten zijn op liberale basis georganiseerd: artsen en ziekenhuizen beschikken over een grote vrijheid, en ook voor de patiënten is de keuzevrijheid groot. Betaling per prestatie is meer gebruikelijk dan in de systemen van het NHS-type.

Als we het Belgische systeem in dat bredere perspectief plaatsen, blijkt het een ietwat hybride systeem te zijn. België heeft een universeel en verplicht verzekeringssysteem met een zeer brede dekking, grotendeels gefinancierd met inkomensgerelateerde bijdragen en belastingen. Dat zijn typische kenmerken van een overheidssysteem. Tegelijk zijn de verstrekkersmarkten echter vrij en worden de verstrekkers hoofdzakelijk per prestatie betaald. In vergelijking met andere landen ligt het aandeel van de eigen betalingen door patiënten trouwens uitzonderlijk hoog. Dergelijke kenmerken verwacht men *niet* in een overheidssysteem. Nog opvallender is dat België een atypisch verzekeringssysteem vertoont. Vijf grote nationale landsbonden van ziekenfondsen domineren de markt van verplichte ziekteverzekering, die gesloten is voor nieuwkomers. Lidmaatschap bij een ziekenfonds is verplicht, maar elk individu kan vrij beslissen tot welk ziekenfonds hij of zij toetreedt. De concurrentie tussen de ziekenfondsen is groot, aangezien elk van hen actief op zoek gaat naar nieuwe leden. De landsbonden spelen een belangrijke rol in de collectieve overlegprocedures waar beslissingen worden genomen inzake honoraria, verzekeringsdekking en regulering. Die overlegprocedures vinden plaats in het kader van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en leiden tot een subtiel evenwicht tussen de ziekenfondsen, de zorgverstrekkers (met inbegrip van de ziekenhuizen), de sociale partners en de regering. Op dat overleg stellen de ziekenfondsen zich min of meer als een kartel op. Vanaf 1995 kregen de ziekenfondsen een grotere individuele financiële verantwoordelijkheid. Verder in het artikel zullen we zien dat die verantwoordelijkheid op ambigue wijze werd ingevuld, waardoor de hybride aard van het systeem nog werd versterkt. Dit Belgische hybride systeem kan vele kanten uit. De echte uitdaging bestaat erin dat we een keuze tussen de verschillende opties moeten maken.

## **2. De uitdaging op lange termijn: stijgende uitgaven en solidariteit**

Ondanks de grote institutionele verscheidenheid staan alle Europese landen voor dezelfde uitdaging. De uitgaven voor gezondheidszorg stijgen snel en wegen steeds sterker door op de begroting van de overheid. Gezondheidseconomen zijn het erover eens dat die uitgavengroei niet te wijten is aan de vergrijzing, maar veeleer aan de medische en technologische vooruitgang (zie Schokkaert et al., 2005, voor een bibliografisch overzicht). Vanuit zuiver budgettair perspectief vormen de stijgende uitgaven een reden tot bezorgdheid. Maar vanuit welzijns- en economisch standpunt zijn de stijgende uitgaven enkel problematisch als ze niet gepaard gaan met een stijgende bereidheid van de burgers om ervoor te betalen.

Sommige interessante (veelal Amerikaanse) studies hebben op overtuigende wijze aangetoond dat de bereidheid om voor gezondheidsvoordelen te betalen, in principe zeer hoog is (zie ook Dormont, 2009). Hall en Jones (2007) formuleerden het basisargument daarvoor als volgt: *"(...) Wat is voor ons het waardevolst, nu we ouder en rijker worden: een derde auto, een zoveelste televisie, meer kledij – of een bijkomend levensjaar?"* Het antwoord spreekt voor zich en behoeft geen complexe economische redenering: de meeste mensen zullen ervoor kiezen om een jaar langer te leven. Een tweede argument betreft de complementariteit van verschillende vormen van

technische vooruitgang in de gezondheidszorg: *“De hogere levensverwachting doet de bereidheid toenemen om te betalen voor bijkomende gezondheidsvoordelen die de waarde van de laatste levensjaren doen stijgen. Als er vooruitgang wordt geboekt in de strijd tegen een welbepaalde ziekte (bijvoorbeeld een hartkwaal) stijgt de waarde van de behandeling van andere leeftijdsgebonden ziektes zoals kanker of Alzheimer.”* (Murphy en Topel, 2006). Of eenvoudiger uitgedrukt: als je weet dat er een betere behandeling bestaat tegen Alzheimer, wordt het aantrekkelijker om langer te leven – en omgekeerd. Aan de hand van een eenvoudig formeel model dat de wisselwerking tussen gezondheid en welvaart weergeeft, stellen Hall en Jones (2007) dat de voor de maatschappij optimale uitgaven voor gezondheidszorg in de loop van de komende decennia in de VS sterk zullen stijgen, en tegen 2050 ongeveer 35% van het BNP zullen uitmaken. Voor andere landen komt men tot gelijkaardige resultaten. Dat alles wijst erop dat de stijgende uitgaven voor gezondheidszorg het maatschappelijk welzijn doen toenemen.

Als dat waar is, waarom zijn we dan zo bezorgd over de stijgende uitgaven in de gezondheidszorg? Het enige mogelijke antwoord op die vraag is dat de ‘private’ bereidheid om te betalen niet geheel terug te vinden is in de beslissingen van het ‘collectieve’ systeem. De reden daarvoor moeten we wellicht zoeken in het gebrek aan inzicht van de burger in het mechanisme van verzekeringen. Of misschien ook in het hoge solidariteitsniveau dat door het collectieve systeem wordt opgelegd. Elk verzekeringsstelsel legt een ex post herverdeling op (‘kanssolidariteit’) tussen gezonde personen en personen die met ziekte te kampen krijgen. Een collectief systeem zonder premiedifferentiatie legt echter bovendien ex ante een ‘subsidiërende solidariteit’ op, in de vorm van impliciete kruissubsidies van de lage risico’s naar de hoge risico’s toe. Een voorbeeld: we weten dat mensen met een lagere sociaaleconomische status en met slechte arbeidsomstandigheden meer risico lopen op gezondheidsproblemen en dus hogere gezondheidsuitgaven hebben. In een privaat verzekeringsstelsel zouden zij hogere premies moeten betalen. In een universeel en collectief systeem (of het nu gefinancierd is via belastingen of via sociale bijdragen) zonder premiedifferentiatie cofinancieren personen met een laag risicoprofiel de hogere uitgaven van personen met een hoog risicoprofiel. Meer nog, de meeste universele systemen leggen een bijkomende inkomenssolidariteit op, zodat de rijken hogere bijdragen betalen dan de armen. Burgers die niet bereid zijn om voor dergelijke solidariteit te betalen, zullen verkiezen om privéverzekeringen aan te gaan en zullen hun bezorgdheid uiten over de groeiende uitgaven in het collectieve systeem.

Tegen deze achtergrond kunnen we nu de cruciale uitdaging formuleren waarmee de systemen van gezondheidszorg geconfronteerd worden. We mogen ervan uitgaan dat de trend van stijgende uitgaven zich zal handhaven, aangezien de technologische ontwikkelingen naar alle verwachting niet zullen vertragen. Het gaat er dan niet om een keuze te maken tussen lage en hoge en uitgaven, maar wel tussen enerzijds een verdere uitbreiding van het collectieve systeem – die een ruimere herverdeling zou vergen om meer solidariteit te realiseren – en anderzijds een groei van alternatieven in de private sector, die de technologische ontwikkelingen toegankelijk maken voor de rijken. Aangezien een voorkeur voor een van beide opties noodzakelijkerwijs een waardeoordeel inhoudt, lijkt het ons transparanter om onze eigen ethische positie expliciet te formuleren, ook al is hier geen ruimte om argumenten voor onze keuze te formuleren. We geven voorrang aan het welzijn van de armsten in de maatschappij. Een dergelijk standpunt impliceert dat er instituties moeten bestaan om de solidariteit te garanderen en om nieuwe behandelingen voor iedereen toegankelijk te maken.

Het overheidsbeleid moet dan twee sporen volgen. Ten eerste is het nodig om de bereidheid om te betalen van de burger te mobiliseren en om het solidariteitsgevoel in de maatschappij te versterken. Ondanks de globale verzwakking van de solidariteit is er geen reden voor overdreven pessimisme. In vergelijking met andere pijlers van de

welvaartsstaat is het systeem van de ziekteverzekering relatief populair gebleven. Dat heeft wellicht te maken met het verzekeringskarakter (ook de rijken lopen een gezondheidsrisico) en met het feit dat mensen meer solidariteit en altruïsme voelen tegenover ziekte en pijn dan tegenover andere risico's zoals bijvoorbeeld werkloosheid. Daarom is het belangrijk de verzekeringsfunctie van het systeem te beschermen en de solidariteit zo transparant mogelijk te maken.

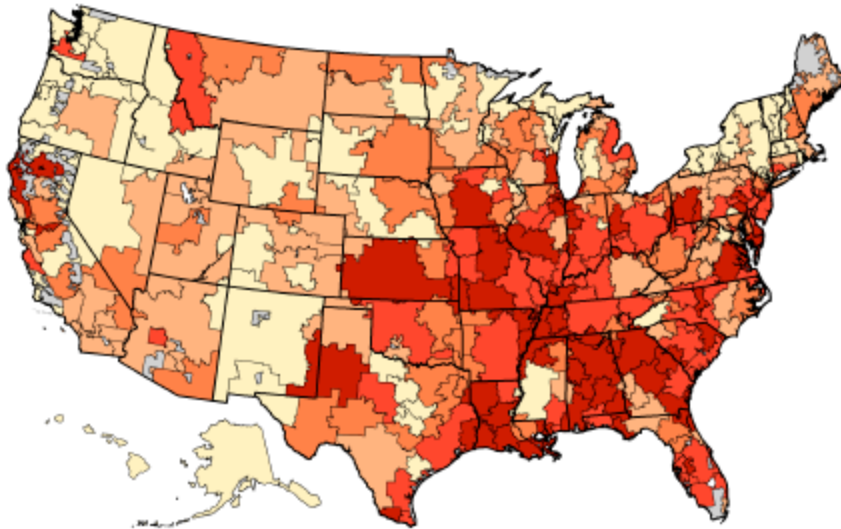
Ten tweede moet de efficiëntie (verhouding tussen output en kosten) worden verbeterd. De burger is niet bereid te betalen voor wat hij percipieert als verspilling ten gevolge van slecht beheer. We moeten daarbij wel enig realisme aan de dag leggen: door de alomtegenwoordigheid van asymmetrische informatie is het onmogelijk om alle ex post ondoelmatigheden weg te werken. Opvallende gevallen van inefficiëntie, teweeggebracht door regionale verschillen in praktijkvoering, dienen echter zo snel mogelijk te worden weggewerkt. Anders zal het draagvlak voor het universele systeem van de ziekteverzekering stap voor stap worden uitgehold en zal het privateringsproces worden versterkt.

In de delen 3 tot 5 bespreken we de efficiëntieproblematiek. De thema's transparantie en solidariteit komen verder aan bod in deel 7.

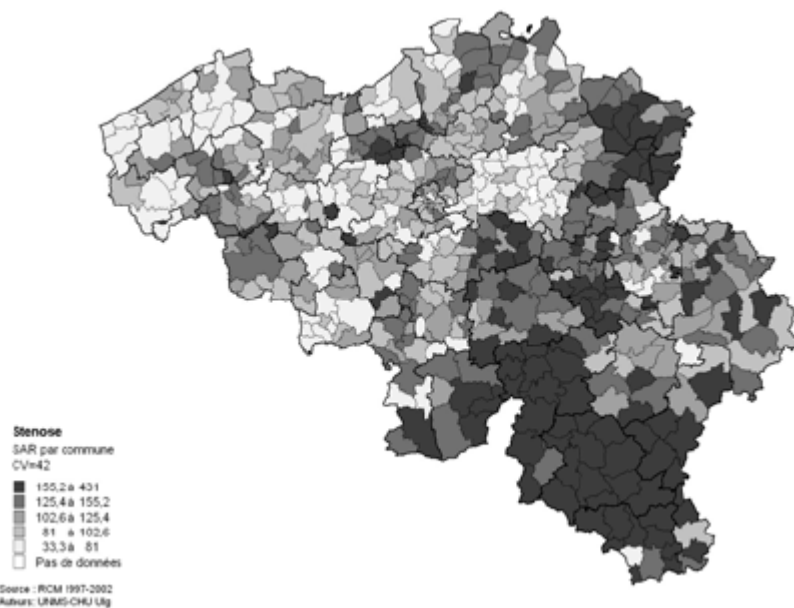
### **3. Verschillen in praktijkvoering, efficiëntie, en de invoering van micro-economische incentieven**

Er bestaat geen twijfel over dat alle landen ondoelmatigheden kennen in hun gezondheidssector. Een belangrijke indicator van dergelijke ondoelmatigheden is het bestaan van regionale verschillen in praktijkvoering, die niet kunnen worden verklaard door verschillen op het vlak van de behoeften of voorkeuren van de patiënten. Dergelijke regionale verschillen in praktijkvoering spelen een belangrijke rol in het Belgische debat over de regionalisering, maar komen eigenlijk in alle landen voor. Een typisch voorbeeld, geïllustreerd door figuur 1, is dat van de sterke regionale clustering van coronaire angiografie in de Verenigde Staten. Hoe donkerder de regio hoe hoger het aantal interventies per capita (na een correctie). De meest overtuigende verklaring voor die regionale verschillen vertrekt van de informatieproblemen inherent aan de sector. Indien artsen onzeker zijn over de correcte diagnose en behandeling, trachten ze hun handelen op dat van hun collega's af te stemmen. Bovendien gebeurt de verspreiding van nieuwe ideeën en technieken via bestaande sociale netwerken. In een dergelijke situatie is regionale clustering niet verrassend (Phelps, 2000).

**Figuur 1. Gebruik van coronaire angiografie in de VS (Bron: Dartmouth Atlas, 1996)**



**Figuur 2. Chirurgische behandeling van carotisstenose in België (Bron: Jacques et al., 2006)**



Regionale verschillen in praktijkvoering komen ook in België voor, vaak tussen het noorden en het zuiden van het land. Deze verschillen passen perfect in het theoretische verklaringsschema. Geografische nabijheid, taalidentiteit en studieachtergrond (opleiding door dezelfde universiteiten) zijn de belangrijke stuwende krachten achter de regionale verschillen, die hoofdzakelijk resulteren uit de bestaande informatiestromen. Maar figuur 2 (spreiding van de chirurgische behandeling van carotisstenose, eveneens na een behoeftecorrectie) toont aan dat de regionale verschillen niet altijd volgens de noord-zuidas verlopen. In dit geval volgen ze duidelijk

een oost-westas. Wat ook de richting van de verschillen is, de belangrijkste conclusie blijft dezelfde. Net zoals in de andere landen kunnen de Belgische regionale verschillen in praktijkvoering niet worden verklaard door behoeftenverschillen, en suggereren ze dus het bestaan van inefficiënte behandelingen.

De bewustwording over die ondoelmatigheden is gegroeid naarmate de bezorgdheid over de stijgende uitgaven groter werd. Volgens Cutler (2002) hebben alle westerse landen grofweg dezelfde beleidssequens gevolgd, al bestaan er verschillen wat de precieze timing en inhoud betreft. In een eerste stadium (na de Tweede Wereldoorlog) vond er een enthousiaste uitbreiding van universele gezondheidszorgsystemen plaats. In de jaren tachtig groeide echter de bezorgdheid over de stijgende uitgaven, wat leidde tot een expliciete rantsoenering door budgettaire ingrepen en prijsregulering. Die botte lineaire ingrepen waren niet bevredigend. Sinds het midden van de jaren negentig zijn de landen in een derde stadium beland en beginnen ze stilaan micro-economische incentieven in te voeren.

De 'Cutlersequens' vindt men ook redelijk goed terug in de hervorming van de Belgische gezondheidszorg (Schokkaert en Van de Voorde, 2005). In het min of meer recente verleden zien we een evolutie naar een meer prospectieve (vaak diagnosegebonden) financiering van de zorgverstrekkers (voornamelijk ziekenhuizen) en naar een grotere beperking van de 'keuzevrijheid' van de patiënten en de zorgverstrekkers. De weerstand tegen de invoering van meer en sterkere financiële incentieven neemt geleidelijk af. Denken we maar aan de 'explosie' van medische guidelines; de groeiende monitoring van het voorschrijfgedrag; de invoering van het globaal medisch dossier, met de daarmee samenhangende vermindering van remgeld; de promotie van generische geneesmiddelen door middel van gedifferentieerde remgelden; de ontwikkeling van geïntegreerde zorgprogramma's (bijvoorbeeld voor de behandeling van diabetes). Ofschoon de term nog taboe is, komen al die beleidsmaatregelen eigenlijk neer op de invoering van zogenaamde 'managed care'-technieken.

Men mag ervan uitgaan dat het systeem in die richting zal blijven evolueren. Er is eenvoudigweg geen alternatief voorhanden. Bovendien is het vandaag voldoende bewezen dat de invoering van micro-economische incentieven het kostenbewustzijn van de spelers op het terrein aanscherpt (Robinson and Steiner, 1998). Tegelijk mag men echter niet vergeten dat er geen eenvoudige oplossingen bestaan, gezien de aard van het product 'gezondheidszorg' en de asymmetrische informatie die dat product eigen is. Maatregelen die kostenefficiëntie beogen, hebben vaak ongewenste neveneffecten, zoals een daling van de kwaliteit, de selectie van patiënten met een beter risicoprofiel, het veronachtzamen van belangrijke niet-materiële incentieven of een grotere financiële last voor de zwakkere patiënten. Daarom is een zorgvuldige analyse van de specifieke gevolgen van elke maatregel noodzakelijk. Voor dit artikel volstaat het echter te aanvaarden dat de trend in de richting van meer managed care zich zal doorzetten.

Als men die ontwikkeling als vanzelfsprekend beschouwt, rijst de volgende vraag: "Wie moet er een actieve rol spelen in de verdere uitbouw van managed care?" Het hoeft niet te verbazen dat de overheid de leiding heeft genomen in de NHS-landen. In sommige van die landen (en zeker in Groot-Brittannië) resulteerde dat in het ontstaan van een zogenaamde 'interne markt', en zelfs in een verbreding van het speelveld voor private zorgverleners en ziekenhuizen met winstoogmerk. In landen met verzekeraars heeft de overgang naar micro-economische incentieven geleid tot een stapsgewijze invoering van elementen uit het model van 'gereguleerde concurrentie'. Nederland is in dat opzicht toonaangevend, aangezien het de verdere uitbouw van zijn systeem expliciet op de blauwdruk van dat model heeft afgestemd. Alvorens na te denken over de verdere ontwikkeling van het Belgische hybride systeem, is het nuttig om die blauwdruk van gereguleerde concurrentie in meer detail te bekijken.

#### **4. De blauwdruk van geregleerde concurrentie en hoe die naar de Belgische situatie werd vertaald**

Tot het midden van de jaren negentig leek in Europa het Zwitserse gezondheidszorgsysteem het meest op een privaat marktstelsel. Duitsland was het schoolvoorbeeld van een Bismarckstelsel. Nederland lag daar ergens tussenin, met een belangrijke ziekenfondssector maar ook private verzekeringen die 30% van de bevolking dekten. Over de situatie in België zullen we het op het einde van dit hoofdstuk hebben. Vanuit die erg verschillende beginsituaties zijn die landen geëvolueerd in de richting van wat we als een theoretisch referentiemodel kunnen beschouwen: een model van geregleerde concurrentie tussen verzekeraars met een risicoverevenend betalingsysteem (van de Ven et al., 2003, 2007). 'Concurrentie' moet zorgen voor een verhoging van de kwaliteit en de efficiëntie. 'Regulering' en risicoverevening worden ingevoerd vanuit rechtvaardigheidsoverwegingen. Het model tracht de goede elementen van de vrije markt te combineren met die van het overheidssysteem.

In een niet-geregleerde concurrentiële ziekteverzekeringmarkt met heterogene ex ante risico's zijn verzekeraars verplicht om hun premies aan te passen aan de individuele risico's van de verzekerden, en dus aan het verwachte niveau van hun gezondheidskosten. Anders maken ze verlies. In een dergelijke situatie blijft de solidariteit beperkt tot kanssolidariteit tussen homogene risico's en kan het voor de minder rijken en voor personen met een hoog risicoprofiel moeilijk worden om een gepaste verzekering te vinden voor een betaalbare prijs. Een van de potentiële voordelen van een concurrentiële private ziekteverzekeringmarkt is het grote aanbod aan verzekeringspolissen. In geval van voldoende concurrentie worden de verzekeraars er bovendien toe aangezet om hun uitgaven en de kwaliteit van hun dienstverlening te controleren.

In een gecentraliseerd overheidssysteem wordt de verplichte ziekteverzekering gefinancierd door belastingen of socialezekerheidsbijdragen. De vrijheid van de consument om een ziekteverzekering te kiezen, is beperkt. Doordat de mededinging niet speelt, houdt het systeem niet altijd voldoende rekening met de verschillen in voorkeuren van de bevolking. De uitgaven worden via overheidsregulering gecontroleerd. Het grootste voordeel van een gecentraliseerd overheidssysteem is dat men een hoog niveau van subsidiërende en inkomensolidariteit kan realiseren. De dekking van het (verplichte) verzekeringssysteem is in dat geval (bijna) universeel. Omdat de concurrentie is uitgeschakeld, kan men iedereen verplichten dezelfde premie te betalen, ook al zijn de risico's heterogeen. Als de premies aan het inkomen worden gelinkt, is er binnen een gecentraliseerd overheidssysteem ook inkomensolidariteit mogelijk.

De logica van de 'gemengde benadering' in het systeem van geregleerde concurrentie betaamt erin om de efficiëntie te verhogen door incentieven uit het concurrentiële systeem in te voeren, en tegelijk de armen en zieken te beschermen door redelijke prijzen te garanderen. Verzekerden zijn vrij om de verzekeraar van hun voorkeur te kiezen, en alle verzekeraars moeten een identiek zorgpakket aanbieden. Uit solidariteitsoverwegingen wordt zgn. 'community rating' opgelegd. Dit betekent dat elke verzekeraar aan al zijn verzekerden dezelfde premie moet aanbieden. Die uniforme premies kunnen wel verschillen van verzekeraar tot verzekeraar.<sup>3</sup> Dergelijke premieregulering kan problemen met zich meebrengen. Wanneer personen met een

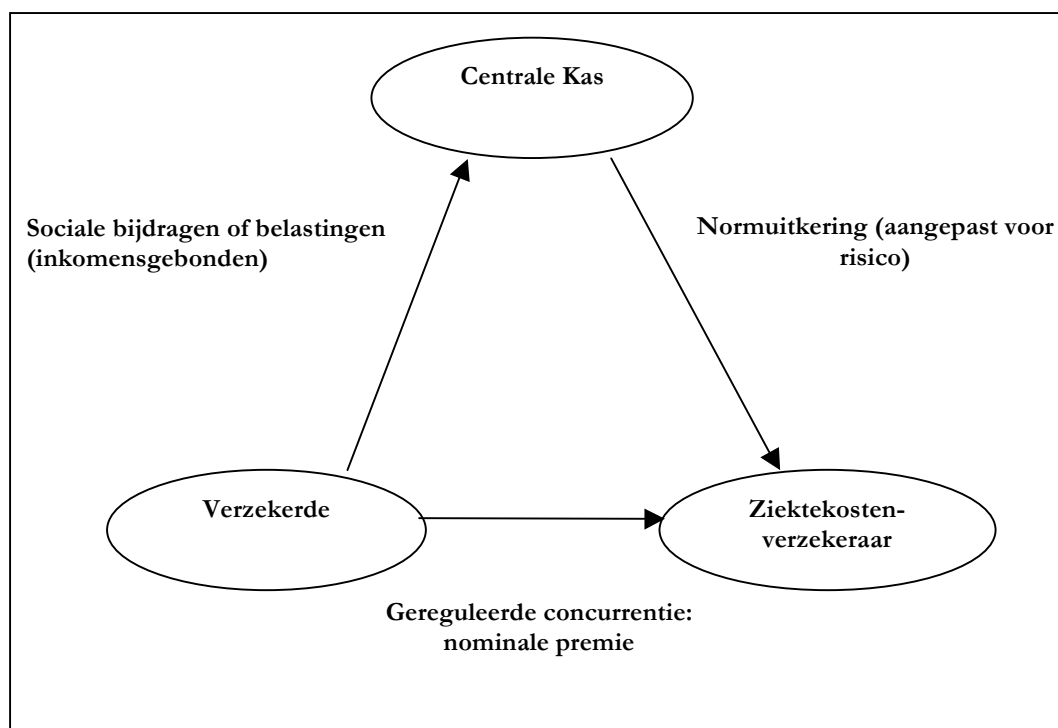
---

<sup>3</sup> Het is mogelijk om een model van geregleerde concurrentie met een vorm van premiedifferentiatie op te zetten (zie van de Ven en Schut, 2011), maar dat model is (nog) niet in de praktijk gebracht.



hoog en een laag risicoprofiel dezelfde premie moeten betalen, creëert men groepen van individuen met voorspelbare winsten en verliezen, en worden de verzekeraars dus aangespoord om aan risicoselectie te doen. Afhankelijk van de beschikbare informatie kan deze risicoselectie verschillende vormen aannemen: aanpassing van de dekking om personen met een hoog risicoprofiel af te schrikken, selectieve keuze van verstrekkers, directe advertenties en mailings, ... Risicoverevening is er om dergelijke vormen van risicoselectie tegen te gaan.<sup>4</sup>

**Figuur 3. Blauwdruk van gereguleerde concurrentie**



Schema's voor risicoverevening bestaan in verschillende varianten. Figuur 3 illustreert de geldstromen van wat men een extern subsidiesysteem noemt (zoals dat bestaat in Nederland, Duitsland en België). Alle burgers betalen inkomensgerelateerde bijdragen voor hun basisverzekering aan de regulator of aan een centrale kas, die de middelen herverdeelt over de verzekeraars via risicoverevenende normuitkeringen. Deze risicoverevenende normuitkeringen hangen af van de kenmerken van hun verzekerden: ze stemmen overeen met de voorspelde kosten per persoon in de risicogroep waartoe het lid behoort, met aftrek van een vastgelegd bedrag. Dat vastgelegde bedrag wordt onmiddellijk door de verzekerde aan de verzekeraar betaald en is gelijk voor alle personen die zich bij dezelfde verzekeraar hebben aangesloten.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Van de Ven and Ellis (2000) geven een meer gedetailleerde beschrijving van het conceptueel kader van risicoverevening.

<sup>5</sup> In het alternatieve zogenaamde 'interne systeem van risicoverevening' (zoals dat in Zwitserland en oorspronkelijk in Duitsland werd geïmplementeerd) wordt het risico verevend tussen de verzekeraars en de regulator. De verzekerde leden betalen een premie rechtstreeks aan de verzekeraar van hun keuze, en deze premies zijn in principe hoog genoeg om alle kosten te dekken. Verzekeraars met een ledenbestand met een relatief voordelige risicomix betalen dan bijdragen aan de centrale kas. Die worden door de kas herverdeeld aan de verzekeraars met een ledenbestand met een relatief onvoordelige risicostructuur.

Het theoretische voordeel van gereguleerde concurrentie met risicoverevening is dat de marktkrachten worden gebruikt om efficiëntieprikkels te creëren, maar binnen een reguleringskader dat solidariteit oplegt. Indien de normuitkeringen het financiële risico dekken waarmee elke efficiënt werkende verzekeraar geconfronteerd wordt, zal hij niet geprikkeld worden om personen met een laag risicoprofiel aan te trekken of om chronische zieken af te stoten. Even efficiënt werkende verzekeraars rekenen dan aan al hun leden dezelfde premie aan, ook al heeft hun ledenstructuur een verschillend risicoprofiel: die verschillen worden immers geneutraliseerd door het risicovereveningsysteem. Risicoselectie is in dat geval niet winstgevend. Tegelijk blijft er echter ruimte voor concurrentie tussen de verzekeraars. Efficiëntere verzekeraars kunnen immers lagere premies aanrekenen aan hun leden en kunnen ook concurreren met betere kwaliteit. Aangezien patiënten hun verzekeraar vrij kunnen kiezen, zullen ze zich bij die verzekeraar aansluiten die het beste evenwicht vindt tussen prijs en kwaliteit.

Gereguleerde concurrentie is een theoretische blauwdruk en geen toverformule die alle problemen oplost. De werking van het systeem hangt af van de kwaliteit van het risicovereveningsysteem, van de intensiteit en de aard van de concurrentie op de verzekeringsmarkt (met inbegrip van de mate van transparantie voor de consumenten) en van de relatie tussen de verzekeraars en de zorgverstrekkers.

Hoe ziet de Belgische situatie eruit? Tot de jaren negentig kregen de ziekenfondsen vrijwel al hun uitgaven terugbetaald.<sup>6</sup> Ze werden daardoor niet geprikkeld tot risicoselectie maar evenmin tot uitgavenbeheersing. Integendeel, ze werden net geprikkeld om hun uitgaven *niet* te controleren, als ze op die manier aantrekkelijker werden voor nieuwe leden. Dat systeem werd gewijzigd in 1995: vanaf dan is de financiële geldstroom naar de ziekenfondsen gedeeltelijk gebaseerd op hun ex ante risico's en gedeeltelijk op hun ex post effectieve uitgaven.<sup>7</sup> Formeel gezien lijkt een dergelijk systeem op dat uit figuur 3, waarbij het RIZIV als centrale kas fungeert. De invoering van een grotere financiële verantwoordelijkheid voor de ziekenfondsen kan zowel gevaren als voordelen inhouden. Het gevaar is dat er incentieven voor risicoselectie ontstaan, indien er geen (perfecte) risicoverevening wordt doorgevoerd. Het voordeel daarentegen (althans op het niveau van de blauwdruk) is dat ziekenfondsen worden geprikkeld om hun uitgaven in de hand te houden. In de jaren negentig werd over het nieuwe financieringssysteem echter een Belgisch politiek compromis bereikt, waarbinnen de individuele ziekenfondsen niet de nodige beleidsinstrumenten kregen om die laatste doelstelling te verwezenlijken. Zo zijn selectieve overeenkomsten met zorgverleners en ziekenhuizen verboden en blijft de regulerende bevoegdheid volledig in handen van de overheid (door middel van complex gestructureerde beslissingsorganen binnen het RIZIV). Meer nog, het kartel van ziekenfondsen heeft er misschien zelfs baat bij om het budget voor gezondheidszorg zo snel mogelijk te doen stijgen, omdat daardoor de gevolgen van de financiële verantwoordelijkheid worden uitgehold.

Ook wat de organisatie van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen betreft, valt de hybride structuur van het Belgische systeem dus op. Hier botsen we op een paradox. Terwijl de theoretische blauwdruk van gereguleerde concurrentie de beste eigenschappen van het 'publieke' en het 'private' systeem tracht te combineren (door het gevaar van risicoselectie af te wegen tegen incentieven voor meer efficiëntie), dreigt het Belgische systeem net de slechte eigenschappen van beide systemen te combineren (door incentieven voor risicoselectie te creëren en geen ruimte te scheppen voor het

---

<sup>6</sup> Die feitelijke situatie stemde niet overeen met de financieringsregels bepaald in de wet-Leburton uit 1963. Die discrepantie heeft het politieke debat in de jaren negentig sterk bepaald (zie Schokkaert en Van de Voorde, 2000).

<sup>7</sup> Meer details over het Belgische risicovereveningsysteem vindt u in de appendix.

verbeteren van de efficiëntie). Een open debat over de toekomstige rol van de ziekenfondsen is dan ook noodzakelijk. Als we dat debat niet durven aan te gaan uit vrees voor de invoering van ‘marktmechanismen’ in het ziekteverzekeringsstelsel, doen we aan struisvogelpolitiek.

## **5. Meer overheid of sterkere ziekenfondsen?**

Laten we terugkeren naar de vraag die werd geformuleerd op het einde van hoofdstuk 3. Wie stuurt de gezondheidszorg in België aan en wie zou dat in de toekomst moeten doen? In de huidige situatie worden de beslissingen finaal genomen door de federale regering, na een complex geheel van adviesorganen te hebben doorlopen. Ofschoon dat complexe proces in het verleden redelijk goed heeft gewerkt, dient het te worden aangepast aan de toekomstige uitdagingen. De wirwar aan commissies getuigt niet van transparantie en is aan vereenvoudiging toe. De ministers bevoegd voor Sociale Zaken volgen soms de waan van de dag en durven weleens tegen het advies van de commissies in te gaan, als ze daar op korte termijn politiek voordeel uit halen. Dit wordt bijvoorbeeld geïllustreerd door beslissingen i.v.m. de terugbetaling van dure geneesmiddelen, een delicaat voorbeeld van het bepalen van prioriteiten. Tot slot is de spreiding van de bevoegdheden over verschillende beleidsniveaus incoherent. Er rijzen coördinatieproblemen omdat de preventie en de chronische niet-medische zorg geregionaliseerd zijn, terwijl de curatieve geneeskunde onder federale bevoegdheid valt. Als we deze momentopname van de Belgische situatie naast de conclusie uit het vorige hoofdstuk over de paradoxale financieringsstructuur van de Belgische ziekenfondsen leggen, en rekening houden met het bredere perspectief van de uitdagingen waarmee alle Europese landen worden geconfronteerd, is het evident dat België dringend een langetermijnvisie moet ontwikkelen over de beslissingsprocessen in zijn gezondheidszorgstelsel. Regionalisering is een van de cruciale thema's in dat debat. We laten die kwestie echter nog even terzijde om er in het volgende hoofdstuk uitgebreid op terug te komen.

Door de hybride aard van zijn gezondheidszorgstelsel kan België gemakkelijk verschillende richtingen uit: het hoeft slechts elementen die vandaag reeds aanwezig zijn, te versterken. In feite is een dergelijke geleidelijke verandering de enige realistische mogelijkheid. Gezien het delicate evenwicht tussen tegengestelde krachten die elk gezondheidszorgstelsel kenmerkt, zou een drastische structurele hervorming ontwrichtend kunnen werken en ongewenste neveneffecten met zich mee kunnen brengen. Toch is een duidelijke formulering van langetermijn doelstellingen noodzakelijk om de richting te kunnen bepalen waarin de geleidelijke evolutie moet gaan. Laten we structuur brengen in de verschillende mogelijkheden door ze op een schaal te plaatsen van ‘meer’ naar ‘minder’ overheidsinterventie:

- Het is mogelijk om de regulerende functie van de overheid te versterken. In dat geval zou België evolueren in de richting van het National Health Service-systeem dat in het merendeel van de Europese landen terug te vinden is. Betalingen per prestatie zouden minder belangrijk worden en de vrijheid van de zorgverstrekkers en de ziekenhuizen zou aan banden worden gelegd. In dat model zou de rol van de ziekenfondsen worden beperkt tot agentschappen voor de terugbetaling of de prefinanciering van gezondheidskosten. Men zou zelfs kunnen opperen dat ze in dat geval niet langer noodzakelijk zijn.
- De bestaande structuur van beslissingsorganen kan worden vereenvoudigd, verfijnd en aangepast aan de veranderende maatschappelijke en economische situatie. Het is een illusie te denken dat dat een gemakkelijke weg zou zijn. Het is verre van evident te bepalen hoe een ‘optimale’ structuur van de beslissingsorganen er juist zou moeten uitzien. Er bestaat dan een reëel gevaar dat men zal blijven vastzitten in de status quo.

- Het is eveneens mogelijk om de rol van de individuele ziekenfondsen in het verplichte systeem te versterken. Daardoor zou België traag en behoedzaam in de richting van het theoretische model van gereguleerde concurrentie evolueren. We hebben in het vorige hoofdstuk gesuggereerd dat de institutionele structuur om een dergelijke verandering door te voeren, reeds aanwezig is. De individuele ziekenfondsen zouden in dat geval meer beleidsinstrumenten krijgen om hun uitgaven in de hand te houden.
- Tot slot is er nog de mogelijkheid om de recente tendens naar sluipende privatisering (met een groeiend aandeel van de eigen betalingen en aanvullende private verzekeringen) expliciet te stimuleren. Dat zou betekenen dat de toekomstige technologische vooruitgang zou worden gekanaliseerd naar het private verzekeringsstelsel.

Optie 2, namelijk de aanpassing van het bestaande beslissingsproces, is in elk geval noodzakelijk. Overheidsregulering blijft steeds noodzakelijk in elk systeem van gezondheidszorg. Bovendien zal in een land met een lange overlegtraditie steeds een rol weggelegd zijn voor gestructureerde onderhandelingen tussen de verschillende spelers (artsen, ziekenfondsen, ziekenhuizen, regering, enz.). Elke verandering in de bestaande structuur van de beslissingsorganen zal een verschuiving teweegbrengen in de machtspositie van deze verschillende spelers. De belangrijkste vraag is in welke richting de structuur zal (of moet) worden 'verfijnd'.

De optie om meer NHS-kenmerken in het systeem in te brengen, is moeilijk verenigbaar met onze liberale verstrekkersmarkt. Het is bovendien onwaarschijnlijk dat dat de beste optie zou zijn. Veel Europese landen met een NHS-traditie zijn aan het evolueren naar de vorming van interne markten. Allemaal voeren ze micro-economische incentieven in, die tegen de geest van exclusieve overheidsregulering indruisen.

België kan ook in de andere richting evolueren en elementen uit het model van gereguleerde concurrentie overnemen. In dat geval zouden individuele ziekenfondsen een meer actieve rol gaan spelen in de 'regulering' van de eerste pijler. Ze zouden hun leden informatie kunnen verstrekken over de kwaliteit en de prijzen van verstrekkers en ziekenhuizen.<sup>8</sup> De centrale regulator zou ruimte kunnen creëren voor het behoedzaam experimenteren met een beperkte differentiatie van de polissen en met vormen van selectieve contractering met bevoorrechte verstrekkers. Ziektenfondsen zouden de vrijheid kunnen krijgen om lagere premies aan te rekenen aan leden die aanvaarden dat hun keuzevrijheid op een aantal vlakken wordt beperkt. Als deze richting wordt ingeslagen, zullen de individuele Belgische ziekenfondsen zeker hun potentieel inzake 'managing the care' sterker moeten ontwikkelen. Bovendien moet er een oplossing gevonden worden voor de relatie met verstrekkers die nu deel uitmaken van de ziekenfondsorganisaties zelf. Toch denken we dat het gewenst is om voorzichtige stappen in die richting te zetten, zeker wanneer rekening gehouden wordt met de dubbelzinnigheden in de huidige financieringsstructuur.

We willen echter geenszins een pleidooi houden voor een snelle invoering van het Nederlandse systeem in België. Op dit ogenblik is het model van gereguleerde concurrentie slechts een theoretische blauwdruk. Sommige waarnemers geloven in zijn markteigenschappen, terwijl anderen daar niet in geloven. Gezien het zeer beperkte bewijsmateriaal, is de term 'geloven' hier inderdaad op zijn plaats. We pleiten evenmin voor het openstellen van het verplichte systeem voor private verzekeraars. In tegenstelling tot zuiver private spelers hebben de Belgische ziekenfondsen een sterk ideologische achtergrond, en de impact daarvan is niet te onderschatten. Het zijn non-

---

<sup>8</sup> Door de grote verschillen in ziekenhuissupplementen zijn de prijzen in de ziekenhuissector verre van uniform.

profitorganisaties met een uitgesproken engagement, waarin waarden als solidariteit en rechtvaardigheid centraal staan. Maar ook hier is voorzichtigheid op zijn plaats. Wij geloven dat de ziekenfondsen een betere garantie zijn voor het behoud van de solidariteit dan private verzekeraars, maar we beseffen ook dat er weinig empirisch bewijsmateriaal voorhanden is om deze hypothese te ondersteunen. In het licht van het bestaande bewijsmateriaal is ook ons geloof niet meer dan een geloof.<sup>9</sup>

Toch lijken er voldoende aanwijzingen te zijn dat een evolutie in de richting van meer managed care positief kan zijn (ten minste als die goed wordt uitgebouwd) en dat verzekeraars daarin een actieve rol kunnen spelen. Deze opvatting is niet populair in de Belgische context. Politici houden niet van de idee om de ziekenfondsen een belangrijkere rol te laten spelen; de artsen en ziekenhuisbeheerders haten die idee; en zelfs de ziekenfondsen zelf stellen zich terughoudend op. Maar wat er ook van zij, in elk geval zouden we de dubbelzinnigheid van het huidige systeem van financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen eindelijk ernstig moeten aanpakken.

Welke rol spelen private verzekeraars en de tweede pijler dan? De argumenten voor een meer beperkte dekking in het verplichte systeem zijn bekend. Sommigen suggereren dat een meer beperkte dekking in de eerste pijler de arbeidskosten zou doen dalen.<sup>10</sup> Een ruimere tweede pijler kan meer ruimte scheppen voor flexibiliteit en keuzevrijheid. Aanvullende verzekeringen kunnen zelfs worden gezien als een ‘experimenteel laboratorium’ waar nieuwe behandelingen worden getest vooraleer ze in het verplichte systeem worden geïntroduceerd. De verruiming van de tweede pijler is echter niet zonder gevaar aangezien ze kan leiden tot het verlies van politieke steun voor het universele verplichte systeem. Globaal gezien zullen de subsidiëring en de inkomenssolidariteit dalen, terwijl het aanvullende systeem bijkomende mogelijkheden zal scheppen voor risicoselectie in de eerste pijler (Paolucci et al., 2007). Wanneer men – zoals wij – een groot belang hecht aan solidariteit, dient een eventuele verruiming van de Belgische tweede pijler dan ook gepaard te gaan met meer regulering. Deze kan verschillende vormen aannemen. Men kan de aanvullende verzekering verplicht maken om adverse selectie te vermijden. Men kan de mogelijkheid tot polis- en premiedifferentiatie begrenzen (wat hoogstwaarschijnlijk een of ander systeem van risicoverevening noodzakelijk zou maken). Men kan een poolingsysteem, d.w.z. een vorm van herverzekering, invoeren voor leden met extreem hoge risico’s. In elk van die gevallen dient men nauwlettend na te gaan of de maatregel strookt met de Europese wetgeving. De invoering van regulerende maatregelen zal de verschillen tussen de eerste en de tweede pijler doen afnemen, en impliceert eigenlijk dat ook de tweede pijler in de richting van gereguleerde concurrentie zal evolueren.

## **6. De paradox van de regionalisering in België**

Welke implicaties heeft dit alles voor het debat over de regionalisering in België? Het zal duidelijk zijn dat de impact en dus de wenselijkheid ervan zullen afhangen van de basiskeuzes die we in het vorige hoofdstuk hebben beschreven.

---

<sup>9</sup> Er is uitgebreide literatuur voorhanden over de relatieve efficiëntie van non-profit versus for-profitverstrekkers en ziekenhuizen (zie Schlesinger en Gray, 2006; Gaynor, 2006). De resultaten zijn gemengd. Voor zover we weten, bestaat er nauwelijks literatuur over non-profitziekenfondsen in de Europese traditie.

<sup>10</sup> Dat argument is echter niet geheel overtuigend, aangezien men er impliciet van uitgaat dat de werknemers een ‘asymmetrisch’ patroon vertonen in het loonoverleg: ze zouden de voordelen van een collectief systeem volledig negeren en de voordelen van een private verzekering perfect inschatten. Zie de discussie over zgn. ‘mandated benefits’ in Summers (1989) en Summers et al. (1993).

Als we het bestaande systeem met zijn netwerk van beslissingsorganen *grosso modo* behouden, is de vraag of regionalisering zal leiden tot de noodzakelijke vereenvoudiging van die beslissingsstructuur. Sommigen opperen dat het huidige gebrek aan structurele beslissingen te wijten is aan 'culturele' verschillen tussen het noorden en het zuiden van het land. Die zienswijze is te simplistisch. Er bestaan wel degelijk verschillen tussen ziekenfondsen, tussen specialisten en huisartsen, tussen politieke partijen – en de machtspositie van elk van die groepen is anders in het noorden dan in het zuiden van het land. Een decentralisatie van de beslissingsorganen zal de invoering van aparte beleidsmaatregelen in elke regio mogelijk maken, terwijl dit vandaag geblokkeerd wordt. Maar dat is slechts een kortetermijneffect. Op langere termijn zal binnen elke gedecentraliseerde eenheid opnieuw een overlegstructuur moeten worden opgezet, om partners met tegengestelde belangen en opvattingen met elkaar te verzoenen. Er zullen dan gelijkaardige problemen opduiken zoals die nu op het federale niveau worden geconstateerd. Indien men de structuur van de nieuwe beslissingsorganen niet uiterst zorgvuldig uittekent, zouden de uit de regionalisering voortvloeiende coördinatieproblemen de situatie zelfs nog ingewikkelder kunnen maken. Dit is *geen* pleidooi tegen regionalisering. Het is wel een sterk pleidooi om grondig na te denken over de basiselementen van de nieuwe structuur van besluitvorming vooraleer over te gaan tot de verdere overdracht van bevoegdheden naar de gewesten of de gemeenschappen.

De sterkste argumentatie ten voordele van regionalisering kan worden opgebouwd wanneer men kiest voor een model met meer overheidsinterventie. Aangezien de lokale voorkeuren en behoeften sterk van elkaar verschillen en de sociaaleconomische omgeving overal anders is, moet de geografische en culturele afstand tussen de regulator en de actoren op het terrein worden verkleind. Regionale decentralisatie is daarom een belangrijk element in alle landen van het NHS-type, ook al kan die verschillende vormen aannemen. Meestal wordt de financiering centraal gehouden en worden de middelen aan de regio's toegekend in functie van hun behoeften. In sommige Scandinavische landen worden er zelfs lokale belastingen geheven, die gepaard gaan met een (risicoverevenend) herverdelingsmechanisme tussen de lokale besturen. De lokale besturen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de regulering en voor de contacten met de zorgverleners en de ziekenhuizen. Als België voor meer overheidsinterventie kiest, is regionalisering wenselijk en zelfs noodzakelijk.

Als men ervoor kiest de richting van gereguleerde concurrentie in te slaan, is de situatie minder duidelijk. De leden van de verschillende ziekenfondsen zijn niet op willekeurige wijze over België verspreid. Georganiseerde gereguleerde concurrentie in een gedecentraliseerd Belgisch systeem dreigt - voor sommige ziekenfondsen in sommige regio's - quasimonopolies te creëren. Bovendien is het gissen naar de gevolgen van de concurrentie tussen ziekenfondsen die actief zijn in verschillende regio's met mogelijk een gedifferentieerd reguleringskader. Regionale devolutie van de reguleringsbevoegdheid is niet onmogelijk in een model van gereguleerde concurrentie - zoals de ervaring in landen als Zwitserland aantoont - maar vergt een zorgvuldige aanpak.

We hebben eerder al gesteld dat regionale verschillen in praktijkvoering op ondoelmatigheden wijzen. Die moeten worden weggewerkt, zonder echter de specificiteit van lokale situaties uit het oog te verliezen. Bovendien kunnen consumenten en verstrekkers verschillende voorkeuren hebben inzake gezondheidszorg. Om beide redenen moet het beleid voldoende flexibel zijn. Regionale decentralisatie van de reguleringsbevoegdheid is een noodzakelijke voorwaarde om dat doel te bereiken in een gezondheidszorgsysteem van het NHS-type. In het model van gereguleerde concurrentie daarentegen staan de ziekenfondsen voldoende dicht bij de actoren op het terrein en spelen zij de rol van 'bemiddelingsinstanties'. Ze zullen

overigens sterk gemotiveerd zijn om een regionaal gedifferentieerd beleid te ontwikkelen, zowel om de kosten te drukken als om hun aantrekkelijkheid te verhogen naar nieuwe leden toe.

Hier duikt opnieuw een paradox op. Het stereotiepe beeld is dat van een links Wallonië dat meer overheidsinterventie nastreeft, tegenover een liberaler Vlaanderen dat minder bang is om de markt vrij spel te laten. Vertaald naar de gezondheidszorg, zouden die verschillende houdingen moeten uitmonden in een uitgesproken pleidooi voor regionale decentralisatie in Wallonië, en sterke argumenten voor meer vrije markt (en daarom wellicht ook een minder gedecentraliseerde overheid) in Vlaanderen. De werkelijkheid ziet er echter anders uit...

Het pleidooi voor een versterking van de rol van de ziekenfondsen dat we in het vorige hoofdstuk hebben uiteengezet, is niet onze belangrijkste boodschap. We willen vooral duidelijk maken dat het onverantwoord is om te denken aan de regionalisering van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering, zonder die problematiek te plaatsen in de bredere context van de uitbouw van een duurzaam gezondheidssysteem. Over regionalisering mogen geen taboes bestaan maar tegelijk is het uitermate naïef te denken dat regionale decentralisatie alle problemen zou oplossen. En het is eenvoudigweg fout te stellen dat in het geval van regionale decentralisatie (in welke vorm dan ook) alle mogelijkheden openblijven wat de toekomst van de Belgische gezondheidszorg betreft.

## **7. Interpersoonlijke solidariteit en transparantie**

In de vorige hoofdstukken zijn we vooral ingegaan op efficiëntie. Het tweede noodzakelijke beleidsspoor voor een adequate hervorming van het systeem is dat van een transparante solidariteit. Ook hier lopen de standpunten erg uit elkaar. Sommigen opperen dat elke stap in de richting van regionale defederalisering de solidariteit in gevaar brengt. Anderen zijn van mening dat het huidige Belgische systeem een niet-transparante vorm van solidariteit tussen de verschillende bevolkingsgroepen van het land oplegt. Beide stellingen zijn fout.

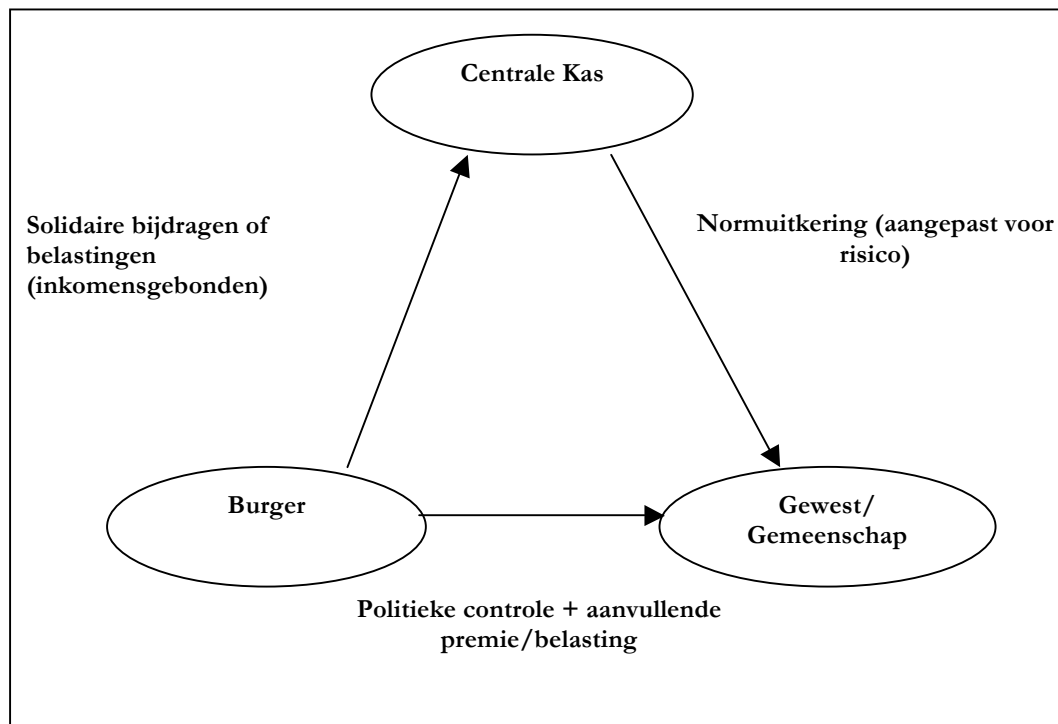
Laat ons eerst het punt van de transparantie bekijken. We onderlijnden reeds dat elk ziekteverzekeringssysteem transfers met zich meebrengt. Een collectief systeem zoals dat van België creëert subsidiërende en inkomensolidariteit, in de vorm van ex post transfers van gezonde naar zieke mensen, van rijken naar armen, van mensen met een laag gezondheidsrisico naar mensen met een hoog gezondheidsrisico. Die financiële stromen verlopen geheel transparant. Uiteraard verdwijnt die transparantie wanneer we uitsluitend op de transfers van Vlaanderen naar Wallonië focussen: die transfers hangen immers af van de relatieve inkomens en gezondheidsrisico's in de verschillende regio's, dit wil zeggen van hun aantallen gezonde en zieke mensen, rijken en armen, lage risico's en hoge risico's. Interregionale transfers moeten 'geschat' worden. Sommigen beweren dat een dergelijk gebrek aan transparantie problematisch is en dat het verstandiger zou zijn om tussen Vlaanderen en Wallonië een expliciet solidariteitsmechanisme op te zetten. Het is correct dat een dergelijke expliciete solidariteit transparanter zou zijn met betrekking tot de transfers tussen de regio's. Een dergelijk systeem zou echter niet-transparant zijn op het vlak van de transfers en de mate van solidariteit tussen rijken en armen, tussen de zieken en de gezonden. De kenmerken van de bevolking van de regio's wijzigen in de loop van de tijd en er zouden ingewikkelde schattingen nodig zijn om de reële graad van interpersoonlijke solidariteit te berekenen. De keuze gaat dus niet tussen een transparant en een niet-transparant systeem, maar wel tussen verschillende vormen van transparantie.

Uiteindelijk is die keuze ethisch en politiek van aard. In dit artikel is geen ruimte om een lang debat aan het thema te wijden. Zelf beschouwen we solidariteit in eerste instantie als een relatie tussen personen. Die zienswijze vindt men trouwens terug in de meeste filosofische en religieuze tradities. Daardoor zijn we geneigd om voorkeur te geven aan transfers gebaseerd op persoonlijke kenmerken, zoals inkomen en gezondheid.

Toch zijn er met solidariteit ook pragmatische en strategische elementen gemoeid. Het is correct dat een naïef utopisch idealisme inzake internationale solidariteit de bestaande lokale solidariteitsmechanismen kan ondermijnen en tot een daling van de globale omvang van de herverdeling kan leiden (Schokkaert, 2005). Anderzijds zitten gevoelens als altruïsme en solidariteit diep geworteld in ons gemeenschappelijk mens-zijn. Ze sluiten nauw aan bij gevoelens als onzekerheid en de bereidheid om te betalen voor verzekering (ook voor onze kinderen). Zonder die sterke gevoelens zou een systeem van 'collectieve verzekering' op lange termijn niet houdbaar zijn. De verzekeringscapaciteit van het systeem versterken, lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn om op de steun van de bevolking te kunnen blijven rekenen. De focus op interregionale transfers is een stap in de tegenovergestelde richting. Indien men zijn identiteit eerst definieert op basis van een taalcriterium om vervolgens een transfersysteem uit te bouwen dat niet-transparant is wat persoonsgebonden elementen als inkomen en gezondheidsrisico's betreft, loopt men op lange termijn het risico de steun voor de interregionale solidariteit volledig te verliezen.

Noteer echter dat ons algemene standpunt over het wegwerken van verspilling en inefficiëntie ook binnen deze context van belang is: als sommige bevolkingsgroepen de indruk hebben dat andere groepen misbruik maken van het ziekteverzekeringssysteem, komt hun bereidheid om te betalen onder druk te staan. Het verhogen van de efficiëntie door middel van micro-economische incentieven, is dan ook van cruciaal belang.

**Figuur 4. Interpersoonlijke solidariteit en regionalisering**



Stel nu dat we uitgaan van de wenselijkheid van interpersoonlijke solidariteit, zowel om ethische als om pragmatische redenen. Dan botsen we op de andere extreme positie, die stelt dat de focus op interpersoonlijke solidariteit niet kan worden gecombineerd met



een sterke regionale decentralisatie. Ook deze stelling is fout. Het is immers mogelijk om voor de regio's een gelijkaardig financieringsmechanisme in te voeren als dat van de verzekeraars in het kader van het model van gereguleerde concurrentie. Dergelijke verdelingsmechanismen bestaan in feite al in de meeste landen van het NHS-type (zie bv. Rice and Smith, 2001).

De basisprincipes van dat model worden geïllustreerd in figuur 4 (die vergelijkbaar is met figuur 3). Essentieel is dat de financiering op centraal niveau blijft. Het globale budget wordt over de regio's verdeeld, niet op basis van de actuele gezondheidsuitgaven maar wel op basis van de objectieve gezondheidsrisico's van hun respectieve bevolking. Zo gaan er geen efficiëntieprikkels verloren. Een regio met gezondheidsuitgaven die hoger liggen dan de voorspellingen op basis van haar bevolkingskenmerken, zal een deficit oplopen en een keuze moeten maken tussen het heffen van bijkomende belastingen bij de bevolking, of het schrappen van uitgaven. Een regio met lagere gezondheidsuitgaven dan voorspeld op basis van de kenmerken van haar bevolking, wordt met een financieel overschot beloond. Als een regio erin slaagt haar uitgaven te doen dalen via een efficiënt preventiebeleid of goed bestuur, zal ze daarvan de vruchten plukken. Een dergelijk systeem is transparant inzake interregionale efficiëntie of verschillen in praktijkvoering: die komen onmiddellijk tot uiting in de bijkomende belastingen die een regio in deficit moet heffen.

In principe biedt dit systeem de mogelijkheid om op transparante wijze een hoge graad van interpersoonlijke solidariteit te bereiken. De centrale financiering maakt inkomensolidariteit mogelijk. Subsidiërende solidariteit tussen individuen met verschillende gezondheidskenmerken is eveneens mogelijk, op voorwaarde dat het kenmerk dat men als relevant beschouwt, is opgenomen in de risicovereveningsformule die gebruikt wordt om de middelen over de regio's te verdelen. Het model in figuur 4 biedt het voordeel dat het debat over de omvang en de aard van de subsidiërende solidariteit over de echte ethische kwesties kan gaan, aangezien de financieringstructuur rekening houdt met het nastreven van efficiëntie. Een kenmerk opnemen in het verdelingsmechanisme, impliceert dat men subsidiërende solidariteit voor dat kenmerk wenselijk acht. Als men een kenmerk weglaat uit het verdelingsmechanisme, betekent dat dat men de regio verantwoordelijk acht voor de afwijkende uitgaven die eruit voortvloeien. Een extreme optie zou erin bestaan dat men de verdeling van de middelen enkel van het bevolkingsaantal laat afhangen: in dat geval zou er geen subsidiërende solidariteit bestaan (maar de inkomensolidariteit kan wel intact blijven!). Dit extreem model is vanuit ethisch oogpunt niet erg aantrekkelijk. Er zal altijd minstens een correctie nodig zijn voor geslachts- of leeftijdsverschillen. Uit de ervaring die met risicoverevening voor de ziekenfondsen werd opgedaan, leren we dat de invoering van een meer verfijnd regionaal risicovereveningssysteem haalbaar – en ethisch wenselijk – is.

De keuze van relevante kenmerken is slechts een van de structuurkenmerken van het model. Een ander element is de afstemming van het regionale verdelingsmechanisme op het model dat gebruikt wordt voor de financiering van de ziekenfondsen, ten minste als men de ziekenfondsen een plaats geeft in het nieuwe systeem. In principe is die afstemming niet zo moeilijk, aangezien beide allocatiemechanismen werken met een vooraf bepaald budget en kunnen gebaseerd zijn op observeerbare kenmerken van burgers en/of leden. Er is echter geen reden om de kenmerken waarop men zich baseert om de ziekenfondsen te compenseren, te laten samenvallen met de kenmerken waarop men zich baseert om de regio's te compenseren. Of om het anders uit te drukken: er is a priori geen reden om de regio's en de ziekenfondsen voor dezelfde kenmerken verantwoordelijkheid te laten dragen. Om maar één (hypothetisch) voorbeeld te geven: het regionale beleid heeft een impact op de regionale werkloosheidsgraad, terwijl het

ver gezocht zou zijn om de ziekenfondsen verantwoordelijk te achten voor het aantal werklozen onder hun leden.

Een ander belangrijk element is de omvang van het globale budget dat door de centrale kas wordt verdeeld. Als dat globale budget kleiner wordt, zullen de regio's meer bijkomende belastingen moeten heffen. In principe is het mogelijk dat de regio's een deel van hun uitgaven met eigen fiscale inkomsten financieren. Een kleiner globaal budget leidt echter tot een zwakkere inkomensolidariteit en een zwakkere subsidiërende solidariteit tussen de regio's. Als men een regionaal verdelingsmechanisme wil invoeren zoals in figuur 4, moet men dus eerst een akkoord bereiken over langetermijndoelstellingen inzake het globale budget voor gezondheidszorg.

De invoering van een dergelijk verdelingsmechanisme kan zowel passen in een bevoegdheidsoverdracht naar de gewesten als naar de gemeenschappen. Als men zou beslissen de bevoegdheid aan de gemeenschappen over te dragen, zouden de twee gemeenschappen in Brussel optreden zoals concurrerende ziekenfondsen dat doen in het model van gereguleerde concurrentie.

## 8. Besluit

Een van de neveneffecten van het huidige debat over de Belgische staatshervorming is dat de fundamentele kwestie van de toekomstige organisatie van het gezondheidszorgsysteem volledig vastzit. Als een deel van de gesprekspartners het niet over de kern van de zaak wil hebben, omdat ze vinden dat men eerst tot regionalisering moet overgaan – en het andere deel van de gesprekspartners het niet over de kern van de zaak wil hebben omdat ze bang zijn voor een te grote stap in de richting van regionalisering, dan kan er uiteraard geen ernstig werk worden geleverd. Erger nog, als de onderhandelaars er enkel in slagen om de bestaande structuur nog ingewikkelder te maken en de incoherentie te verhogen, dan zetten ze beslist een stap in de verkeerde richting.

Er is dringend nood aan een coherente, duidelijke visie op de toekomstige structuur van ons gezondheidszorgsysteem. Om daartoe te komen, moeten een aantal taboes sneuvelen. Interpersoonlijke solidariteit is essentieel maar is wel degelijk met verscheidene organisatiemodellen verenigbaar, met inbegrip van een verregaande regionale decentralisatie. Flexibiliteit en een zekere regionale differentiatie van het beleid zijn nodig, maar om daartoe te komen hoeft men niet noodzakelijkerwijs tot regionale decentralisatie over te gaan. Hoewel de rol van de regering lichtjes kan worden teruggeschoefd, zal overheidsregulering altijd een belangrijke rol blijven spelen.

Nederlandstalige of Franstalige Belgen, vurige verdedigers of vijanden van de ziekenfondsen, burgers die in een sterke overheid geloven of zij die pleiten voor subsidiariteit... Allemaal moeten ze hun loopgraven verlaten, hun oogkleppen afgooien en de realiteit onder ogen zien. Opportunistische, politieke argumenten op korte termijn mogen het zicht op de fundamentele langetermijndoelstellingen niet belemmeren.

## Bibliografie

- Arrow, K. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53, no. 5: 941-73.
- Companje, K., R. Hendriks, K. Veraghtert, and B. Widdershoven. 2009. *Two centuries of solidarity. German, Belgian and Dutch social health insurance 1770-2008*. Amsterdam: Aksant.
- Cutler, D. 2002. Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international

- medical-care reform. *Journal of Economic Literature* 40, no. 3: 881-906.
- Dartmouth Atlas of Health care in the United States. 1996. The Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School.
- Dormont, B. 2009. *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire?* Paris: Editions Rue d'Ulm, Collection du CEPREMAP.
- Ellis, R. 2008. Risk adjustment and predictive modeling: concepts and applications. *Paying for health care. New ideas for a changing society.* eds. M. Lu, and E. Jonsson, 117-222. Weinheim: Wiley-VCH Publishers.
- Gaynor, M. 2006. *What do we know about competition and quality in health care markets?* NBER: Working Paper 12301.
- Hall, R., and C. Jones. 2007. The value of life and the rise in health spending. *Quarterly Journal of Economics* 112: 39-72.
- Jacques, J., D. Gillain, F. Fecher, S. Van De Sande, F. Vrijens, D. Ramaekers, N. Swartenbroeckx, and P. Gillet. 2006. *Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België.* Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): KCE Reports 42A.
- Murphy, K., and R. Topel. 2006. The value of health and longevity. *Journal of Political Economy* 114, no. 5: 871-904.
- Paolucci, F., E. Schut, K. Beck, C. Van de Voorde, S. Gress, and I. Zmora. 2007. Supplementary health insurance as a tool for risk-selection in mandatory basic health insurance markets. *Health Economics, Policy and Law* 2, no. 2: 173-192.
- Phelps, C. 2000. Information diffusion and best practice adoption. *Handbook of Health Economics, Vol. 1A.* eds. A. Culyer, and J. Newhouse, 223-64. Amsterdam: Elsevier.
- Rice, N., and P. Smith. 2001. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. *Milbank Quarterly* 79, no. 1: 81-113.
- Robinson, R. and Steiner, A. 1998. *Managed health care.* Buckingham: Open University Press.
- Schlesinger, M., and B. Gray. 2006. How nonprofits matter in American medicine, and what to do about it. *Health Affairs*, Web Exclusive: W287-W303.
- Schokkaert, E. 2005. The welfare state under pressure. Shifts in the egalitarian ideal. *Sociale zekerheden in vraagvorm.* ed. D. Simoens et al., 385-399. Antwerpen/Oxford: Intersentia.
- Schokkaert, E., G. Dhaene, and C. Van de Voorde. 1998. Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk selection: an application of the theory of fair compensation. *Health Economics* 7: 465-80.
- Schokkaert, E., and C. Van de Voorde. 2000. Risk adjustment and the fear of markets: the case of Belgium. *Health Care Management Science* 3, no. 2: 121-30.
- . 2004. Risk selection and the specification of the conventional risk adjustment formula. *Journal of Health Economics* 23: 1237-59.
- . 2005. Health care reform in Belgium. *Health Economics* 14: S25-S39.
- . 2009. Direct versus indirect standardization in risk adjustment. *Journal of Health Economics* 28: 361-74.
- Schokkaert, E., C. Van de Voorde, P. Willemé, W. Vandevyvere, and C. Verhelle. 2005. De groei van de uitgaven in de gezondheidszorg - een overzicht van de literatuur. *Documentatieblad FOD Financiën* 45, no. 4: 185-238.
- Summers, L. 1989. Some simple economics of mandated benefits. *American Economic Review (Papers and Proceedings)* 79, no. 2: 177-83.
- Summers, L., J. Gruber, and R. Vergara. 1993. Taxation and the structure of labor markets: the case of corporatism. *Quarterly Journal of Economics* 108: 385-411.
- van de Ven, W., K. Beck, F. Buchner, D. Chernichovsky, L. Gardiol, A. Holly, L. Lamers, E. Schokkaert, A. Shmueli, S. Spycher, C. Van de Voorde, R. van Vliet, J. Wasem, and I. Zmora. 2003. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy* 65: 75-98.
- van de Ven, W., K. Beck, C. Van de Voorde, J. Wasem, and I. Zmora. 2007. Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy* 83: 162-79.
- van de Ven, W., and R. Ellis. 2000. Risk adjustment in competitive health plan markets. *Handbook of Health Economics 1.* eds. A. Culyer and J. Newhouse, 755-845. Amsterdam: North-Holland.
- van de Ven, W., and F.T Schut. 2011. Guaranteed access to affordable coverage in individual health insurance markets. *Oxford Handbook of Health Economics.* eds. S. Glied and P.C. Smith, 380-404. Oxford: Oxford University Press.
- Van de Voorde, C. 2010. *Essays on risk adjustment in health insurance.* Leuven: PhD Dissertation.

## **APPENDIX: Financiële verantwoordelijkheid van de Belgische ziekenfondsen**

In België zette men in 1995 de eerste stap in de richting van een (gedeeltelijke) prospectieve financiering van de ziekenfondsen aan de hand van een model van risicoverevening (zie Schokkaert en Van de Voorde, 2000). Sindsdien wordt het jaarlijkse globale budget voor de ziekteverzekering ex ante bepaald, d.i. voordat de eigenlijke kosten bekend zijn. De verdeling van de begrote middelen tussen de verzekeringsinstellingen is gebaseerd op een gemengde formule: de financiële middelen van de ziekenfondsen worden bepaald op basis van een gewogen som van hun aandeel in de normatieve (risicogerelateerde) uitgaven en hun aandeel in de feitelijke uitgaven voor het jaar in kwestie. Hoewel het grootste gewicht nog altijd bij de feitelijke uitgaven ligt, is het gewicht van de normatieve uitgaven mettertijd gestegen van 0.10 tot 0.30. De financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen werd beperkt: ze bedroeg 15% in de beginjaren en werd in 2001 verhoogd tot 25%. Dat betekent dat de ziekenfondsen 25% van hun eventuele financiële overschotten in een reservefonds kunnen opzijzetten. Als ze echter een jaar met verlies afsluiten, moeten ze 25% van dat verlies zelf dragen door op hun reserves beroep te doen of door de bijdragen voor hun leden op te trekken.<sup>11</sup>

In België ligt het percentage van de financiële verantwoordelijkheid eerder laag, in vergelijking met andere landen. Het is wel van toepassing op een zeer ruim zorgpakket, met inbegrip van de zogenaamde 'catastrofale risico's' voor langdurige medische zorg voor chronische zieken en hoogbejaarden. De wet bepaalt dat de dekking van de verplichte verzekering voor alle ziekenfondsen gelijk moet zijn. Ziekenfondsen kunnen wel met elkaar concurreren op het vlak van de kwaliteit van hun service, de snelheid van hun administratieve opvolging en hun aanbod van aanvullende verzekeringen. De aanvullende ziekteverzekering is in België een efficiënt instrument voor risicoselectie, aangezien de consument wettelijk gezien verplicht is om zijn aanvullende verzekering af te sluiten bij het ziekenfonds waar hij zijn basisverzekering afsluit (Paolucci et al., 2007). De laatste jaren worden er steeds meer elementen in de aanvullende verzekering opgenomen en op dat vlak bestaan er steeds grotere verschillen tussen de ziekenfondsen.

Het belang dat in België gehecht wordt aan de gelijke toegang tot medische zorg voor iedereen, heeft geleid tot een complexe formule voor de bepaling van de normatieve uitgaven met een lange lijst van opgenomen karakteristieken. Het gewicht van de verschillende verklarende variabelen wordt afgeleid uit een regressie-analyse. Van meet af aan was de Belgische formule voor risicoverevening – in tegenstelling tot die van de meeste andere landen – gebaseerd op een opsplitsing van de vector van verklarende variabelen in twee subvectoren: de eerste bevat de variabelen waarvoor individuen of ziekenfondsen niet verantwoordelijk kunnen worden gesteld (compensatievariabelen), terwijl de tweede de variabelen bevat waarvoor individuen en verzekeraars verantwoordelijk worden gesteld omdat ze verschillen weergeven qua subjectieve voorkeur of qua efficiëntie (verantwoordelijkheidsvariabelen).<sup>12</sup>

Sinds zijn invoering in 1995 werd het Belgische risicovereveningssysteem stap voor stap verfijnd, door er meer en betere informatie over morbiditeit in op te nemen. De

---

<sup>11</sup> Er bestaat één uitzondering op die regel: als de totale uitgaven van de ziekteverzekering meer dan 2% hoger ligt dan de globale begroting, wordt het deficit van elk ziekenfonds beperkt tot maximaal 2%. Met die regel wil men voorkomen dat de ziekenfondsen de volle verantwoordelijkheid zouden dragen voor een onderschatting van de globale begroting.

<sup>12</sup> De theoretische basis voor deze aanpak staat beschreven in Schokkaert et al. (1998) en Schokkaert en Van de Voorde (2004, 2009).

resultaten van het huidige model zijn weergegeven in tabel 1. Het model, geschat met de kleinste-kwadratenmethode en op basis van bijna 600 000 observaties, bevat 155 variabelen.<sup>13</sup> Omdat het uitgaat van een zeer uitgebreide lijst van vereveningsfactoren - niet alleen variabelen die rechtstreeks te maken hebben met de onderliggende gezondheidsstatus van de patiënten, maar ook sociaaleconomische variabelen en variabelen inzake geografische locatie - is het Belgische risicovereveningssysteem eerder een behoefteverevenend vergoedingsmodel dan een op gezondheid gebaseerd vergoedingsmodel (Ellis, 2008). De regulator wil zoveel mogelijk de gelijke toegang tot de gezondheidszorg garanderen voor iedereen, met inbegrip van kansarmen en bevolkingsgroepen met een hoog risicoprofiel.

**Tabel 1. Schattingsresultaten van het Belgische risicovereveningsmodel (sinds 2008, in €)**

<i>Beschrijving van de variabele</i>	<i>Coëfficiënt</i>	<i>(SD)<sup>a</sup></i>
Geslacht/leeftijd		
man van 0-1 jaar	435	(57.31)
man van 1-5 jaar	275	(23.24)
man van 5-10 jaar	412	(25.41)
man van 10-15 jaar	254	(13.50)
man van 15-20 jaar	254	(16.26)
man van 20-25 jaar	129	(21.12)
man van 25-30 jaar	112	(20.90)
man van 30-35 jaar	117	(17.03)
man van 35-40 jaar	248**	(66.32)
man van 40-45 jaar	236	(29.51)
man van 45-50 jaar	270	(23.17)
man van 50-55 jaar	306	(25.84)
man van 55-60 jaar	357	(29.99)
man van 60-65 jaar	510	(39.85)
man van 65-70 jaar	734	(42.14)
man van 70-75 jaar	867	(47.80)
man van 75-80 jaar	1 118	(65.64)
man van 80-85 jaar	1 149	(85.11)
man van 85-90 jaar	1 653	(153.87)
man van >90 jaar	2 160	(247.74)
vrouw van 0-1 jaar	339	(55.89)
vrouw van 1-5 jaar	232	(24.60)
vrouw van 5-10 jaar	258	(12.51)
vrouw van 10-15 jaar	271	(16.51)
vrouw van 15-20 jaar	337	(17.71)
vrouw van 20-25 jaar	318	(14.49)
vrouw van 25-30 jaar	523	(18.69)
vrouw van 30-35 jaar	539	(15.94)
vrouw van 35-40 jaar	404	(16.70)
vrouw van 40-45 jaar	381	(19.63)
vrouw van 45-50 jaar	431	(23.43)
vrouw van 50-55 jaar	451	(26.36)
vrouw van 55-60 jaar	510	(27.83)
vrouw van 60-65 jaar	694	(35.24)
vrouw van 65-70 jaar	814	(37.57)
vrouw van 70-75 jaar	953	(42.91)

<sup>13</sup> Gedetailleerde informatie over de schattingsprocedure en de redenen voor een aantal methodologische keuzes vindt men in Van de Voorde (2010), hoofdstuk 1.

<i>Beschrijving van de variabele</i>	<i>Coëfficiënt</i>	<i>(SD)<sup>a</sup></i>
vrouw van 75-80 jaar	1 164	(50.94)
vrouw van 80-85 jaar	1 733	(70.54)
vrouw van 85-90 jaar	2 693	(113.52)
vrouw van 90-95 jaar	3 961	(171.27)
vrouw van >95 jaar	4 690	(331.27)
Weduwnaar/weduwe/wees	245	(43.05)
Voorkeurregeling	244	(24.92)
Arbeidsongeschiktheid (<1 jaar)	1 045	(36.24)
Overleden in het jaar 2002	1 502	(171.75)
Alleenstaand	165	(15.02)
Stedelijke omgeving	11**	(3.63)
Medisch aanbod <sup>b</sup>	24	(5.46)
Tegemoetkoming voor gehandicapte	1 232	(114.07)
Leefloner	211	(45.06)
Ziektegroepen van invaliditeit (>1 jaar arbeidsongeschiktheid)		
Besmettelijke en parasitaire ziekten	739 <sup>ns</sup>	(560.05)
Gezwellen	2 242	(331.90)
Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen	1 667**	(611.58)
Ziekten van het bloed en de bloedvormende organen	20 821*	(9 502.80)
Psychische stoornissen	3 063	(185.44)
Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	349 <sup>ns</sup>	(242.09)
Ziekten van de ademhalingswegen	891*	(427.80)
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	736 <sup>ns</sup>	(416.82)
Ziekten van het urogenitaal systeem	4 973	(1 287.00)
Congenitale afwijkingen	1 850 <sup>ns</sup>	(1 127.36)
Symptomen en ongedefinieerde diagnoses	1 809**	(582.92)
Verwondingen en vergiftigingen	493*	(247.92)
Referentiegroep	422	(76.28)
Forfaitaire tegemoetkoming chronische zieken, als men recht heeft op: <sup>a</sup>		
Verpleegkundige thuiszorg gedurende drie maanden (cat. B op de Katz-schaal)	6 034	(268.45)
Verpleegkundige thuiszorg gedurende drie maanden (cat. C op de Katz-schaal)	7 693	(433.60)
Kinesitherapie voor ernstige aandoeningen	3 145	(138.94)
Verhoogde kinderbijslag voor een kind met een handicap	3 063	(339.00)
Integratietegemoetkoming voor volwassenen met een handicap	2 787	(223.30)
Tegemoetkoming voor hulp aan ouderen met een handicap	3 943	(159.03)
Tegemoetkoming voor hulp van derden ten behoeve van personen met een handicap	341 <sup>ns</sup>	(264.87)
Verhoogde uitkering in de ziekteverzekering voor een zorgbehoevende persoon met personen ten laste	838 <sup>ns</sup>	(507.60)
Verhoogde uitkering in de ziekteverzekering voor een zorgbehoevende persoon zonder personen ten laste	1 235 <sup>ns</sup>	(666.83)
Chronische aandoeningen, gebaseerd op voorgeschreven geneesmiddelen		
Cardiovasculaire aandoeningen: algemeen	269	(21.61)

<i>Beschrijving van de variabele</i>	<i>Coëfficiënt</i>	<i>(SD)<sup>a</sup></i>
Cardiovasculaire aandoeningen: hartziekten	615	(54.74)
Chronisch obstructieve longziekte (COPD) (>50j)	899	(54.08)
Astma (≤ 50j)	418	(36.17)
Mucoviscidose	4 795**	(1 323.32)
Diabetes Mellitus (DM) + cardiovasculaire aandoeningen	266	(51.90)
Diabetes Mellitus met insuline	2 456	(129.33)
Rheumatoïde, ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa, psoriatische arthritis	652	(124.48)
Psychose (≤ 70j)	2 166	(164.63)
Psychose (> 70j)	4 503	(278.64)
Ziekte van Parkinson	1 958	(174.06)
Epilepsie	1 394	(117.36)
HIV	8 598	(608.69)
Chronische hepatitis B of C	7 744	(1676.05)
Multiple sclerose	8 496	(339.24)
Orgaantransplantatie	5 042	(522.19)
<b>DxGroups</b>		
DxGroups (≤ 200 waarnemingen)	6 836	(219.45)
Overige infectieziekten	3 756	(782.10)
Metastasen	10 414	(608.49)
Maligne neopl. mondholte/farynx/tractus respiratorius	11 632	(1 146.89)
Maligne neopl. lever/pancreas/oesofagus	9 796	(850.03)
Maligne neoplasma van het colon	10 627	(790.29)
Maligne neoplasma van het rectum	11 874	(720.76)
Longkanker	8 630	(560.05)
Borstkanker	6 816	(299.58)
Maligne neoplasma van het lymfatisch en bloedvormend weefsel	19 554	(1 615.06)
Maligne neoplasma prostaat/penis/mannelijke geslachtsorganen	5 960	(474.31)
Maligne neoplasma blaas/nier/overige urine-organen	5 932	(551.64)
Carcinoma in situ en neoplasma met onzeker gedrag	2 753	(374.29)
Diabetes zonder of met niet gespecificeerde complicaties	1 813	(383.58)
Diabetes met chronische complicaties	7 948	(673.68)
Overige endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	3 133	(221.56)
Ziekten van pancreas/absorptiestoornissen van de darm	6 717	(844.13)
Levercirrose, andere leveraandoeningen	6 014	(546.19)
Ziekten van de oesofagus	3 560	(323.73)
Maagzweer	5 024	(703.82)
Darmontsteking	5 200	(669.79)
Darmdivertikels	4 963	(421.35)
Galblaasaandoeningen	3 495	(179.26)
Aandoeningen anus en rectum, overige intestinale aandoeningen	2 610	(247.16)
Rheumatoïde artritis en aandoeningen van het bindweefsel	6 015	(688.21)
Infecties van het bot	6 183	(596.30)
Osteo-artrose	7 197	(175.89)
Rugaandoeningen	3 927	(160.73)
Ijzergebrekanemie en overige/niet-gespecificeerde bloedziekten	5 010	(529.14)
Immuundeficiënties/bloedziekten	12 392	(1 255.55)
Dementie	7 931	(401.81)
Zware depressie/manisch-depressieve stoornissen	6 805	(623.91)
Niet-psychotische depressie	4 727	(539.94)
Alcohol/drugverslaving	5 527	(611.65)
Hoofdpijn	1 800	(364.46)

<i>Beschrijving van de variabele</i>	<i>Coëfficiënt</i>	<i>(SD)<sup>a</sup></i>
Mononeuropathie	2 090	(338.94)
Reumatische hartaandoeningen	12 940	(878.98)
Hypertensie zonder complicaties	3 297	(617.66)
Atherosclerose van de kransslagaders	6 432	(222.83)
Post myocardiaal infarct	3 251	(504.91)
Acuut myocardiaal infarct	6 323	(416.27)
Onstabiele angina	4 054	(463.68)
Angina Pectoris	2 453	(341.73)
Geleidingsstoornissen en hartdisritmieën	5 570	(349.41)
Atrium fibrilleren	3 323	(291.92)
Cardio-respiratoir falen en shock	7 935	(838.85)
Congestief hartfalen	5 636	(378.96)
Intracerebrale bloedingen	9 994	(952.64)
Afsluiting van precerebrale arteriën	6 014	(575.97)
Beroerte	7 727	(399.34)
Voorbijgaande cerebrale ischemie	3 502	(441.27)
Atherosclerose van de hoofdslagader	6 839	(491.07)
Aneurysma van de aorta en overige aneurysma	9 380	(876.44)
Arteriële, overige veneuze embolie	6 163	(435.70)
Perifere vaatziekten	6 300	(825.00)
Chronische obstructieve longziekten	6 403	(322.93)
Andere longziekten	6 991	(911.09)
Nierziekten/nefritis	19 119	(1 309.07)
Nierinfecties	3 173	(394.38)
Urethra strictuur /Hydronefrose/overige nieraandoeningen	3 577	(666.47)
Hyperplasie van de prostaat	2 525	(287.70)
Prolaps van de geslachtsorganen	2 744	(205.42)
Decubitus en chronisch ulcus van de huid	13 358	(1 454.62)
Heupfractuur	10 489	(390.02)
Complicaties van chirurgische en medische behandelingen	10 895	(1 125.54)
Ernstige congenitale afwijkingen	7 317	(997.62)
Zelfstandig statuut	-317	(33.10)
<b>Aangepaste R<sup>2</sup></b>		0.40
<b>N</b>		593 253

<sup>ns</sup>: niet significant, \*: p<0.05, \*\*: p<0.01, alle andere variabelen: p<0.001

<sup>a</sup> Standaarddeviatie, met correctie voor heteroscedasticiteit.

<sup>b</sup> De regulator besliste om het medisch aanbod als een verantwoordelijkheidsvariabele te beschouwen.

Met uitzondering van 'stedelijke omgeving' en 'medisch aanbod' zijn alle variabelen dummies. Stedelijke omgeving en medisch aanbod zijn twee indicatoren die gebaseerd zijn op een principale componentenanalyse: 'stedelijke omgeving' is gebaseerd op de bevolkingsdichtheid en het percentage geurbaniseerde oppervlakte, terwijl 'medisch aanbod' gebaseerd is op het aantal huisartsen, specialisten, apothekers, tandartsen en kinesisten. Patiënten met een voorkeurregeling betalen minder remgeld. Om recht te hebben op een forfaitair bedrag voor chronische ziekten, moeten twee voorwaarden vervuld zijn. Ten eerste moet het totale bedrag van de remgelden gedurende twee opeenvolgende jaren hoger liggen dan een referentiebedrag. De tweede voorwaarde betreft het afhankelijkheidsniveau.