

DOMINIQUE VANDIJCK

ZORGEN  
VOOR  
DE  
ZORG



WAAROM  
INVESTEREN IN  
GEZONDHEID  
LOONT

  
ACADEMIA  
PRESS



# INHOUD

<b>Wie ben ik?</b>	<b>13</b>
<b>Waarom dit boek?</b>	<b>15</b>
<b>Inleiding</b>	<b>21</b>
De Belgische gezondheidszorg: de beste van de klas?	26
Wat is gezondheid?	29
<b>DEEL 1 DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG: ORGANISATIE EN FINANCIERING</b>	<b>33</b>
Organisatie	35
Financiering	37
Karakteristieken van het Belgische gezondheidssysteem	38
Financieringsmodel	40
Impact van financieringsmodellen op zorgkwaliteit	41
Ziekenhuisfinanciering	42
Gezondheidseconomische gevolgen van beleid	45
De (sociale) kloof in de gezondheidszorg	47
<b>DEEL 2 DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG: GISTEREN, VANDAAG EN MORGEN</b>	<b>49</b>
De goede en minder goede punten van onze gezondheidszorg	51
Een uniek, kwalitatief model (op zijn Belgisch)	51
Minder goede punten	54
De gevolgen van ons unieke systeem	63
Van 'vrijheid, blijheid' naar managed care?	64

De belangrijkste uitdagingen voor (de betaalbaarheid) van onze gezondheidszorg	65
---	----

### **DEEL 3 NAAR EEN HERVORMING VAN DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG** **69**

Van evolutie naar revolutie?	71
<b>CASE</b> – Zuid-Europa: financiële crisis treft ook de gezondheidszorg	72
Spanje	73
<i>Never waste a good crisis</i>	74
Vergelijking met België	74
Gezondheidszorg: een waardevolle investering	75
Niet overal alles aanbieden	77
<b>CASE</b> – Kinderkanker	77
<b>CASE</b> – Prostaatcancer	79
<i>Evidencebased medicine</i>	81
Een ideaal systeem bestaat niet	81
Hoe vooruit?	83
Van een gezondheidszorg naar een gezondheidszorg	85
De kostprijs van innovatie	87
<b>CASE</b> – NT-proBNP-test	88
Kiezen of delen: wie beslist over terugbetaling van medische innovaties?	89
Preventie, het ondergeschoven kindje van de zorg	91
<b>CASE</b> – Obesitas in Schotland	94

### **DEEL 4 DE GEZONDHEIDSECONOMISCHE EVALUATIE** **97**

Kost? Investering!	100
Farmaco-economisch dossier	101
Wat moest men vroeger bewijzen, en nu nog steeds?	101

CTG-criteria	103
<b>CASE</b> – Covidvaccins	103
<i>Health technology assessment</i>	104
Wat is goed/slecht besteed geld?	106
Zorg voor gezondheid = zorg voor welvaart	106
Gezondheidseconomische reflex	107
Gezondheidseconomie: hoe werkt het in de praktijk?	109
Zoeken naar doelmatigheid	109
<b>CASE</b> – Borst- en prostaatkanker	109
Drie stappen van wetenschappelijke evidentie	112
Nieuwe interventie versus huidige aanpak	115
Korte- versus langetermijndenken	117
Kosteneffectiviteitsanalyse (CEA)	119
<b>CASE</b> – Therapietrouw	120
De analyse	122
De maatschappelijke bereidheid om te betalen	125
Slotoverdenkingen	126
<b>Enkele ethische overdenkingen</b>	<b>131</b>
Balanceren tussen verschillende waarden	132
Tweesnijdend zwaard	135
Voor eens terugbetaald, voor altijd?	137
Moeilijke keuzes in de zorg	139
Communicerende vaten	141
Van data naar informatie	142
Verantwoordelijkheid van de patiënt	144
Aanpak van overconsumptie	145
Conclusies	147
Wat we kunnen leren van andere modellen	149
<b>CASE</b> – Is het rechtvaardig om rokers anders te behandelen in het zorgstelsel?	152
<b>CASE</b> – Pak obesitas eerst met gezondheid aan	153
<b>Nawoord</b>	<b>157</b>

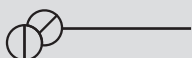
<b>Addendum</b>	<b>161</b>
Meten van levenskwaliteit	161
QALY, of ' <i>quality-adjusted life year</i> '	162
Andere methoden	165
Toepassing van utiliteit in de gezondheidseconomie	169
Grens van betaalbaarheid	171
Methoden voor de gezondheidseconomische evaluatie	173
<b>Literatuurlijst</b>	<b>179</b>

DEEL 1



# DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG: ORGANISATIE EN FINANCIERING





**In dit hoofdstuk** analyseer ik de complexiteit van de Belgische gezondheidszorg, gekenmerkt door een gelaagde organisatie met overlappende bevoegdheden en verantwoordelijkheden verspreid over meerdere ministers. Daarnaast besteed ik aandacht aan de stijgende kosten en de impact hiervan op de toegankelijkheid en betaalbaarheid. Verder bespreek ik de economische gevolgen van beleidskeuzes, met nadruk op de noodzaak van financiële hervormingen en investeringen die de gezondheidsongelijkheid aanpakken en preventie bevorderen.



# ORGANISATIE

De gezondheidszorg in België wordt gekenmerkt door een complexe en gelaagde bestuurlijke structuur die leidt tot een versnippering van verantwoordelijkheden.

Op federaal niveau wordt voornamelijk de ziekenzorg (curatie) beheerd, terwijl preventie, welzijn en gezondheid grotendeels onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen. Dit onderscheid is vooral duidelijk in Vlaanderen, waar de gemeenschappen en gewesten samenvallen, in tegenstelling tot Brussel, Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap, waar de situatie nog complexer is.

Die versnippering is het resultaat van meerdere staatshervormingen, waaronder de belangrijke zesde staatshervorming, bekend als het Vlinderakkoord uit 2011, die een reeks bevoegdheden overhevelde naar de gewesten en gemeenschappen. Hierdoor telt België nu negen ministers die elk op verschillende niveaus verantwoordelijk zijn voor aspecten van de gezondheidszorg. Ter vergelijking: als de staatsstructuur van België toegepast zou worden op China, zou China 1238 ministers van Volksgezondheid hebben, in plaats van de enkele die het nu heeft.

## 1. Federaal niveau:

- > Minister van Volksgezondheid: beheert nationale kwesties zoals de organisatie en financiering van ziekenhuizen, veiligheid van de voedselketen en het management van pandemieën.
- > Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu: ondersteunt de federale minister bij het uitvoeren van beleid en regelgeving.

## 2. Gemeenschapsniveau:

### > *Vlaamse Gemeenschap:*

Minister van Welzijn en Volksgezondheid: verantwoordelijk voor preventiebeleid, woonzorgcentra, verzorgingshuizen, centra voor dagverzorging, geestelijke gezondheidszorg, zorg voor mensen met een beperking, eerstelijnszorg, hulp aan bejaarden en ziekenhuisnormen.

### > *Franse Gemeenschap:*

Ministers voor Kind en Gezondheid: beheren alles wat met kinderen te maken heeft en zijn verantwoordelijk voor universitaire ziekenhuizen en wetenschappelijk onderzoek.

### > *Duitstalige Gemeenschap:*

Minister van Gezondheid: beheert gezondheidsbeleid specifiek voor de Duitstalige bevolking.

## 3. Gewestelijk niveau:

### > *Waals Gewest:*

Minister van Gezondheidsbeleid: heeft dezelfde gezondheidsbevoegdheden als de Vlaamse collega, maar dan specifiek voor het Waals Gewest.

### > *Brussels Hoofdstedelijk Gewest:*

Ministers van Gezondheid: beide, een Franstalige en een Nederlandstalige, zijn verantwoordelijk voor zaken zoals mensen met een beperking, ziekenhuisbeleid, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Zij werken samen om de gezondheidszorg in het tweetalige gewest te coördineren.

## 4. Om enige coördinatie te bewerkstelligen, bestaat er een Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, die alle bevoegde ministers samenbrengt. Deze is in het bijzonder relevant

in tijden van crisis, zoals tijdens de COVID-19-pandemie, waar een gecoördineerde aanpak essentieel is.

Deze gelaagde structuur brengt specifieke uitdagingen met zich mee, waaronder overlappende verantwoordelijkheden en soms tegenstrijdige beleidsmaatregelen. Voorbeelden hiervan zijn de regelingen rond thuiszorg en ziekenvervoer. Thuiszorg is een gemeenschapsbevoegdheid, maar zodra een verpleegkundige medische handelingen uitvoert, zoals het toedienen van een injectie, valt dit onder federale verantwoordelijkheid. Ambulances die naar de spoeddienst rijden, worden federaal gefinancierd, maar ambulances voor regulier ziekenvervoer ontvangen financiering vanuit de gemeenschappen. En hoewel de financiering van psychiatrische ziekenhuizen federaal geregeld is, vallen psychiatrische verzorgingstehuizen onder de Vlaamse financiering.

De complexiteit van deze structuur heeft al meermaals geleid tot discussies over het mogelijk herfederaliseren, maar ook tot het verder of zelfs volledig regionaliseren van bepaalde bevoegdheden, om een meer gestroomlijnde en efficiënte aanpak van de gezondheidszorg te realiseren. Echter, de meningen hierover zijn verdeeld, en ik doe geen politieke uitspraken, maar duidelijk is dat de discussie over meer of minder centralisatie blijft voortduren.

## FINANCIERING

Er wordt steeds vaker gevraagd of onze gezondheidszorg onbetaalbaar wordt. Dit thema keert regelmatig terug in debatten onder beleidsmakers en in de media, en baart velen zorgen. Gezien de verschillende meningen en de complexiteit van het on-

derwerp, vereist het continu aandacht. Het is cruciaal om alle kanten en gevolgen van de financiering van de gezondheidszorg nauwgezet te bekijken, zodat we weloverwogen beslissingen kunnen nemen die betaalbare en duurzame zorg voor iedereen waarborgen.

Wanneer het onderwerp van de kosten van de gezondheidszorg in België ter sprake komt, zijn er altijd experts en opiniemakers die waarschuwen voor ‘Amerikaanse toestanden’. Ze ‘zinspelen’ dan op een aantal specifieke kenmerken van het Amerikaanse gezondheidssysteem, die als negatief worden beschouwd.

In de Verenigde Staten zijn de kosten voor gezondheidszorg per capita (per inwoner) aanzienlijk hoger dan in veel andere landen, inclusief België. Dit komt onder andere door de hoge prijzen van medische behandelingen, geneesmiddelen en ziekenhuisverblijven. Toegang tot de gezondheidszorg in de vs is verder sterk afhankelijk van de kwaliteit van de ziekteverzekering. Mensen zonder verzekering of met een minimale dekking kunnen zich essentiële zorg vaak niet veroorloven. Een significant deel van de Amerikaanse bevolking is ook gewoon niet verzekerd, wat betekent dat zij geen toegang hebben tot noodzakelijke gezondheidszorg zonder hoge persoonlijke kosten. Een kwalijk resultaat daarvan is dat hoge medische kosten kunnen leiden tot persoonlijk faillissement. Het is trouwens een van de voornaamste oorzaken van faillissement in het land.

## Karakteristieken van het Belgische gezondheidssysteem

In België, waar de gezondheidszorg grotendeels gefinancierd en gereguleerd wordt door de overheid met een sterke focus

op toegankelijkheid en betaalbaarheid voor iedereen, roept de dreiging van 'Amerikaanse toestanden' de vrees op voor een verschuiving naar een model waarin de zorg minder toegankelijk en veel duurder zou kunnen worden. Dit zou ook bij ons kunnen leiden tot een grotere ongelijkheid in gezondheid en welzijn.

### **Gezondheidszorg? Ziekenzorg!**

Hoewel we vaak over *gezondheidszorg* spreken, richt de Belgische zorg zich in de praktijk meer op *ziekenzorg*. Om het met een boutade te zeggen: een arts zit als het ware te wachten op zijn stoel tot iemand ziek wordt. We wachten tot er klachten optreden, laten patiënten een diagnostisch proces doorlopen waar hopelijk een etiquette (diagnose) uit voortkomt en bieden vervolgens behandelingen aan. Dit is niet alleen kostbaar, maar zorgt er ook voor dat we voortdurend achter de feiten aanlopen. Het zou logischer zijn om dit om te draaien en vooral te streven naar het behoud van gezondheid op lange termijn. Dit heeft niet alleen menselijke voordelen, maar maakt ook een verschil in de kosten van de zorg.

Deze situatie wordt mede veroorzaakt door het traditionele paradigma van de geneeskunde, dat hoofdzakelijk focust op het oplossen van medische problemen en schade; we repareren wat defect is. Deze aanpak bekommert zich niet nadrukkelijk om mensen gezond te houden, wat opmerkelijk is.

Een van de redenen hiervoor is dat België wereldwijd tot de top behoort op het gebied van medisch-technische capaciteiten. We zijn uitermate vaardig in het herstellen en repareren van schade. Een deel van deze focus kan eveneens verklaard worden door de hierboven uitgelegde complexe bevoegdheidsverdeling binnen het Belgische systeem, vooral wat betreft gezondheidszorg versus ziekenzorg. Ons systeem kan soms lastig

uit te leggen zijn aan mensen buiten België, vanwege de unieke staatsstructuur en de spreiding van verantwoordelijkheden in ons land. Het probleem is ook dat het de financiering van preventie en gezondheidsbevordering soms eerder belemmert dan ondersteunt.

## Financieringsmodel

België besteedt momenteel ongeveer 10 tot 11 procent van het bruto binnenlands product (bbp) aan gezondheidszorg. In 2022 bedroeg het bbp van België 549,5 miljard euro; er ging dus circa 60 miljard euro naar de gezondheidszorg. Hoewel sommigen dit als relatief aanvaardbaar beschouwen, en België níét het land met de hoogste gezondheidszorguitgaven is, bevindt het zich toch vlak achter koplopers zoals Nederland, Duitsland, Frankrijk, de Scandinavische landen, Oostenrijk en Zwitserland.

Desalniettemin kiest België ervoor om aanzienlijk in zijn gezondheidszorg te investeren. Er is vaak kritiek op de hoogte van de gezondheidszorguitgaven, maar het is belangrijk om te kijken naar wat deze investeringen allemaal opleveren. België geeft relatief veel uit aan gezondheidszorg, maar het is correcter om deze uitgaven te vergelijken met die van landen als Canada en Oostenrijk, dan met landen die beduidend minder uitgeven maar waar je vraagtekens kunt plaatsen bij de kwaliteit van de zorg.

De vraag betreft immers niet alleen de omvang of grootte van de investeringen, maar vooral ook van de opbrengst daarvan, in termen van gezondheidsuitkomsten. In de gezondheidszorg kunnen slimme investeringen zich ruimschoots terugverdienen, niet alleen in termen van gezondheidswinst, maar ook qua economische voordelen. Dit onderstreept het belang van zowel

efficiënte uitgaven als de impact van deze investeringen op de volksgezondheid en het algemeen welzijn.

Een opmerkelijk detail is dat Belgische patiënten, meer dan in enig ander Europees land, een aanzienlijk deel van de kosten zelf moeten dragen, ongeveer 20 tot 25 procent. Dit is hoofdzakelijk te wijten aan de zogenaamde *out of pocket*-kosten, wat ingaat tegen de perceptie dat gezondheidszorg in België bijna ‘gratis’ is. Dat is absoluut niet het geval. De eigen bijdragen die patiënten moeten betalen zijn internationaal gezien zelfs hoog. Velen worden met deze realiteit geconfronteerd tijdens belangrijke levensgebeurtenissen, vaak te beginnen bij de geboorte van een kind. Desondanks zijn er verschillende mechanismen in België die zorgen voor een unieke vorm van solidariteit. Bijvoorbeeld, 99 procent van de bevolking is vanaf de geboorte verplicht om lid te zijn van een ziekenfonds.

Hoewel de verplichte verzekering, die een basisdekking biedt onafhankelijk van bij welk ziekenfonds men aangesloten is, een groot deel van de kosten dekt, spelen aanvullende verzekeringen, zoals de verzekering in geval van ziekenhuisopname, een cruciale rol in het dekken van de bijkomende kosten. Het belang van deze aanvullende verzekeringen neemt toe. Dit zijn dan wel geen publieke middelen, maar ze dragen wel bij aan de gezondheidszorg.

## Impact van financieringsmodellen op zorgkwaliteit

Iedereen heeft weleens in de krant gelezen, op de radio gehoord of op het nieuws gezien dat er zaken misgaan in de zorg waarbij patiënten onherstelbare schade oplopen of, in extreme gevallen, zelfs komen te overlijden. Zoals ik al aanstipte in de inleiding, hoeft dit niet altijd het gevolg te zijn van een (curatieve)

Uitgeverij Academia Press  
Coupure Rechts 88  
9000 Gent  
België

[www.academiapress.be](http://www.academiapress.be)

Uitgeverij Academia Press maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,  
de boeken- en multimediativisie van Uitgeverij Lannoo nv.

ISBN 978 94 014 9910 1  
D/2024/45/457  
NUR 882

Dominique Vandijck  
Zorgen voor de zorg. Waarom investeren in gezondheid loont.  
Gent, Academia Press, 2024, 180 p.

Eerste druk, 2024

Vormgeving cover: Adept vormgeving  
Vormgeving binnenwerk: Studio Lannoo  
Zetwerk binnenwerk: Studio Lannoo

© Dominique Vandijck & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden  
verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk,  
fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder  
voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.