

Goede (staats)hervorming in gezondheidszorg vraagt betrokkenheid en expertise

Jan De Maeseneer, Paul De Munck, Ri De Ridder, Jean-Noël Godin, Jean Hermesse, Willem Sas, Frank Vandenbroucke, Philippe Van Parijs

31 juli 2020

Een korte versie van deze nota werd gepubliceerd in De Standaard van 31 juli 2020 ("Gezondheidszorg hervormen? Betrek experts én zorgsector"). Een Franstalige versie is ook beschikbaar.

De hervorming van de gezondheidszorg staat op de agenda. We schrijven bewust 'de hervorming'. Staatshervorming, gericht op de meest efficiënte verdeling van de bevoegdheden, hoort daar bij. Maar de bevoegdheidsverdeling moet vertrekken van een visie op gezondheidsbeleid en gezondheidszorg: staatshervorming en inhoudelijke hervorming kunnen niet los van elkaar gezien worden. Een hervorming mag niet gebeuren boven de hoofden van de mensen die zich tijdens de voorbije maanden zo hard hebben ingezet om onze zorg draaiende te houden, en op die manier ook nieuwe ervaring hebben opgebouwd. Het debat mag dus niet beperkt blijven tot de klassieke politieke onderhandelingen. Experts en vertegenwoordigers van het werkveld kunnen politieke besluitvorming niet vervangen. Maar een groep van onafhankelijke experts kan, in samenwerking met vertegenwoordigers van het werkveld en sociale partners, op drie manieren een bijdrage leveren: helderheid brengen in de argumenten, de mogelijke scenario's en de gevolgen van keuzes; een brede consultatie en dus betrokkenheid organiseren van het werkveld; en buitenlandse ervaringen onderzoeken. Helderheid in het debat vereist dat men vijf argumenten zorgvuldig in kaart brengt, omdat ze allemaal een rol spelen in de knopen die doorgehakt moeten worden: lokale inbedding, externe effecten, schaalvoordelen, solidariteit en eenheid van aansturing. Deze nota focust op deze vijf vragen.

Bevoegdheidsverdeling verwijst naar de rol van de Europese Unie, België, de Gewesten of Gemeenschappen, en het lokale niveau. Het lokale niveau gaat van grote wijken, tot gemeenten of zones die verschillende gemeenten omvatten. Wij denken dat gezondheidszorg vraagt om verregaande vormen van territoriale decentralisatie, met name naar sub-regionale eenheden, omdat goede gezondheidszorg zeer 'plaatsgebonden' is. We denken niet dat de keuze is 'alles federaal' of 'alles splitsen'. Maar dit moet allemaal met open geest bekeken worden.

Verdeling van bevoegdheden moet zorgen voor maximale efficiëntie. Dat is al vaak gezegd, maar toch vraagt dit uitgangspunt om precisering en aanvulling. 'Efficiëntie' gaat over het bereiken van een vooropgesteld doel. Die doelstelling moet duidelijk zijn, anders is de efficiëntie-vraag zonder inhoud. De allereerste opdracht heeft daarom betrekking op de doelstellingen van een moderne gezondheidszorg in een gezondheidsbeleid met visie op de lange termijn. Daarover dadelijk meer. Bij 'efficiëntie' hanteert men vaak het principe van de subsidiariteit: bevoegdheden moeten maximaal decentraal zijn, omdat dat toelaat dat beleid dicht staat bij de concrete problemen die het moet oplossen. Maar als het centraliseren van bevoegdheden op een hoger beleidsniveau efficiënter is en tot meer slagvaardigheid leidt, dan is centralisering op dat hogere niveau aangewezen. Subsidiariteit is een goed principe,

waarover dadelijk ook meer. Maar het is niet het enige principe: het is legitiem om bij decentralisering van bevoegdheden de vraag te stellen of eventuele ongelijke behandeling van mensen die daaruit zou voortvloeien maatschappelijk aanvaardbaar is of niet.

Het debat over doelstellingen kan niet voorbij aan het feit dat internationale verdragen, de Europese Unie en de Grondwet al een reeks van principes vastleggen. Denk aan het recht op gezondheid en gezondheidszorg, vervat in artikel 25 van de Universele Verklaring over de Rechten van de Mens en artikel 23 van de Grondwet. Of aan het grondwettelijk gelijkheidsprincipe en de principes van non-discriminatie die de Europese Unie oplegt, onder meer (maar niet alleen) bij grensoverschrijdend verkeer. Dit vormt een kader waar we niet buiten kunnen, en dat niet zonder gevolgen is. Dat kader moet verder ingevuld worden. De vragen zijn vooreerst inhoudelijk. Hoe wordt het grondrecht op gezondheidszorg in België geconcretiseerd in termen van redelijke, afdwingbare aanspraken op gezondheid en zorg, op universele toegang tot dienstverlening en op bescherming tegen bedreigingen voor de gezondheid? In hoeverre is zorg voor gezondheid een publiek goed en een dienst van algemeen belang en welke beperkingen moeten worden voorzien op vrije marktprincipes en commercialisering?

Maar deze vragen leiden meteen ook tot een bevoegdheidskwestie. Veronderstel dat ons beleid gestuurd zou worden door democratisch vastgelegde gezondheidsdoelen (een pleidooi dat in verschillende hervormingsvoorstellen van de laatste jaren terugkomt): op welk niveau moeten deze dan vastgelegd worden? Sommigen pleiten daarbij voor het federale niveau, onder meer met het oog op gelijke behandeling in de praktische uitvoering van het grondrecht op gezondheidszorg. Het argument met betrekking tot gelijke behandeling is niet alleen principieel. Het gaat ook over de externe effecten van ongelijkheden in gezondheid, toegang tot en kwaliteit van zorg tussen de regio's. Een 'extern effect' betekent dat de gezondheid of de organisatie van de zorg in één (sub)regio een effect heeft op een andere (sub)regio: wat we doen heeft ook invloed op onze burens. Regionale ongelijkheden in de ontwikkeling van de gezondheidszorg kunnen leiden tot perverse vormen van mobiliteit van patiënten en gezondheidsverstrekkers. De gezondheid van de bevolking heeft op langere termijn ook economische gevolgen (bijvoorbeeld op de activiteitsgraad), en als deze economische gevolgen zich voordoen binnen bepaalde regio's, dan kan dat op zijn beurt externe effecten hebben op andere regio's. Hoe belangrijk zijn dergelijke externe effecten? Hoe zwaar weegt het principiële gelijkheidsargument op het Belgische niveau? Is het al dan niet wenselijk dat gezondheidsdoelstellingen federaal vastgelegd worden, als een reeks van bevoegdheden gedecentraliseerd zijn naar het regionale en lokale niveau? Of moeten ze regionaal vastgelegd, met respect voor internationale verbintenissen van de Belgische federatie? Daarover moet goed worden nagedacht.

Met de invalshoek van 'externe effecten' zijn we bij het efficiëntie-vraagstuk. Ook al geeft het principe van de subsidiariteit voorrang aan het lokale niveau, er zijn twee redenen waarom het efficiënter kan zijn om een bevoegdheid te centraliseren op een hoger niveau: schaalvoordelen en externe effecten. Hoger hadden we het over externe effecten van ongelijke uitkomsten in gezondheid en zorgkwaliteit. Het meest evidente voorbeeld van externe effecten treedt op bij een pandemie: het is niet efficiënt om een pandemie ongecoördineerd te bestrijden in Brussel, Vlaanderen en Wallonië. Daarvoor zijn de menselijke contacten over de grenzen van deze regio's veel te intens. Efficiënte coördinatie vereist eenheid van commando, zo stellen vele waarnemers nu. Dat zou betekenen dat de strategie voor het

bestrijden van een pandemie op het federale niveau wordt bepaald, wat een her-federalisering inhoudt. Een pandemie bestrijden vergt evenwel ingrepen in veel 'belendende percelen' van het gezondheids- en zorgbeleid: heel wat 'uitvoerende verantwoordelijkheden' komen er aan te pas. Men zou in detail in kaart moeten brengen wat de logische institutionele gevolgen zijn van een federale eenheid van commando bij pandemieën op de uitvoerende verantwoordelijkheden.

Externe effecten kunnen ook meespelen in de financiering van de gezondheidszorg, naast principes van solidariteit. Discussies over de optimale organisatie van federale staten kijken daarom altijd naar het risico dat een ongezonde (tot inefficiëntie leidende) belastingconcurrentie ontstaat wanneer financiering gedecentraliseerd wordt .

Schaalvoordelen kunnen ook een argument zijn om bevoegdheden te centraliseren. Schaalvoordelen treden op wanneer de 'vaste kosten' van bepaalde programma's zeer hoog zijn (denk aan geavanceerde hoogtechnologische zorg of complexe zorg voor weinig voorkomende aandoeningen: die moeten geconcentreerd worden op enkele plaatsen). Schaalvoordelen spelen ook een rol bij de ontwikkeling van deskundigheid. Dat geldt voor medische deskundigheid (de toepassing van geavanceerde medische praktijken waarbij voldoende ervaring nodig is). En het geldt ook voor fundamenteel en toegepast beleidsvoorbereidend onderzoek: daarbij is voldoende 'schaal' nodig. Schaal heeft ook te maken met onderhandelingsmacht: evenwichtige machtsverhoudingen met de geneesmiddelenindustrie vereisen dat de Europese Unie daarin een grotere rol gaat spelen. Omgekeerd is het twijfelachtig of het zinvol is om het geneesmiddelenbeleid toe te vertrouwen aan de drie Belgische regio's.

Daarnaast is de vraag in welke mate men 'solidariteit' wil organiseren tussen (sub)regio's. Een cruciale vraag voor het Belgische debat is dus of en hoe een solidair financieringsmechanisme op het federale niveau kan gecombineerd worden met decentralisering van beleid. Experten moeten dit vertalen in technische scenario's. Maar men moet vooral helderheid scheppen in wat 'solidariteit' betekent. Wordt rekening gehouden met verschillen in economische welvaart? Met verschillen in gezondheidsbehoeften, bijvoorbeeld door verschillen in leeftijdsstructuur? Hier rijzen dus een hele reeks van concrete vragen. Hoe kan de financiering zo worden georganiseerd dat ze als billijk wordt ervaren, zowel langs de kant van de bijdragen als naar dekking van de behoeften, maar ook in termen van autonomie van de uitvoerende overheid en verantwoordelijkheid voor doelmatige aanwending? Hoe omvangrijk moet het aandeel in de financiering zijn dat de federale overheid voorziet via dotaties, als solidariteit en het vermijden van interregionale belastingconcurrentie tot de doelstellingen behoren? Welke behoeftecriteria zijn voldoende onafhankelijk van beleidsmaatregelen en stabiel doorheen de tijd om de basis te vormen voor een billijke verdeelsleutel van federale middelen ter ondersteuning van decentrale overheden? Moet worden vastgehouden aan sociale bijdragen als unieke financieringsbron voor gezondheidszorgen of is meer fiscalisering aangewezen? Hoe worden beleidseffecten van een entiteit op de middelen van een andere entiteit vermeden of gecompenseerd? In hoeverre kan de financiering voorzien in aanmoediging van 'goed beleid'?

Lokale inbedding, externe effecten, schaalvoordelen en solidariteit zijn de vier essentiële invalshoeken in een debat waarbij subsidiariteit het leidende principe is. Daarnaast speelt echter nog een overweging: eenheid van aansturing. Veronderstel dat een bevoegdheid A best zo decentraal mogelijk gebeurt,

terwijl een bevoegdheid B best op een hoger niveau gecentraliseerd wordt: de noodzaak om 'eenheid van aansturing' te hebben – dit wil zeggen, de nood om bevoegdheden A en B op hetzelfde niveau te leggen – kan daarbij tot een keuze dwingen. De mate waarin 'eenheid van aansturing' dergelijke afwegingen nodig maakt, vereist een grondig en gedetailleerd onderzoek van vele kwesties op de grenzen tussen gezondheid en welzijn, opleiding van zorgverstrekkers (onder meer in instellingen van hoger onderwijs) en organisatie van zorginstellingen, geneesmiddelenbeleid en medische praktijk...

Overigens moet men ook veel beter dan in het verleden nadenken over de transitie van de huidige situatie naar een nieuwe situatie: ook dat is een opdracht die aan experts, in samenwerking met vertegenwoordigers van het werkveld en sociale partners, kan toevertrouwd worden.

Het mooiste geschenk dat een nieuwe regering zou kunnen bieden aan de bevolking en de zorgverstrekkers, is een perspectief op een stabiele en slagvaardige organisatie van de gezondheidszorg. Zo'n perspectief tot stand brengen vraagt brede betrokkenheid en zorgvuldige voorbereiding.