

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
ONDERZOEKSEENHEID
CENTRUM VOOR ECONOMISCHE STUDIËN

LEUVENSE ECONOMISCHE STANDPUNTEN
2007/119

DEFEDERALISERING VAN DE BELGISCHE
GEZONDHEIDSZORG?

Erik Schokkaert
Carine Van de Voorde
K.U.Leuven

Mei 2007

Verantwoordelijke uitgever: Professor Patrick Van Cayseele
Faculteit Economische en Toegepaste
Economische Wetenschappen

De “Leuvense Economische Standpunten” worden opgevat als een vrije wetenschappelijke tribune waarin de stafleden van de Faculteit Economische en Toegepaste Economische Wetenschappen opiniërende studies en essays publiceren. De opzet bestaat erin om op bevattelijke wijze een reeks van inzichtsverhelderende en beleidsoriënterende economische standpunten te brengen. Onze beweeglijke wereld heeft hieraan wel behoefte.

Dergelijke reeks zal uiteraard verschillende opinies en denkstromingen brengen.

Leuvense Economische Standpunten zullen alleen de visie van de auteur vertolken. Zij kunnen dus niet doorgaan als de visie van een instelling.

U kan een elektronische versie van de LES terugvinden op de website van de faculteit:
www.econ.kuleuven.be/onderzoek.htm.

Reacties op de Leuvense Economische Standpunten zijn altijd welkom bij
Karla.VanderWeyden@econ.kuleuven.be

1. INLEIDING

De vraag naar defederalisering van de gezondheidszorg kan vanuit twee verschillende invalshoeken worden bekeken. Een eerste benadering wordt gevoerd door een Vlaamse nationalistische reflex. Hierbij gaat het er om zo snel mogelijk zoveel mogelijk bevoegdheden over te hevelen naar het Vlaamse niveau om van Vlaanderen een sterkere politieke entiteit te maken. De sociale zekerheid in het algemeen, en de gezondheidszorg in het bijzonder, fungeren in deze optiek als breekijzer om het Belgische federale verband open te breken. In deze benadering is de defederalisering een waarde op zichzelf en de discussie hierover moet dan ook in politieke termen worden gevoerd. Een tweede benadering vertrekt niet van “Vlaamse belangen” maar vanuit de gezondheidssector zelf. Hierbij bestaat de uitdaging erin om een zo goed mogelijk werkend systeem van gezondheidszorg (en ziekteverzekering) op te zetten – en “zo goed mogelijk” geldt dan zowel voor Nederlandstaligen als voor Franstaligen. In deze benadering is de defederalisering geen waarde op zichzelf, maar ze zou kunnen instrumenteel zijn: kan defederalisering ertoe bijdragen om de Belgische gezondheidszorg efficiënter te maken? In dit Standpunt volgen we deze tweede benadering, en dit vanuit de overtuiging dat de toekomstige organisatie van ons systeem van gezondheidszorg en ziekteverzekering één van de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen vormt.

In deze context worden we met een hele reeks vragen geconfronteerd. Welke instituties kunnen we creëren om de voordelen van de snelle medisch-technologische vooruitgang voor iedereen toegankelijk te maken en tegelijkertijd het systeem toch betaalbaar te houden? Op welke wijze kunnen we vermijden dat het bestaande hoge niveau van solidariteit door de stijgende kosten wordt ondermijnd? Wat is overigens het wenselijke niveau van solidariteit en waar begint de individuele verantwoordelijkheid? Waar liggen de grenzen van de keuzevrijheid van patiënten en van de therapeutische vrijheid van verstrekkers? Wat is de rol van marktmechanismen in de gezondheidszorg? Op welke wijze moet de rol van de overheid worden ingevuld? Zeker met deze laatste vragen komen we volop terecht in het debat over de defederalisering. Het spreekt vanzelf dat het volledig onmogelijk is om in deze korte tekst een afdoend antwoord op al deze vragen te geven (zelfs als we het antwoord al zouden kennen).¹ We willen wel aantonen dat dit perspectief toelaat de vraagstelling rond de defederalisering open te trekken naar bredere maatschappelijke vragen. Dit is niet alleen intellectueel meer aantrekkelijk, het is ook een noodzakelijke voorwaarde om de vastgelopen politieke discussie te deblokken.

¹ Vragen rond de marktwerking in de gezondheidszorg worden in een breder perspectief geplaatst in Schokkaert, E. (2007), *Do health care and health insurance need free markets?*, mimeo.

We beginnen in afdeling 2 met een zeer bondig overzicht van de belangrijkste kenmerken van het Belgische systeem, gesitueerd in een internationale context. Dit overzicht loopt uit op een meer concrete herformulering van de brede beleidsvragen. Tegen deze achtergrond bespreken we dan de twee meest populaire argumenten in het debat over de defederalisering. In afdeling 3 argumenteren we dat interregionale verschillen in medische praktijken inderdaad bestaan, maar dat het belang hiervan voor de vraagstelling rond defederalisering moet gerelativeerd worden. In afdeling 4 verdedigen we het belang van interpersoonlijke solidariteit, maar tonen we aan dat die door de defederalisering niet onmogelijk wordt gemaakt. Nadat deze punten van de baan zijn, kunnen we ons dan in afdeling 5 richten op de echte uitdagingen rond de defederalisering. Afdeling 6 is een besluit.

Binnen het Belgische politieke systeem wordt de idee van “defederalisering” gecompliceerd door het onderscheid tussen gemeenschappen en gewesten. Er moet ook nagedacht worden over de specifieke positie van Brussel. We willen in dit Standpunt echter op een meer algemeen niveau blijven en over deze specifieke vragen doen we geen enkele uitspraak. Verder in de tekst wordt meestal over “gewesten” gesproken wanneer het gaat over het gedecentraliseerde model, maar er ligt geen duidelijke politieke stelling aan de basis van deze woordkeuze.

2. DE ACHTERGROND: HET BELGISCHE SYSTEEM VAN ZIEKTEVERZEKERING

Bij de bespreking van de gezondheidszorg in het algemeen en de defederalisering in het bijzonder worden vaak te pas en te onpas internationale vergelijkingen als argument gehanteerd. Hierbij wordt vaak over het hoofd gezien dat de systemen van verschillende landen zeer sterk van elkaar verschillen en dat het daarom onmogelijk is specifieke instituties los van die bredere context van het ene land naar het andere over te planten. Gezien de zeer grote institutionele variaties in verschillende landen, is het overigens onmogelijk een sluitende typologie op te stellen die voor alle problemen nuttig is. Specifiek voor de vraagstelling rond de regionale toewijzing van de bevoegdheden, is één van de belangrijkste verschilpunten wellicht de rol die in het collectieve systeem gespeeld wordt door ziekenfondsen of, meer algemeen, verzekeraars.²

² Er bestaan natuurlijk ook grote verschillen in het relatieve belang van vrije aanvullende verzekeringen. Aangezien de organisatie daarvan meestal op marktprincipes berust, is dit onderscheid echter minder relevant voor de vraagstelling rond de regionale uitsplitsing van overheidsbevoegdheden.

In een eerste organisatievorm staat de overheid centraal: de rol van onafhankelijke verzekeraars is beperkt en de financiële stromen gaan rechtstreeks van de overheid naar de verstrekkers (artsen en ziekenhuizen). Het Engelse National Health Service-systeem is (of misschien: was) het prototype van deze organisatievorm, maar er bestaan vele en uiteenlopende varianten. Het Schotse systeem is verschillend van het Engelse, en in de Scandinavische landen liggen de klemtonen weer helemaal anders. Ondanks deze verschillen, valt het toch op dat de meeste van deze NHS-achtige systemen een gedifferentieerde regionale structuur hebben, waarbij de overheidsmiddelen eerst worden verdeeld over regionale entiteiten, en die regionale overheidsinstanties dan in rechtstreeks contact komen met de verstrekkers. Decentralisering is inderdaad een evidente organisatievorm wanneer men de (geografische en sociale) afstand tussen financiers en verstrekkers wil beperken. Wanneer er echter verzekeraars als derde betalende optreden (zoals in Nederland, Duitsland of Zwitserland), wijzigt de organisatie van de financiële stromen zich onvermijdelijk. In dat geval zijn het immers de verzekeraars die rechtstreeks instaan voor de financiering van de verstrekkers, en die optreden als de tussenpersonen tussen de patiënten en de professionals in de gezondheidszorg. Regionale uitsplitsing van de overheidsbevoegdheden is dan niet uitgesloten, maar ligt veel minder voor de hand. Zeker waar de verzekeraars onderling in concurrentie treden (en met hun activiteiten de regionale grenzen overschrijden), moet er grondig worden nagedacht over de onderlinge afstemming van de bevoegdheden van de verschillende spelers.

Geplaatst tegen de achtergrond van deze primitieve tweedeling, blijkt het Belgische systeem een hybride tussenvorm te zijn. We hebben een universele, verplichte ziekteverzekering met een zeer brede dekking en gefinancierd door sociale bijdragen en belastingen: dit wil dus zeggen dat de premies niet gekoppeld zijn aan de risico's van de patiënten, en dat rijkere mensen hogere bijdragen betalen. Dit kenmerk wijst op een hoog niveau van solidariteit (wat typisch is voor overheidsgestuurde systemen). Tegelijkertijd echter hebben we een liberaal systeem op de markten van verstrekkers: zowel verzekerden als verstrekkers hebben een zeer grote mate van vrijheid en de laatsten worden veelal per prestatie vergoed. Dit kenmerk is meer typisch voor systemen met verzekeraars als derde betalende. We hebben in België dan ook inderdaad ziekenfondsen waaraan de uitvoering van het systeem is toevertrouwd – maar in tegenstelling tot landen zoals Nederland en Zwitserland treden de Belgische ziekenfondsen in de verplichte ziekteverzekering meestal op als een kartel. Ze proberen te wegen op de beslissingen van de overheid en deze beslissingen worden voorbereid (of genomen) in een hele reeks van overlegorganen die gekenmerkt worden door subtiele evenwichten tussen ziekenfondsen, artsorganisaties, ziekenhuizen, de sociale partners en de overheid.

Het is hier niet de plaats om een globaal oordeel over dit systeem te formuleren.³ Het is wel belangrijk te wijzen op twee belangrijke evoluties van de laatste jaren. De eerste kan geobserveerd worden in alle gezondheidszorgsystemen in de rijke Westerse landen.⁴ Onder druk van de stijgende uitgaven, worden steeds meer microeconomische incentieven en financiële prikkels ingevoerd. De concrete vorm hiervan verschilt weliswaar van land tot land, maar het globale patroon is overal hetzelfde. Ook in België merken we deze tendens. Om incentieven voor uitgavenbeheersing te creëren, worden de uitgaven van verstrekkers en ziekenhuizen steeds minder ex post terugbetaald en is er een verschuiving in de richting van prospectieve financiering op basis van vooraf bepaalde risico's. Tegelijkertijd wordt de keuzevrijheid van verstrekkers en patiënten ingeperkt, soms rechtstreeks, soms met financiële prikkels. Er wordt een groeiend belang gehecht aan centraal geformuleerde medische guidelines, waaraan de concrete beslissingen van artsen worden afgetoetst. Hun voorschrijfgedrag wordt geanalyseerd en aan de outliers worden sociale of financiële sancties opgelegd. De eigen betalingen van de patiënten worden gedifferentieerd om het gebruik van generische geneesmiddelen of het beroep op de eerstelijnszorg te stimuleren. Al deze maatregelen komen in feite neer op de introductie van "managed care" technieken in de gezondheidszorg. In de Belgische setting werden deze maatregelen tot nu toe steeds door de overheid aangestuurd en geïmplementeerd.

Er is een tweede wijziging, die ongeveer terzelfdertijd (sinds het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw) werd ingevoerd in de Europese systemen met verzekeraars (België, Nederland, Duitsland, Zwitserland).⁵ Die bestaat erin dat (a) de verzekeraars in het verplichte systeem van ziekteverzekering een grote mate van financiële verantwoordelijkheid krijgen; terwijl er (b) bij de verdeling van de middelen naar wordt gestreefd om de incentieven voor ongewenste risicoselectie te minimaliseren. Deze twee doelstellingen worden gerealiseerd door de middelen over de ziekenfondsen te verdelen niet op basis van hun werkelijke uitgaven, maar op basis van een a priori formule die rekening houdt met de risicokenmerken van hun leden. Ook hier gaat het dus om een vorm van prospectieve financiering. Ziekenfondsen die meer slechte risico's onder hun leden

³ Een bredere analyse van de hervormingen in het Belgische systeem van gezondheidszorg en een beschrijving van de concrete uitdagingen kan gevonden worden in Schokkaert, E., Van de Voorde, C. (2005), Health care reform in Belgium, *Health Economics* 14, 25-39.

⁴ Een overzicht wordt gegeven door Cutler, D. (2002), Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform, *Journal of Economic Literature* 40(3), p. 881-906.

⁵ De evolutie in deze landen (en in Israël) wordt beschreven in van de Ven, W. et al. (2003), Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, *Health Policy* 65, p. 75-98. De specifieke ontwikkelingen voor België komen aan bod in Schokkaert, E., Van de Voorde, C. (2003), Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system, *Health Policy* 65, p. 5-19.

tellen, zullen a priori een groter aandeel van de middelen krijgen, maar ex post blijven ze wel verantwoordelijk voor hun eigen uitgaven. In het ideale geval hebben ze er dan geen belang bij om hun slechte risico's af te stoten, maar hun financieel resultaat kan wel verbeteren wanneer ze erin slagen de werkelijke uitgaven te drukken. De bedoeling van de invoering van de financiële verantwoordelijkheid ligt er precies in aan de ziekenfondsen prikkels te geven om de uitgaven mee te controleren. In Nederland, Zwitserland en (in veel mindere mate) Duitsland hebben ze daarvoor ook de nodige instrumenten gekregen. Ook hier weer komt echter het hybride karakter van het Belgische systeem tot uiting. In ons land bleef de regulerende bevoegdheid volledig bij de overheid (en bij het complexe systeem van overlegorganen) liggen, terwijl in de verplichte ziekteverzekering aan de individuele ziekenfondsen geen bijkomende instrumenten voor uitgavencontrole werden toegekend.

Er bestaat weinig twijfel over dat ook in de toekomst het gebruik van microeconomische incentieven in de gezondheidszorg verder zal toenemen. Dit is niet voldoende, maar zeker noodzakelijk, om het systeem betaalbaar te houden. De echte vraag voor de toekomst is op welke wijze we deze invoering van microeconomische incentieven zullen organiseren. Blijft de hoofdverantwoordelijkheid bij de overheid liggen? Zo neen, bij wie dan wel? En zo ja, bij welke overheid? Deze vragen confronteren ons rechtstreeks met wat wij de echte uitdaging rond de defederalisering vinden. We komen daarop terug in afdeling 5. Eerst moeten we twee meer populaire argumenten bekijken: dat van de regionale uitgaven- en praktijkverschillen, en dat van de solidariteit.

3. REGIONALE UITGAVEN- EN PRAKTIJKVERSCHILLEN

Een argument dat voortdurend opduikt in de discussies over de defederalisering is het argument van de regionale uitgaven- en praktijkverschillen. Er is inderdaad overtuigende evidentie voor het bestaan van dergelijke verschillen. Ze zijn het grootste waar de discretionaire beslissingsruimte voor de artsen het grootste is. Grote verschillen worden bv. gevonden voor het aantal pre-operatieve onderzoeken in de ziekenhuizen, dat beduidend lager ligt in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel.⁶ Een ander klassiek voorbeeld is dat van de medische beeldvorming, waarvoor de cijfers gegeven worden in Tabel 1. Het is

⁶ In 2004 bleek uit een studie van het Intermutualistisch Agentschap dat de cijfers voor Vlaanderen, Wallonië en Brussel respectievelijk 92, 106 en 105 waren (met 100 als het gemiddelde voor alle Belgische ziekenhuizen). De cijfers over het aantal patiënten op wie nodeloos een onderzoek wordt verricht, waren respectievelijk 83, 123 en 135. De cijfers werden door Minister Demotte bevestigd in de Senaat op 10 november 2004.

duidelijk dat de gemiddelde uitgaven groter zijn in het zuiden dan in het noorden van het land.

Ook wanneer de discretionaire beslissingsruimte voor de artsen beperkter is, worden er echter vaak interregionale praktijkverschillen waargenomen. Figuur 1 geeft de resultaten weer voor vier chirurgische interventies. De donker ingekleurde regio's worden gekenmerkt door een relatief grotere hoeveelheid interventies per inwoner (na correctie voor leeftijd- en geslachtsverschillen).

Tabel 1: Medische beeldvorming - gemiddeld bedrag per inwoner voorgeschreven door algemeen geneeskundigen (Bron: RIZIV)

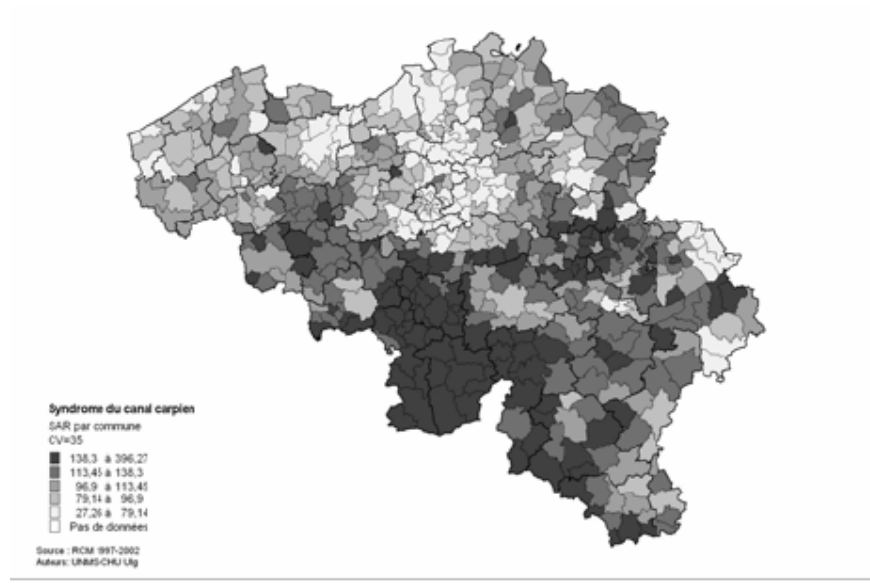
Provincie	2002	2003	2004
<i>Antwerpen</i>	11,87	13,27	16,02
<i>Brussel</i>	15,31	16,08	18,48
<i>Vlaams-Brabant</i>	11,75	12,87	15,61
<i>Waals-Brabant</i>	17,74	19,06	23,15
<i>West-Vlaanderen</i>	9,78	11,18	13,47
<i>Oost-Vlaanderen</i>	12,26	13,26	15,82
<i>Henegouwen</i>	19,00	20,09	24,44
<i>Luik</i>	18,28	19,58	24,44
<i>Limburg</i>	12,41	13,87	16,34
<i>Luxemburg</i>	16,73	17,65	21,03
<i>Namen</i>	19,93	21,55	25,90
<i>Nationaal gemiddelde</i>	14,24	15,45	18,61

Op welke wijze kunnen deze verschillen verklaard worden? Voor wat betreft de chirurgische interventies, wijst het gedetailleerd onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg⁷ uit dat deze praktijkverschillen niet kunnen verklaard worden door verschillen in behoeften en in vele gevallen een indicatie vormen van inefficiënte behandeling. Behoeftenverschillen verklaren evenmin de verschillen voor medische beeldvorming en pre-operatieve onderzoeken.

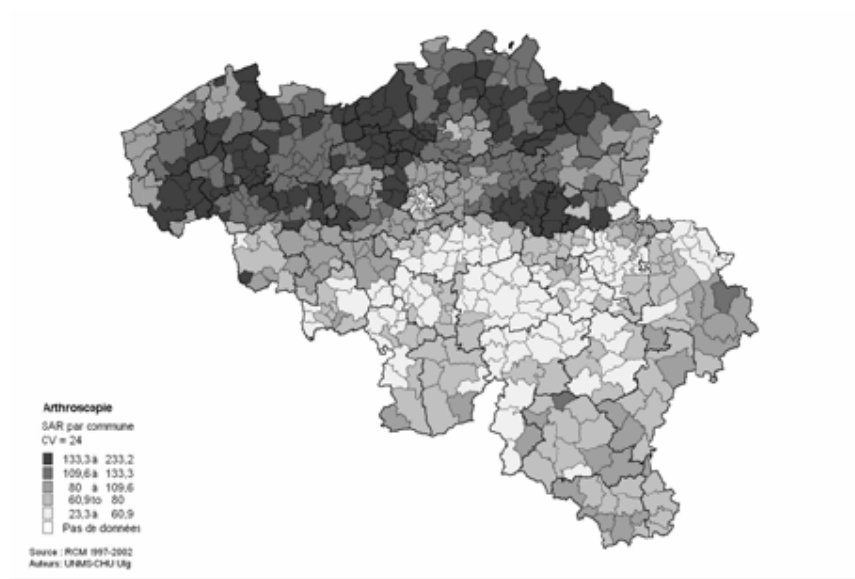
⁷ Jacques, J., Gillain, D., Fecher, F., Van De Sande, S., Vrijens, F., Ramaekers, D. et al. (2006), *Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): KCE Reports 42A.

Figuur 1: Regionale praktijkverschillen in electieve chirurgie in België (Bron: KCE, 2006)⁸

Variatie in electieve chirurgie: carpal tunnel syndroom⁹



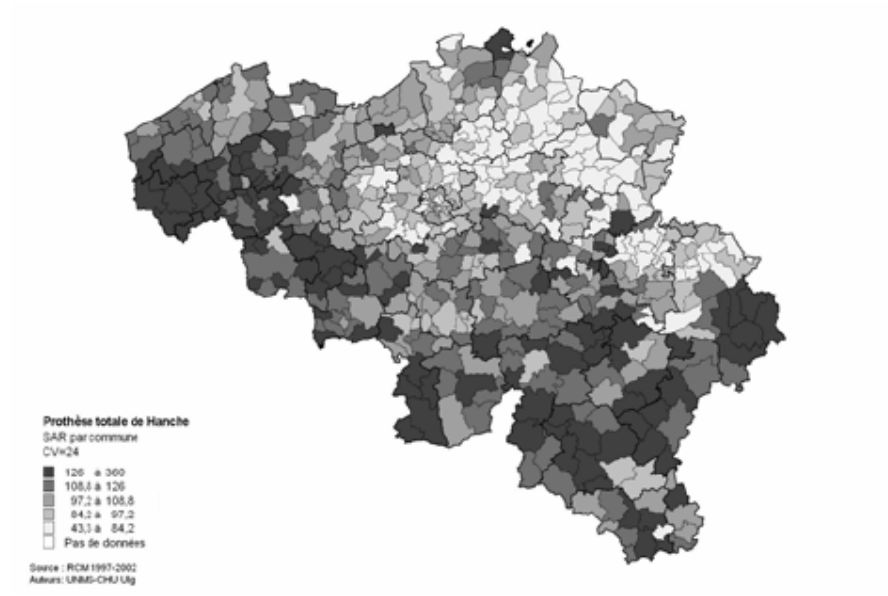
Variatie in electieve chirurgie: arthroscopie



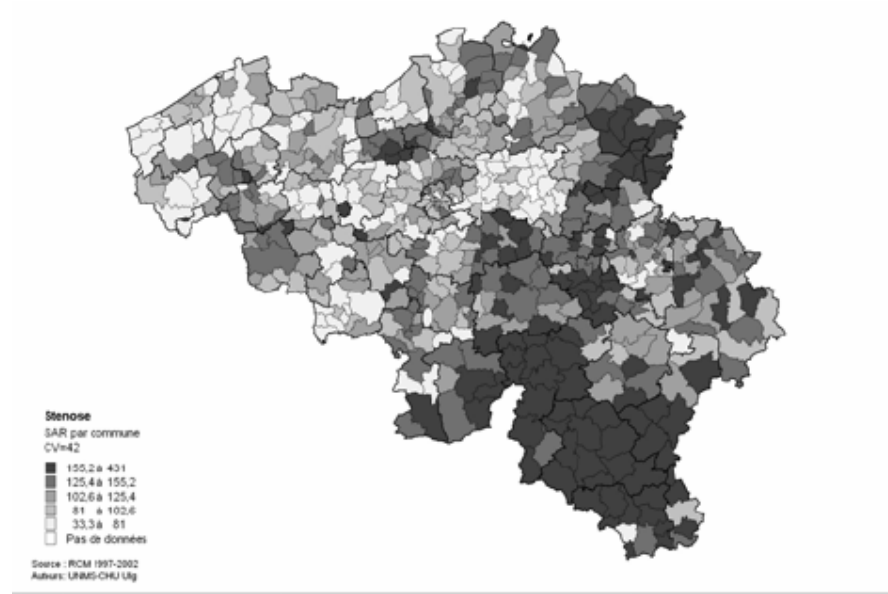
⁸ Jacques, J., Gillain, D., Fecher, F., Van De Sande, S., Vrijens, F., Ramaekers, D. et al. (2006), *Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): KCE Reports 42A.

⁹ Het carpal tunnel syndroom verwijst naar klachten veroorzaakt door een beknelling van de middelste armzenuw in een kanaal aan het begin van de handpalm.

Variatie in electieve chirurgie: totale heupprothese



Variatie in electieve chirurgie: carotisstenose¹⁰



¹⁰ Carotisstenose verwijst naar een vernauwing van de halsslagader.

De omvang van het medische aanbod vormt een eerste verklaring voor de praktijkverschillen: regio's met een grotere densiteit van artsen en ziekenhuizen hebben (ceteris paribus) grotere uitgaven.¹¹ In de mate dat grotere densiteit van verstrekkers leidt tot aanbodgeïnduceerde vraag, wijst dit rechtstreeks op mogelijke inefficiënties.

De verschillen worden soms ook gezien als de reflectie van verschillen in “cultuur” tussen het noorden en het zuiden. Dit is echter geen verklaring. We identificeren culturele verschillen op basis van samenhangende gedragspatronen, en het is dan ook niet erg bevredigend om culturele verschillen als een “verklaring” voor die samenhangende gedragspatronen naar voor te schuiven. Echte verklaringsmodellen vullen de idee van “culturele” verschillen op een meer structurele wijze in.¹² De meest overtuigende benadering gaat ervan uit dat elke diagnosestelling en elke therapeutische beslissing voor artsen en andere verstrekkers grote onzekerheid met zich meebrengt. Soms is de wetenschappelijke evidentie betwistbaar en/of de kennis erover niet algemeen verspreid. Het is evident dat in deze situatie artsen op een formele of informele wijze met elkaar zullen overleggen en hun gedrag tot op zekere hoogte op elkaar zullen afstemmen. Deze diffusie van informatie leidt op een voor de hand liggende wijze tot regionale clustering van praktijkpatronen. Dit fenomeen wordt verder in de hand gewerkt doordat de regionale spreiding van de artsen ook gedeeltelijk samenhangt met verschillen in opleiding: regionaal geclusterde verstrekkers zijn ook vaker naar dezelfde universiteit geweest. Deze verklaring sluit overigens absoluut niet uit dat de verschillen wijzen op inefficiënties. Sociale interacties kunnen resulteren in efficiënte of in minder efficiënte praktijkpatronen.

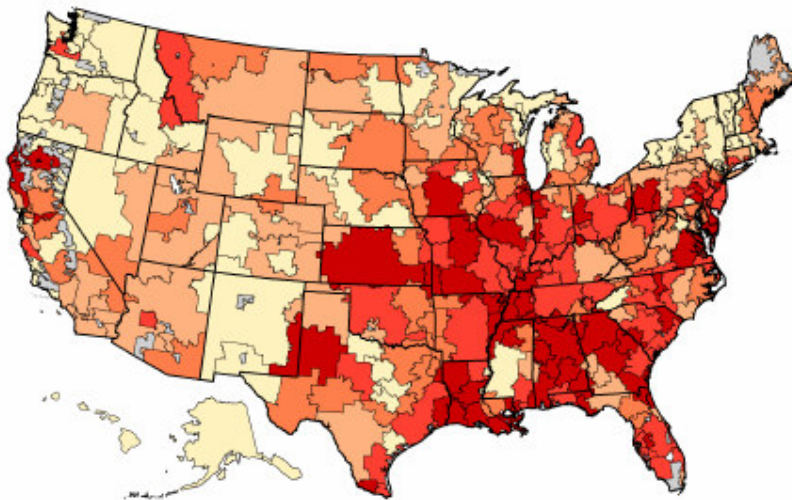
De vraag is nu: hoe relevant zijn deze verschillen voor de vraagstelling over de defederalisering? Het belang ervan wordt vaak overdreven. In de eerste plaats zijn de verschillen binnen de gewesten maar tussen de instellingen of de verstrekkers belangrijker dan de verschillen tussen de gewesten. Figuur 1 illustreert overigens dat de (onbetwistbare) clustering van praktijkpatronen niet steeds volgens dezelfde regionale opdeling gestructureerd is. Een vergelijking van de resultaten voor het carpale tunnel syndroom en de arthroscopie toont dat de intensiteit van tussenkomsten niet altijd groter is in het zuiden dan in het noorden. De resultaten voor heupprothesen en voor carotisstenose zijn nog frappanter: ze wijzen op sterke regionale clustering, maar die verloopt niet langs de noord-zuid as. In de tweede plaats is het belangrijk om niet te vergeten dat een gelijkaardige

¹¹ Zie bv. de resultaten beschreven in Schokkaert, E., Van de Voorde, C. (2004), Risk selection and the specification of the conventional risk adjustment formula, *Journal of Health Economics* 23, p. 1237-1259.

¹² Een overzicht ervan wordt bv. gegeven in Phelps, C. (1992), Diffusion of information in medical care, *Journal of Economic Perspectives* 6(3), p. 23-42.

clustering in nagenoeg alle gezondheidszorgsystemen voorkomt. Sinds het midden van de jaren zeventig van de vorige eeuw is er een hele onderzoeksindustrie ontstaan rond de beschrijving van regionale verschillen en die activiteit heeft ondertussen honderden artikelen opgeleverd. Figuur 2 toont een redelijk willekeurig gekozen illustratie voor een heel ander land: het gebruik van coronaire angiografie¹³ in de VS. De regionale clustering is even evident als voor de meer specifieke Belgische voorbeelden in Figuur 1.

Figuur 2: Spreiding van coronaire angiografie in de VS (Bron: Dartmouth Atlas, 1996)¹⁴



Praktijkverschillen zijn onvermijdelijk in gezondheidszorgsystemen waarin de verstrekkers een grote mate van therapeutische vrijheid hebben. Zoals gezegd vormen ze vaak echter ook een duidelijke indicatie van suboptimaal gedrag. Het gaat er nu dus juist om het gedrag van verstrekkers in de juiste richting te sturen, zonder hun vrijheid al te veel te beknotten. Dit is een grote uitdaging, maar de defederalisering op zichzelf vormt hierop geen automatisch antwoord. Praktijkverschillen komen immers ook voor binnen de bestaande gewesten. Indien er gedefederaliseerd zou worden, zou elk gewest op zichzelf eveneens onvermijdelijk geconfronteerd worden met de vraag op welke wijze ze haar eigen

¹³ Coronaire angiografie is het maken van röntgenfoto's van de kransslagaders die het hart van zuurstof voorzien.

¹⁴ *The Dartmouth Atlas of Health Care in the United States 1996*, The Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School, 1996. De atlas bevat talrijke andere voorbeelden van geclusterde praktijkpatronen.

inefficiënties weg kan werken. Dit was natuurlijk precies de vraag waarmee we ook de vorige afdeling hebben afgesloten. Toch moet hier een belangrijke nuancering aan toegevoegd worden: terwijl het zeker zo is dat de defederalisering op zichzelf niet automatisch een oplossing biedt voor de verhoging van de efficiëntie, kan ze er misschien wel een noodzakelijke voorwaarde voor zijn. We komen daarop terug in afdeling 5.

We hebben het in deze afdeling uitsluitend gehad over de verschillen in uitgaven. Daarnaast zijn er ook regionale verschillen aan de financieringszijde. In een systeem zoals het Belgische, waar de bijdragen voor de ziekteverzekering samenhangen met het inkomen (en waar er bovendien een belangrijke supplementaire injectie is uit de algemene middelen van de overheid), zullen de gemiddeld rijkere regio's een relatief grotere bijdrage betalen. Het gaat hier echter om een vraagstelling die fundamenteel verschillend is van die van de uitgaven- en praktijkverschillen. Ze komt aan bod in de volgende afdeling.

4. DEFEDERALISERING EN INTERPERSOONLIJKE SOLIDARITEIT

Een systeem van ziekteverzekering zoals het Belgische impliceert een hoge mate van interpersoonlijke solidariteit. Ex post zullen er steeds en onvermijdelijk financiële transfers zijn van de ene groep in de samenleving naar de andere (of van de ene persoon naar de andere). In abstracte termen kunnen deze transferten tot drie basisvormen worden teruggebracht:

- (a) in elk ziekteverzekeringssysteem is er solidariteit tussen mensen die wel en mensen die niet door ziekte getroffen worden. In collectieve systemen, waarin premiedifferentiatie op basis van morbiditeit wordt verboden, is er ook solidariteit a priori tussen de goede en de slechte risico's. We geven een voorbeeld: we weten dat mensen uit lagere sociale klassen die tewerkgesteld zijn in ongezonde arbeidsomstandigheden, een groter risico op ziekte hebben. In een privaat ziekteverzekeringssysteem zou dit in principe kunnen leiden tot verschillen in de te betalen premies. In ons universeel systeem van ziekteverzekering zal deze premiedifferentiatie vermeden worden. We spreken over *subsidiërende solidariteit*.
- (b) wanneer de hogere inkomensgroepen hogere bijdragen moeten betalen is er ook een impliciete transfert van de rijken naar de armen. We spreken over *inkomenssolidariteit*.
- (c) elk verzekeringssysteem wordt geconfronteerd met het probleem van *moral hazard*. Wanneer men een verzekering heeft zal men minder geneigd zijn risicovol gedrag te vermijden, en minder sterk waken over de omvang van zijn zorguitgaven. In de mate dat sommige mensen of groepen meer onderhevig zijn aan moral hazard dan andere, zal er ook een impliciete transfer zijn van de meer eerlijke naar de minder eerlijke patiënten.

Iedereen is het er wellicht over eens dat de laatste vorm van transferten ethisch en sociaal niet wenselijk is, d.w.z. dat moral hazard moet bestreden worden. Dit brengt ons rechtstreeks terug bij de vragen rond efficiëntie die in de twee vorige afdelingen werden gesteld. Bestrijding van moral hazard is inderdaad een essentieel onderdeel van een efficiëntieverhogend beleid. Daartoe worden precies microeconomische incentieven ingevoerd. Laat ons nu voorlopig dit element buiten beschouwing laten (we komen erop terug in afdeling 5) en ons richten op de eerste twee vormen van solidariteit.

Wanneer men het Belgische systeem van ziekteverzekering vanuit dit perspectief bekijkt, zijn de financiële stromen erin volledig transparant: van rijk naar arm, van gezond naar ziek, van goede risico's naar slechte risico's. Die transparantie verdwijnt vanzelfsprekend wanneer men zich wil richten op de stromen van Vlaanderen naar Wallonië: de omvang van die stromen zal afhangen van de relatieve inkomens en van het morbiditeitsrisico in de gewesten, d.w.z. van de wijze waarop rijken en armen, zieken en gezonden, goede en slechte risico's over de gewesten verdeeld zijn. Die stromen moeten dus uitgerekend worden. Er wordt vaak betoogd dat dit gebrek aan transparantie problematisch is, en dat het te verkiezen zou zijn duidelijke solidariteitsmechanismen tussen Vlaanderen en Wallonië in te voeren. Deze mechanismen zouden inderdaad transparant zijn op het niveau van de gewesten. Maar in dat geval zou alle transparantie binnen het systeem verdwijnen m.b.t. de transfers tussen rijken en armen en tussen zieken en gezonden. Doorheen de tijd gaat de samenstelling van de bevolking van de gewesten voor deze dimensies immers wijzigen, en in dit geval zal men dus ingewikkelde berekeningen moeten uitvoeren om het werkelijke niveau van interpersoonlijke solidariteit te kennen. De keuze gaat dus niet tussen een transparant en een intransparant systeem, de keuze gaat tussen verschillende vormen van transparantie – en daarmee samenhangend tussen verschillende vormen van solidariteit. Verkiezen we vanuit ethisch of politiek standpunt solidariteit tussen gewesten of solidariteit tussen personen?

We kunnen deze ethisch-filosofische discussie binnen het bestek van dit Standpunt onmogelijk beslechten – maar het lijkt ons evident (en het ligt volledig in de lijn van de meeste ernstige rechtvaardigheidstheorieën) dat solidariteit in de eerste plaats moet gedacht worden als een relatie tussen personen. Ons lijkt het in elk geval ethisch meer aantrekkelijk om solidair te zijn met een arme, zieke Franssprekende dan met een rijke, gezonde Nederlandsprekende. Natuurlijk zijn er pragmatische argumenten om hierin niet naïef te zijn: het nastreven van een onbereikbaar en naïef ideaal van interpersoonlijke solidariteit

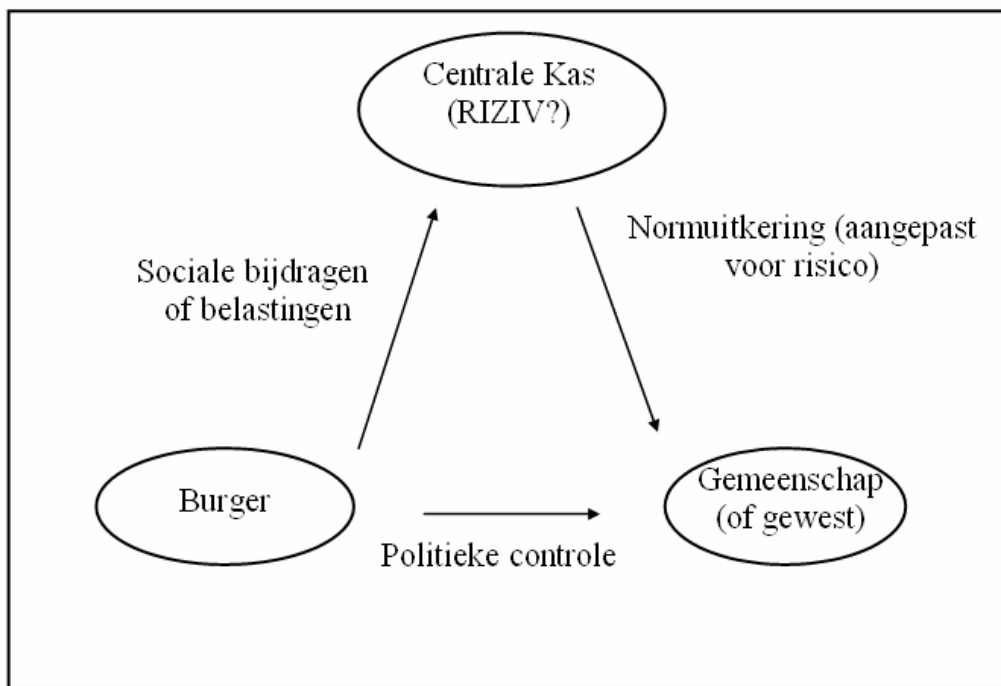
op wereldniveau kan bestaande solidariteitsmechanismen ondermijnen.¹⁵ Maar de uitbreiding van interpersoonlijke solidariteit is een kenmerk van beschaving en als Vlamingen zouden wij het zeer betreuren, wanneer België onder Vlaamse druk een stap achteruit zou zetten.

Velen die zoals wij de interpersoonlijke solidariteit als een ideaal naar voor schuiven, koppelen daaraan dan onmiddellijk het besluit dat precies daarom de defederalisering onmogelijk of minstens onwenselijk is. Dit gaat echter een stap te ver. Er is geen enkel probleem om interpersoonlijke solidariteit met defederalisering te verzoenen. Het is zelfs niet nodig bijzonder creatief te zijn om een mechanisme daarvoor uit te vinden. Het financieringsmechanisme kan volledig analoog zijn aan dat wat thans wordt toegepast voor de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen (in België, maar ook in Nederland, Duitsland en Zwitserland) en aan de regionale verdeelsleutels die in praktisch alle landen van het National Health Service-type worden toegepast.¹⁶

¹⁵ De discussie hierover wordt iets meer uitgewerkt in Schokkaert, E. (2005). The welfare state under pressure. Shifts in the egalitarian ideal, in: Simoens, D. et al. (eds.), *Sociale zekerheden in vraagvorm* (Intersentia, Antwerpen/Oxford), 385-399.

¹⁶ Voor een overzicht, zie Rice, N., Smith, P. (2001), Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report, *Milbank Quarterly* 79(1), p. 81-113.

Figuur 3: Defederalisering met interpersoonlijke solidariteit



We kunnen hier niet veel meer doen dan de basisprincipes toelichten. Die worden geïllustreerd in Figuur 3. Het essentiële element in dit systeem is dat de financiering op het centrale niveau gesitueerd blijft. Het globale budget wordt dan over de gewesten verdeeld, maar niet op basis van de werkelijke uitgaven, wel op basis van de kenmerken van de bevolking van de gewesten, d.w.z. op basis van hun “te objectiveren” morbiditeitsrisico’s. Het is belangrijk om in te zien dat hierdoor alle incentieven voor efficiëntie bewaard blijven: indien een gewest hogere uitgaven voor gezondheidszorg heeft dan op basis van de a priori regel werd berekend, dan zal ze daar zelf voor moeten opdraaien. Dit betekent dus dat ze aan haar burgers bijkomende bijdragen zal moeten vragen – of zal moeten besparen op andere posten van haar budget. Indien een gewest integendeel lagere uitgaven heeft voor gezondheidszorg dan a priori kon verwacht worden op basis van de kenmerken van haar bevolking, zal haar financiële ruimte groter worden. Als preventie of verhoogde efficiëntie leiden tot lagere uitgaven, zal het betrokken gewest daarvan dus zelf de vruchten plukken.

Tegelijkertijd blijven in principe de belangrijkste kenmerken van de interpersoonlijke solidariteit in dit systeem overeind. Doordat de financiering centraal blijft, blijft ook de inkomenssolidariteit bestaan. En de subsidiërende solidariteit tussen zieken en gezonden

blijft bewaard in de mate dat het betrokken morbiditeitskenmerk opgenomen wordt in de formule die gehanteerd wordt voor de verdeling van de middelen. Het voorgestelde schema is echter flexibel. De specifieke modaliteiten ervan zullen het uiteindelijke niveau van solidariteit bepalen:

- (a) zoals beschreven zullen gewesten met hogere uitgaven dan door de a priori regel worden voorspeld, zelf moeten instaan voor bijkomende financiering. Het globale uitgavenniveau (op federaal niveau) is echter ook een onbekende. Wanneer men het globale budget op een lager niveau vaststelt, zal het a priori toegekende budget voor de gewesten lager zijn, en wordt de kans dat ze bijkomende financiering binnen het eigen gewest moeten zoeken dus groter. Dan wordt ook de *inkomenssolidariteit* over de gewesten heen beperkt. In principe is het mogelijk dat beide gewesten een gedeelte van hun uitgaven zelf moeten financieren.
- (b) er moet a priori ook vastgelegd worden welke kenmerken wel en welke kenmerken niet in de verdeelformule worden opgenomen. Opname van een kenmerk impliceert dat men ervan uitgaat dat voor dit kenmerk *subsidiërende solidariteit* wenselijk is; weglaten van een kenmerk betekent dat men de gewesten verantwoordelijk houdt voor de daaruit voortvloeiende uitgavenverschillen.¹⁷ In het extreme geval zou men de verdeling van het budget enkel kunnen laten afhangen van de omvang van de bevolking: dan wordt elke gewestoverschrijdende subsidiërende solidariteit uitgesloten (maar blijft natuurlijk nog steeds de inkomenssolidariteit bestaan). Dit extreme geval is ethisch moeilijk verdedigbaar. Correcties voor leeftijds- en geslachtsverschillen lijken een absoluut minimum te zijn om van een aanvaardbare formule te spreken. Maar ook verdere verfijning van de formule is mogelijk.

Het grote voordeel van het verdeelmodel in Figuur 3 is dat er kan nagedacht worden over de mogelijkheden en de grenzen van interpersoonlijke solidariteit in een kader dat alle incentieven voor efficiëntie respecteert. Het gaat dan over de afbakening van verantwoordelijkheid en compensatie in algemene termen, en niet meer over gevoelige verschillen tussen gewesten. In het licht van de evoluties die in de tweede afdeling geschetst werden, zal dezelfde discussie over de grenzen van de solidariteit overigens in de toekomst zeker moeten worden gevoerd, ook wanneer het Belgische gezondheidszorgsysteem niet wordt gedefederaliseerd.

Bij dit alles zijn wel nog drie kanttekeningen te maken. Ten eerste hebben we in het begin van deze afdeling gewezen op de niet wenselijke transferten die samenhangen met verschillen in moral hazard. Een globaal systeem van interpersoonlijke solidariteit zal op

¹⁷ De theoretische aspecten van de keuze worden (voor het probleem van de financiering van de ziekenfondsen) uitgebreid besproken in Schokkaert, E., Dhaene, G., Van de Voorde, C. (1998), Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk selection: an application of the theory of fair compensation, *Health Economics* 7, p. 465-480, en in Schokkaert, E., Van de Voorde, C. (2004), Risk selection and the specification of the conventional risk adjustment formula, *Journal of Health Economics* 23, p. 1237-1259.

lange termijn slechts robuust zijn indien het probleem van moral hazard op een adequate wijze wordt aangepakt. Het bevorderen van de efficiëntie van het systeem is in die zin een noodzakelijke voorwaarde om de solidariteit te bewaren. Noteer dat het model dat geschetst wordt in Figuur 3 de gewesten in elk geval verantwoordelijk zal stellen voor verschillen in moral hazard.

Ten tweede, in het ruimere debat over de toewijzing van bevoegdheden in België, zou kunnen gesteld worden dat de gewesten tot op zekere hoogte verantwoordelijk zijn voor het economisch beleid en dus voor het gemiddeld inkomen van hun inwoners. Wij spreken ons hierover in dit Standpunt niet uit, omdat het duidelijk is dat de mogelijke responsabilisering van de gewesten voor het economisch beleid niet via de financiering van de gezondheidszorg moet verlopen.

Ten derde, het is niet omdat defederalisering kan gecombineerd worden met interpersoonlijke solidariteit, dat defederalisering noodzakelijk of zelfs wenselijk is. Zoals wij hebben benadrukt, vormt deze interpersoonlijke solidariteit ook de hoeksteen van ons huidige federale systeem van ziekteverzekering. Wij denken wel dat, indien er gedefederaliseerd wordt, dat moet gebeuren volgens een systeem analoog aan dat van Figuur 3. Interpersoonlijke solidariteit is een noodzakelijke voorwaarde om defederalisering ethisch aanvaardbaar te maken. Maar de argumenten om defederalisering ook wenselijk te maken moeten van een andere orde zijn.

5. DE ECHTE UITDAGING: RESPONSABILISERING EN BEHEERSING VAN DE UITGAVEN

Laten we nu terugkeren tot de grote uitdagingen waarmee alle systemen van gezondheidszorg thans worden geconfronteerd. Mede in het licht van de twee vorige afdelingen kunnen we ze als volgt formuleren: (a) er zijn duidelijke indicaties van inefficiënties in het bestaande systeem. De volledige uitroeiing ervan is gezien de kenmerken van de sector zelf onmogelijk¹⁸, maar de verstandige invoering van microeconomische incentieven is wenselijk. Dit zal noodzakelijkerwijze gepaard gaan met een inperking van de vrijheid van patiënten en verstrekkers; (b) in het licht van de voortdurende medisch-technologische vooruitgang en de daarmee samenhangende stijging in de uitgaven, moet een structuur worden opgezet die toelaat een systeem met twee snelheden te vermijden. Dit betekent dat ook in de toekomst een hoog niveau van interpersoonlijke solidariteit bewaard moet blijven. Moral hazard moet op een transparante wijze bestreden worden, zodat de solidariteit kan slaan op inkomensverschillen en op gerechtvaardigde verschillen in uitgaven.

De cruciale vraag nu is: wie gaat in de toekomst de regulerende rol spelen? Welke spelers zijn het beste geplaatst om op een flexibele wijze op de toekomstige uitdagingen in te spelen? Wij hebben gewezen op de hybride structuur van het huidige Belgische systeem. Hoewel deze structuur behoorlijk heeft gefunctioneerd in het verleden, lijkt hij voor de toekomst aan herziening toe indien we op een adequate wijze de grote uitdagingen willen aanpakken. Het bestaande kluwen van overlegorganen is weinig doorzichtig en de politieke beslissingen worden op een ad hoc basis genomen en zijn sterk afhankelijk van de politieke kleur van de betrokken minister. Bovendien is ook de verdeling van de bevoegdheden tussen de verschillende overheidsniveaus niet coherent – het is niet logisch dat het preventiebeleid grotendeels werd gedefederaliseerd, terwijl de verantwoordelijkheid voor de uitgaven op het federale niveau geconcentreerd is. Net zoals in andere landen, is er ook in België nood aan een open en volwassen politiek debat waaruit een coherente toekomstvisie op ons systeem van gezondheidszorg zou moeten voortvloeien.

Er zijn inderdaad talrijke mogelijkheden. Om de discussie wat te structureren, kunnen ze uitgezet worden op een primitieve schaal van “meer” naar “minder” overheid:

¹⁸ Het probleem werd reeds meer dan een halve eeuw geleden klaar en duidelijk beschreven in Arrow, K. (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 53(5), p. 941-973.

- het is mogelijk om de greep van de overheid op de gezondheidssector te versterken. Dat zou impliceren dat België evolueert in de richting van een National Health Service-achtig systeem. De ziekenfondsen zouden dan gereduceerd worden tot loutere uitvoerders, en kunnen wellicht zelfs afgeschaft worden.
- de bestaande overlegstructuren zouden kunnen vereenvoudigd, verfijnd en aangepast worden aan de gewijzigde omstandigheden. Hoewel dit op het eerste gezicht een weinig drastische ingreep is, moet de complexiteit ervan toch niet onderschat worden. Het is niet evident op een gestructureerde wijze na te denken over de “beste” structuur van deze overlegorganen. Bovendien impliceert een wijziging in de structuren veelal ook een wijziging in de relatieve machtsposities.
- de rol van de individuele ziekenfondsen in het verplichte systeem zou kunnen worden uitgebreid. België zou op een voorzichtige wijze kunnen evolueren in de richting van het theoretische model van gereguleerde concurrentie. Zoals hierboven reeds werd gesuggereerd, is dit eigenlijk de logische verdere stap in de invoering van financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen.
- de sluipende privatisering van de laatste jaren (waarbij het aandeel van de patiënten en van de aanvullende verzekeringen toeneemt) zou expliciet kunnen gemaakt worden. De inkrimping van het verplichte systeem kan leiden tot een sterke uitbreiding van de aanvullende ziekteverzekering, waarbinnen private verzekeraars een grote rol spelen. Men zou overigens ook private verzekeraars kunnen toelaten in de verplichte verzekering.

Het ligt absoluut buiten het bestek van deze tekst om op een genuanceerde wijze deze verschillende opties met elkaar te vergelijken. Er zal overigens nauw moeten worden toegekeken op de invloed van de Europese regelgeving. Maar ook zonder een expliciete keuze te maken tussen deze verschillende organisatievormen, kunnen we wel enkele belangrijke conclusies trekken met betrekking tot de defederalisering. Deze punten zijn namelijk relevant, onafhankelijk van de specifieke toekomstvisie die men wenst te verdedigen.

In de eerste plaats is het debat over de toekomstige organisatie van ons systeem van gezondheidszorg en ziekteverzekering belangrijk en dringend. Het lijkt geen twijfel dat de klemtonen aan beide zijden van de taalgrens thans vaak op een verschillende wijze worden gelegd. Dit vormt op zichzelf geen argument voor splitsing: het is precies de bedoeling van het politieke systeem om bij dit soort van meningsverschillen tot een aanvaardbaar compromis te komen. Mede omwille van de al te gemakkelijke verwijzing naar een

mogelijke defederalisering, is het debat echter volledig geblokkeerd. Dit is een gevaarlijke situatie. We kunnen ons in de gezondheidszorg geen herhaling van de ervaring met de overheidstekorten in de periode 1975-1981 permitteren. Communautaire tegenstellingen mogen niet leiden tot immobilisme.

In de tweede plaats krijgt ook de discussie rond de “culturele” verschillen hier een bijkomende dimensie. We hebben in afdeling 3 betoogd dat uitgaven- en praktijkverschillen op zichzelf geen argument vormen voor defederalisering, maar wel wijzen op mogelijke inefficiënties. Deze inefficiënties moeten worden aangepakt. Dit betekent natuurlijk dat mogelijke besparingen niet op een lineaire wijze mogen doorgevoerd worden, maar dat maatregelen moeten worden uitgewerkt die de inefficiënties aanpakken waar ze zich voordoen.

In de derde plaats, en het allerbelangrijkste: de vraag over de wenselijkheid van defederalisering kan gewoonweg niet beantwoord worden, indien ze wordt losgemaakt van het bredere debat over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg. Sommige toekomstpaden zijn gemakkelijker met defederalisering te verzoenen dan andere. De idee van defederalisering kan het gemakkelijkste worden geïntegreerd in een etatistische visie – we hebben er reeds op gewezen dat NHS-type systemen bijna noodzakelijkerwijze gedecentraliseerd zijn. Maar is dit echt de weg die we willen inslaan?¹⁹ Wanneer men opteert voor een ander toekomstpad moet er expliciet nagedacht worden over de relatieve rol van overheid en ziekenfondsen, of over de gevolgen van de subtiele (of minder subtiele) verschuivingen in de machtsverhoudingen tussen de verschillende spelers die met defederalisering gepaard zullen gaan. De leden van de ziekenfondsen en de leden van de verstrekkersorganisaties zijn niet op toevallige wijze over het Belgische grondgebied gespreid en in sommige gevallen zou defederalisering leiden tot quasi-monopolies. Het is dan ook naïef om ervan uit te gaan dat men eerst zou kunnen defederaliseren, om pas daarna het debat over de toekomstige structuur te openen. Defederalisering maakt het moeilijker om sommige opties door te voeren. Het is dan ook van essentieel belang dat het debat over de defederalisering niet losgekoppeld wordt van het debat over de toekomstige structuur van het hele systeem van ziekteverzekering.

¹⁹ Noteer overigens de paradox. De etatische visie is meer populair in het zuiden dan in het noorden van België. Precies in deze visie is de defederalisering wellicht wenselijk, en zeker het gemakkelijkste om door te voeren.

6. BESLUIT

De toekomstige structuur van ons systeem van gezondheidszorg vormt één van de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen. Op welke wijze kan de efficiëntie van het systeem verhoogd worden in het licht van de te verwachten toename in de uitgaven als gevolg van de medisch-technologische vooruitgang? Hoe kan de bereidheid tot betalen voor een betere gezondheidszorg vertaald worden in structuren die het gewenste hoge niveau van interpersoonlijke solidariteit mogelijk maken? Er is grote behoefte aan een klare toekomstvisie, waarbinnen de relatieve verantwoordelijkheid van de overheid en van de andere spelers (vooral ziekenfondsen en verstrekkers) duidelijk wordt vastgelegd. Eén specifiek element in deze uitdaging is de vraag naar de verdeling van de overheidsbevoegdheden over de verschillende overheidsniveaus. Het spreekt vanzelf dat dit specifiek element nauw verbonden is met de bredere vraagstelling en ervan niet kan worden losgemaakt.

In de atypische Belgische politieke omgeving, wordt het deelelement van de defederalisering echter meestal wel uit deze bredere context gehaald. Dit veroorzaakt vaak een verkrampte discussie, te meer omdat argumenten worden gebruikt die irrelevant of fout zijn. Net zoals in alle andere landen, bestaan er ook in België zeker en vast interregionale verschillen in medische praktijken en in uitgaven. Ze wijzen vaak op inefficiënties, maar ze kunnen niet gemakkelijk volgens een simplistische noord-zuid tweedeling worden verklaard. Er wordt vaak ook beweerd dat defederalisering noodzakelijk moet leiden tot een verschuiving van interpersoonlijke naar interregionale solidariteit, waarbij de meningen over de wenselijkheid van een dergelijke verschuiving uiteenlopen. Wij zouden het om ethische redenen zeer betreuren dat de interpersoonlijke solidariteit in de Belgische gezondheidszorg wordt afgebouwd. Maar, opnieuw: dit vormt op zichzelf geen beletsel voor defederalisering. Het is mogelijk om financiële verantwoordelijkheid voor uitgavenverschillen in te voeren, zonder dat de basisprincipes van de interpersoonlijke solidariteit in het gedrang komen. Zonder die basisprincipes in vraag te stellen, is er overigens nog wel ruimte voor en nood aan een debat over de wenselijke omvang van de inkomens- en de subsidiërende solidariteit.

Mede doordat deze elementen van “ongerechtvaardigde uitgaven” en “solidariteit” op een emotionele wijze in het debat worden ingebracht, blokkeert de idee van de defederalisering de noodzakelijke en dringende discussie over de toekomstige structuur van de Belgische gezondheidszorg. Dit vormt een ernstig probleem. Wij denken dat de hele discussie hierover moet opengetrokken worden. Dit veronderstelt dat de defederalisering van de

gezondheidszorg niet wordt opgenomen in een Vlaamse eisenbundel, waarbij dan afwegingen moeten worden gemaakt met andere Vlaamse eisen, en compromissen moeten gesloten worden die niets met gezondheidszorg te maken hebben. De gezondheidszorg is te belangrijk voor dit soort van spel. Misschien kunnen de verschillende politieke spelers aan beide zijden van de taalgrens eens nadenken over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg zelf: over waar de grens moet getrokken worden tussen solidariteit en verantwoordelijkheid, en over de relatieve rol van de overheid en van de andere spelers in het systeem? Alleen in zo een bredere visie kan de vraag over de defederalisering een coherent antwoord krijgen.

LEUVENSE ECONOMISCHE STANDPUNTEN

- 1976 - 1. Louis BAECK, De inflatoire groeimachine. (uitgeput)
2. Paul DE GRAUWE, Theo PEETERS, De recente inflatie: een structureel of een monetair probleem? (uitgeput)
- 1977 - 3. K. TAVERNIER, Krachtlijnen voor een Belgisch stabilisatiebeleid. (uitgeput)
4. Paul DE GRAUWE, Korporatisme en werkloosheid. (uitgeput)
5. Paul VAN ROMPUY, Enkele structurele aspecten van de crisis. (uitgeput)
6. Louis BAECK, Naar een nieuwe groeicyclus met een ander groeipatroon.
- 1978 - 7. Louis BAECK, Politiek verantwoordelijk handelen en socio-economisch optimum. (uitgeput)
8. Paul DE GRAUWE, Bureaukratische controle en het economisch systeem.
9. Paul VAN ROMPUY, Guido DE BRUYNE, De regionalisatie economisch bekeken. (uitgeput)
10. Louis BAECK, De nieuwe internationale economische orde en haar kritische tegenhangers. (uitgeput)
11. Theo PEETERS, Economisch federalisme: lessen uit het buitenland.
12. Dirk HEREMANS, Economische autonomie en economische unie, krachtlijnen voor een duurzame oplossing.
- 1979 - 13. Paul DE GRAUWE, Arbeidsduurvermindering en tewerkstelling.
14. Economisch Federalisme. (uitgeput)
Deel I: Financiële middelen en herverdeling, Paul VAN ROMPUY, Albert VERHEIRSTRAETEN, Regionale Herverdelings- en Financieringsstromen. Theo PEETERS, Financiële middelenvoorziening voor gemeenschappen en gewesten.
15. Economisch Federalisme.
Deel II: Organisatie en bevoegdheden, Dirk HEREMANS, Verkaveling van bevoegdheden en economische unie.
Vic VAN ROMPUY, Economisch stelsel en verdeling van bevoegdheden.
- 1980 - 16. Guy CLEMER, Karel TAVERNIER, Tewerkstelling en inkomensmatiging in België: een onvermijdelijke keuze.
17. Louis BAECK, Lokomotief strategie: met stoom uit de Eurovalutamarkt. (uitgeput)
18. Michel DOMBRECHT, Theo PEETERS, Sanering van de overheidsfinanciën: gevaarlijk of onvermijdelijk?
- 1981 - 19. Paul DE GRAUWE, Marcia DE WACHTER, Productie, tewerkstelling en verdeling. Een neo-liberale benadering.
20. Louis BAECK, De jaren tachtig in perspectief. (uitgeput)
21. Paul VAN ROMPUY, Patrick VAN CAYSEELE, Raming van de geregionaliseerde lopende rekening van de overheid in 1979.
22. Paul DE GRAUWE, Loonkosten, energiekosten en kapitaalkosten. België gedurende 1970-1980. (uitgeput)
23. Frans SPINNEWYN, Een verzekeringstechnische benadering van de werkloosheidsverzekering.

- 1982 - 24. Louis BAECK, Herstelbeleid, vroeger en nu. (uitgeput)
 25. Paul DE GRAUWE, Marc JANSSENS, Aanbodeconomische effecten van de belastingsdruk in België.
- 1983 - 26. Paul DE GRAUWE, Guy VERFAILLE, Linkse en rechtse gezondheidsindicatoren van de Belgische Economie.
 27. Louis BAECK, Hoe de crisis ombuigen. (uitgeput)
 28. Paul VAN ROMPUY, Maatschappelijke keuze en economische crisis.
 29. Vic VAN ROMPUY, Erik SCHOKKAERT, Begrotingstekorten, Rentelasten en Openbare schulden in België. Een kijk op halflange termijn.
- 1984 - 30. Dirk HEREMANS, Hans GEEROMS, Marktsector en budgetsector in België. Grenzen aan het overheidsbeslag?
 31. Paul DE GRAUWE, Guy VERFAILLE, Zijn de rentelasten van de overheidsschuld ondraaglijk geworden?
- 1985 - 32. Louis BAECK, De wonderbare wereld van de economische paradigma's. (uitgeput)
 33. Paul VAN ROMPUY, Solidariteitsmechanismen in federale staten. (uitgeput)
 34. Louis BAECK, De V.S. en de E.G.: vergelijking op lange termijn.
 35. Louis BAECK, Het economisch denken in het Spanje van de 16^e en 17^e eeuw.
 36. Guido DE BRUYNE, Paul DE GRAUWE, Herverdeling van het werk en makro-economisch evenwicht.
 37. Paul VAN ROMPUY, Arbeidsmarktflexibiliteit en werkloosheid.
- 1987 - 38. Paul DE GRAUWE, Anne FREMAULT, Micro- en macro-economische effectiviteit van de Belgische prijsreglementering.
 39. Louis BAECK, Kentering in de westerse economie.
 40. Johan MORTELMANS, Erik SCHOKKAERT, Lode BERLAGE, Robert VERTONGHEN, De economische wenselijkheid van een snelspoorverbinding door België.
 41. Louis BAECK, De aandelenbeurzen, 1982-87: het lustrum van de stier.
 42. Lode BERLAGE, Dirk TERWEDUWE, Grondstoffenuitvoer van ontwikkelingslanden: machtsmiddel of struikelblok?
- 1988 - 43. Louis BAECK, De westerse economie na de krach. (uitgeput)
 44. Filip ABRAHAM, Nationale vakbonden, interprofessionele loonakkoorden en economische politiek.
 45. Paul VAN ROMPUY, m.m.v. Valentijn BILSEN, 10 jaar financiële stromen tussen de gewesten in België. (uitgeput)
 46. Dirk HEREMANS, Bevoegdheidsverdeling en economische autonomie. De staatshervorming in het licht van 1992. (uitgeput)
 47. Wim MOESEN, Dirk HEREMANS, Paul VAN ROMPUY, Mark EYSKENS, Bedenkingen bij de nieuwe financieringsvoorstellen voor gewesten en gemeenschappen. (uitgeput)
 48. Vic VAN ROMPUY, Overheidstekort, overheidsschuld en economische welvaart. Toepassing op België 1947-1988. (uitgeput)

- 1989 - 49. Lodewijk BERLAGE, België en de schulden van de Afrikaanse lage inkomenslanden. (uitgeput)
50. Jacques DREZE, Schuld en coöperatie in de mondiale economie. (uitgeput)
51. Paul DE GRAUWE, Milieuvriendelijke groei: utopie of werkelijkheid? (uitgeput)
- 1990 - 52. Paul VAN ROMPUY, Europese ankerpunten voor het Belgisch begrotingsbeleid. (uitgeput)
53. Louis BAECK, De jaren '90: een Europees decennium. (uitgeput)
54. Paul DE GRAUWE, Stef PROOST, Erik SCHOKKAERT, Denise VAN REGEMORTER, Het milieubeleid in Vlaanderen. Een economische visie. (uitgeput)
55. Paul DE GRAUWE, Wim VANHAVERBEKE, Competitiviteit, oliecrisis en loonindexering. (uitgeput)
56. Wim MOESEN, Begrotingen, beleid en beheer. Over de besparingsvoorstellen, wat ze zijn en wat ze niet zijn. (uitgeput)
- 1991 - 57. D. HEREMANS, M. DE BROECK, Overheidsschuld en financiële markten in de branding. (uitgeput)
58. Louis BAECK, Bruno VAN ROMPUY, Golfoorlog: geopolitiek, petroleum en islam. (uitgeput)
59. Paul DE GRAUWE, Koen STRAETMANS, Het programma-akkoord in de petroleumsector. Een ondoelmatig systeem van prijzencontrole. (uitgeput)
60. Paul DE GRAUWE, Denkoefeningen over de regionalisering van de Belgische overheidsschuld. (uitgeput)
- 1992 - 61. Paul DE GRAUWE, Over Franse kolonisatie en Belgische verankering.
62. Stef PROOST, Beleidsvoorstellen voor de broeikasproblematiek.
63. André DECOSTER, Stef PROOST, Erik SCHOKKAERT, Hervorming van indirecte belastingen: winnaars en verliezers.
64. Paul VAN ROMPUY, Kritische bedenkingen bij de regionalisering van de overheidsschuld.
65. Paul DE GRAUWE, Wat doet de nationale bank met ons geld?
- 1993 - 66. Patrick VAN CAYSEELE, Waarom wij? Of de economische onderbouw van een verankeringsbeleid.
67. Paul DE GRAUWE, Bart VAN DER HERTEN, De legitimering van overheidsmonopolies in het spoorwegvervoer en in de telecommunicatie. Een historische analyse.
68. Paul VAN ROMPUY, Valentijn BILSEN, Regionalisering van de sociale zekerheid.
69. Lodewijk BERLAGE, Wim LAGAE, Afrika, de verwaarloosde debiteur.
70. Mark DE BROECK, Dirk HEREMANS, Vraagtekens bij de overheidsschuld in een federaal België.
71. Wim MOESEN, Paul VAN ROMPUY, De kleine kanten van de grote staatshervorming.
72. Frans SPINNEWYN, De hervorming van de sociale zekerheid micro-economisch belicht.

73. Paul DE GRAUWE, De sterke frank en de staatsschuld.
74. Filip ABRAHAM, Internationale concurrentie en werkgelegenheid. Hoe arbeidsvriendelijk is ons loonbeleid?
- 1994 - 75. Paul DE GRAUWE, Werktijdverkorting en tewerkstelling.
76. Wim VANHAVERBEKE, Het ruimtelijk structuurplan Vlaanderen: een beleidsinstrument voor economische ontwikkeling.
77. Stefan DERCON, Voedselzekerheid: naar een sociale zekerheid voor de allerarmsten.
78. Paul DE GRAUWE, De EMU zonder België?
- 1995 - 79. Paul DE GRAUWE, Alternatieve financiering van de sociale zekerheid en de arbeidskost.
80. S. PROOST, C. VINCKIER, I. MAYERES, B. NEMERY, Ozon – eerst denken dan doen.
81. Paul VAN ROMPUY, Sparen, investeren en de overheidsfinanciën in België.
- 1996 - 82. D. HEREMANS, P. VAN CAYSEELE, Concentratie en concurrentie in de Belgische financiële sector.
83. Erik BUYST, Ivo MAES, De impact van veertig jaar centrum voor economische studiën.
84. Paul DE GRAUWE, Het tewerkstellingsbeleid: selectiviteit of universaliteit?
85. Stef PROOST, Bruno DE BORGER, De transportsector in het jaar 2005.
86. Erik SCHOKKAERT, Frans SPINNEWYN, Sociale verzekering en bestaansonzekerheid: een offensieve strategie.
87. Filip ABRAHAM, Paul VAN ROMPUY, Het concurrentievermogen van de Belgische economie in micro- en macro-economisch perspectief.
- 1997 - 88. Filip ABRAHAM, Joeri VAN ROMPUY, Loonbeleid in de Europese Monetaire Unie.
89. Wim MOESEN, Laurens CHERCHYE, De macro-economische performantie van landen. Mening en metingen.
- 1998 - 90. Koen ALGOED, De overgang van een omslagstelsel naar een kapitalisatiestelsel: een Belgische case studie.
91. Johan EYCKMANS, Stef PROOST, Klimaatonderhandelingen in Rio en Kyoto: een succesverhaal of een maat voor niets?
92. Jozef KONINGS, Peter VAN MALDEGEM, Loonkosten en de vraag naar laaggeschoolde, geschoolde en hooggeschoolde arbeid in Belgische ondernemingen.
93. Louis BAECK, De Aziatische crisis: perspectivering en nabeschouwing.
- 1999 - 94. Louis BAECK, Financiële mondialisering met speculatieve uitschieters.
- 2000 - 95. Paul DE GRAUWE, Euro-dollarwisselkoers en de fundamentals.
96. Erwin BASTIAENS, Erik BUYST, Dirk HEREMANS en Christiaan PHILIPSEN, Knelpunten in de financiële dynamiek van de staatshervorming.
97. Wim MOESEN, Maatschappelijk kapitaal en economische performantie.

98. Patrick VAN CAYSEELE en Hans DEGRYSE, De nieuwe economie en bancaire marktstructuren.
99. André DECOSTER, Guy VAN CAMP, De hervorming van de personenbelasting: Lessen uit de hervormingen 1988-1993.
- 2001 - 100. Paul VAN ROMPUY, De Europese welvaartsstaat ter discussie.
101. Jozef KONINGS, Loonkosten en relocatie van Belgische bedrijven.
- 2003 - 102. Paul DE GRAUWE, De toekomst van de industrie in België.
- 2004 - 103. Wim MOESEN, Instelling, ligging en economische welvaart.
- 104. Louis BAECK, Het globaliseringsdebat in China en in de Islamwereld
- 105. Lode BERLAGE, Mobiliteit over de grenzen heen. Een economische analyse van internationale migratie.
106. Inge MAYERES, Stef PROOST, Een beter prijsbeleid voor de Belgische transportsector in 15 stellingen.
- 2005 107. Jan COLPAERT, Luc LAUWERS, Tom VAN PUYENBROECK, Niet-representatieve democratie? Kanttekeningen bij het gemeentelijk kiesstelsel.
108. Jozef KONINGS, Worden vrouwen gediscrimineerd op de arbeidsmarkt? Een micro-econometrische analyse voor België.
109. Louis BAECK, Onevenwichtige globalisering, deficitair America en Aziatische locomotieven.
110. André DECOSTER, Guy VAN CAMP, Hoe vlak is onze taks? Is een vlaktaks "Fair"?
111. Dirk HEREMANS, Naar een Europese dienstenmarkt in België. De Bolkesteinrichtlijn een brug te ver?
112. Paul VAN ROMPUY, De houdbaarheid van de Europese welvaartsstaat.
- 2006 113. Paul VAN ROMPUY, Leuvense Economen tussen Theorie en Beleid.
- 2007 114. Paul DE GRAUWE, Beloften en realisaties van de paarse coalitiepartners
115. Koen ALGOED, Dirk HEREMANS, Theo PEETERS, Voorrang geven aan meer financieel-fiscale verantwoordelijkheid in een nieuwe staatshervorming
116. Filip ABRAHAM, Maarten GOOS en Jozef KONINGS, De concurrentiepositie van België: zin of onzin van de loonnorm?
117. André DECOSTER, Kristian ORSINI, Verdient een vlaktaks zichzelf terug?
118. Paul VAN ROMPUY, Sleutelen aan onze staatsstructuur voor meer werk.
119. Erik SCHOKKAERT, Carine VAN DE VOORDE, Defederalisering van de Belgische gezondheidszorg?