

Fundamenten.

Sociale zekerheid in onzekere tijden.

Matthias Somers (red.)



MINERVA
progressieve
denktank

De gezondheidszorg op de drempel van de toekomst.

Ri De Ridder.

De doorsnee Belg is best tevreden over zijn gezondheidszorg — tenminste als hij er niet te veel mee in aanraking komt. Maar volstaat dat om op onze lauweren te rusten? Is ons gezondheidszorgsysteem ook klaar voor de toekomst? Er wachten ons enkele belangrijke uitdagingen, en zonder een shift naar een nieuw model dreigen we ons vast te rijden. Tijd dus om enkele basisprincipes te herdenken.¹

Het Belgische gezondheidszorgsysteem vandaag.

Het systeem van gezondheidszorg zoals we het vandaag kennen is een product van zijn geschiedenis. In Engeland is de gezondheidszorg georganiseerd volgens het zogenaamde Beveridge-model: iedereen die in Engeland woont, kan er kosteloos beroep doen op een door de staat georganiseerde en beheerde gezondheidszorg. Dat is niet het model waarvoor in België gekozen is bij het opzetten van het socialezekerheidssysteem aan het einde van de Tweede Wereldoorlog.² Net als in de andere takken van de sociale zekerheid koos men voor een systeem gebaseerd op het Bismarck-model: door het betalen van sociale bijdragen verwerft men, samen met zijn gezinsleden, toegang tot de gezondheidszorg en het recht op terugbetaling van medische behandelingen en een inkomensvervangende ziekte-uitkering. Het gezondheidszorgsysteem werkt dus als een vorm van verzekering: het verlies van iemands goede gezondheid is een sociaal risico waarvan *a priori* niet te voorspellen valt wie erdoor getroffen zal worden, en de noodzakelijke uitgaven aan gezondheidszorg zijn ook zeer ongelijk verdeeld; één op twintig mensen is verantwoordelijk voor meer dan de helft van de uitgaven. Een breed gedragen systeem van verzekeringen spreidt het risico, en zo kan de kost ervan ook danig gedrukt worden. Het is een verstandig systeem van gedeeld eigenbelang: een risico dat op individuele basis onverzekerbaar is tegen een betaalbare prijs, is op collectieve basis wel verzekerbaar.

Maar het is dus geen universeel systeem: wie niet heeft bijgedragen aan de sociale zekerheid, kan in principe ook geen aanspraken doen gelden op het systeem. Doorheen de jaren is de toegang tot de gezondheidszorg wel opengesteld voor heel wat categorieën die werden gelijkgesteld

aan bijdrage-betalers, zoals mensen met een handicap, mensen met een leefloon, of mensen die recht hebben op de inkomensgarantie voor ouderen, maar nog steeds is het niet volledig universeel, en vallen er mensen uit de boot.

Om de blijvende participatie van artsen in het systeem van gezondheidszorg zoals wij het kennen te kunnen garanderen, werden in 1964, na de artsenstaking, een aantal principes vastgelegd die nog steeds het gezondheidszorgbeleid verankeren. Voor de spelers in de gezondheidszorg geldt therapeutische vrijheid, voor gebruikers vrijheid van keuze: iedereen kan zelf kiezen bij welke arts hij gaat, bij welke apotheker, in welk ziekenhuis; en op hun beurt kunnen arts en apotheker in grote mate ook zelf kiezen welke behandeling ze voorschrijven, welke onderzoeken ze laten doen, welke geneesmiddelen ze verkopen. Die vrijheid is typisch voor het Belgische systeem, en maakt ook dat mensen over het algemeen behoorlijk tevreden zijn over de gezondheidszorg in ons land. Nochtans levert de Belgische gezondheidszorg eerder middelmatige kwaliteit op dan topkwaliteit. Er zijn wel een aantal zaken waar we erg goed in zijn, maar ook heel wat domeinen waar we onvoldoende scoren. Maar omdat we dus die grote vrijheid kennen, zijn mensen wel tevreden — totdat ze erg ziek worden, en plots veel intensiever gebruik moeten maken van het systeem, toch met hoge kosten geconfronteerd worden, met supplementen die worden aangerekend en waar ze niet altijd zicht op hebben, of met het feit dat ze zich niet meer aanvullend kunnen verzekeren omdat ze chronisch ziek zijn of bijv. kanker hebben gehad. Mensen met veel ervaring in de zorg botsen op het feit dat onze gezondheidszorg erg medisch gericht is, haast enkel met een ‘medisch-technische’ blik naar de mens kijkt, en niet naar de mens zelf. We werken erg medicaliserend, patiëntenrechten worden maar mondjesmaat toegepast, en op het vlak van informatica hinken we achterop. De mens met een gezondheidsprobleem is in het Belgische gezondheidszorgsysteem niet veel meer dan een passieve patiënt.

Eerste uitdaging: van prestatiezorg naar buurtzorg.

Die eng-medicaliserende visie is een probleem, en wordt nog meer een bedreiging voor de kwaliteit van de gezondheidszorg door de vergrijzing. De vergrijzing zorgt er immers voor dat multimorbiditeit, de combinatie van chronische gezondheidsproblemen, een steeds belangrijkere factor wordt. We leven langer, ook met chronische aandoeningen. Het klopt wel dat er een toename is van het aantal gezonde levensjaren, maar het aandeel van die jaren met een goede levenskwaliteit in het totale leven stijgt niet. Er is geen compressie van het aantal jaren met een mindere gezondheid: ook die nemen toe. We worden dus met z'n allen wel ouder, maar de periode waarin we leven met een minder goede levenskwaliteit, met chronische gezondheidsproblemen allerhande, wordt ook langer. Het is daarbij trouwens opvallend dat België het heel slecht doet op het vlak van gezondheidsongelijkheid. De gezondheidsongelijkheid, en de ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg, is in België veel groter dan in de ons omringende landen — en lijkt ook nog te verslechteren. De verbetering die we hierin wél zien in andere landen, daar genieten wij niet van. We slagen er dus niet goed in om het principe van gelijke kansen goed te vertalen naar de gezondheidszorg. Het systeem schiet daar echt tekort.

Door de toename van de multimorbiditeit die samenhangt met de vergrijzing zal voor steeds meer mensen het contact met het gezondheidszorgsysteem niet meer een occasioneel bezoek aan de huisarts zijn, maar de vorm aannemen van een traject van veelvuldige en langdurige contacten met gezondheidswerkers allerhande. En het is net daar dat het gezondheidszorgsysteem vandaag tekort schiet in het leveren van kwaliteit. Met een puur medische benadering slaag je er niet in te beantwoorden aan de zorgvraag van mensen die te kampen hebben met een combinatie van verschillende chronische aandoeningen, een combinatie die zijn weerslag zal hebben op de sociale relaties van de zorgvrager, op zijn werkmogelijkheden, enzovoort. De verwachtingen van mensen gaan daardoor ook verschuiven: wanneer zij niet langer alleen occasioneel medische zorg nodig hebben, verwachten zij ook dat

op een andere manier naar hun zorgvraag wordt gekeken. Ze vragen meer controle over het zorgtraject, ze verlangen een bredere kijk die niet alleen oog heeft voor de aandoening zelf, maar ook voor de impact die de aandoening én de voorgestelde behandeling heeft op het leven van de zorgvrager, ze verwachten dat er rekening wordt gehouden met hun spirituele verlangens, met hun verlangen naar zelf-realisatie: ze willen oog voor hoe hun gezondheidsprobleem hun levensproject verandert. Het systeem van gezondheidszorg zoals het vandaag werkt, is daar absoluut niet op afgestemd. En net zomin is het afgestemd op een ander fenomeen, de veelvuldige combinatie van medische en niet-medische problematieken: stress plus lichamelijk onwel zijn, middelengebruik en vereenzaming We moeten veel meer oog hebben voor de manier waarop sociale problematieken meespelen in de zorgvraag van mensen; in de manier waarop ons gezondheidszorgsysteem werkt, is nog veel te veel onderschat hoe belangrijk die sociale problemen zijn in de ontwikkeling van zorgvragen. Het is bijvoorbeeld duidelijk aangetoond dat als gewerkt wordt op de sociale problematiek waarmee mensen te kampen hebben, ook het aantal spoedopnames drastisch vermindert. Door wél naar het geheel van die problematieken te kijken, kun je dus heel wat winsten boeken.

Dat brengt ons bij het probleem dat het systeem zoals het nu draait, in toenemende mate inefficiënt is en die inefficiëntie in toenemende mate financieel vertaald wordt. De precieze omvang van de (financiële) winsten die te boeken zijn door het zorgsysteem beter te organiseren, is natuurlijk moeilijk te meten, maar schattingen van de mogelijkheden lopen op tot vijftien à twintig procent van het totale gezondheidszorgbudget. Dat gaat dus om enorme bedragen: twintig procent op een gezondheidszorgbudget van dertig miljard euro, dat is zes miljard.

Het is nog maar een goede tien jaar dat erkend wordt dat we een systeem hebben dat niet echt efficiënt is in zijn output, en dat het zeker niet efficiënt is in de manier waarop het mensen helpt die multimorbide zijn, die oud zijn, die ernstig ziek zijn, die heel veel met het gezondheidszorgsysteem in contact komen. En één van de redenen van die inef-

ficiënties die in het systeem ingebakken lijken te zitten, is het gegeven dat onze gezondheidszorg nog per prestatie werkt: gezondheidswerkers worden betaald per contact, per ingreep, per behandeling — niet naar resultaat. De gezondheidszorg is zo ook erg gefragmenteerd: iedereen werkt in een silo, los van elkaar. Het resultaat is dat iemand die verschillende pathologieën heeft, soms met vijftien tot twintig verschillende gezondheidswerkers, professionals, diensten te maken heeft die in zijn leven ingrijpen omdat hij te kampen heeft met ziekte. Die geven allemaal, los van elkaar, adviezen. Die laten onderzoeken doen die soms tot erg ingrijpende beslissingen leiden. Die beslissen tot bestralingen, tot operaties, en ga zo maar door. Het ziek-zijn — en het hele systeem dat errond groeit — wordt de bepalende factor in het leven van die mens en van zijn gezin, die daardoor de controle over het eigen leven verliezen. Niet de zorgvrager en zijn omgeving staan centraal, en wat zij van het leven verlangen en verwachten, maar de manier waarop ‘het systeem’ werkt, en hoe gefragmenteerd dat werkt: dat bepaalt waar iemand terecht komt, dat hij herhaaldelijk opgenomen wordt in een ziekenhuis, misschien in een rusthuis, terwijl zijn levensperspectief toch was: nog wat van het leven te kunnen genieten, met de kinderen en de kleinkinderen bezig zijn. Daar wordt echter weinig rekening mee gehouden in de gefragmenteerde en geïsoleerde manier waarop het systeem van gezondheidszorg vandaag werkt, en daar betalen we een hoge prijs voor, menselijk en financieel.

Nochtans groeit toch meer en meer het inzicht dat gezondheidsproblemen niet geïsoleerd kunnen worden, dat gezondheid en welzijn niet van elkaar los gezien kunnen worden, dat wat er in de gespecialiseerde zorg en in ziekenhuiszorg gebeurt niet losgekoppeld kan worden van wat er daarrond gebeurt. Veel meer moet dus weer het accent komen te liggen op gezondheidszorg als een ‘*public health*’-uitdaging, als een vraag van volksgezondheid. Goede gezondheidszorg neemt het hele plaatje in ogenschouw. Hoe organiseer je dat? Is men bezig met preventie? Is men in de buurt bezig? Vangt men signalen op van vereenzaming? Kunnen buurtwerkers linken naar gezondheidswerkers? Weet men bijv. snel genoeg de mensen te bereiken die om allerlei redenen gezond-

heidsproblemen aan het ontwikkelen zijn, waar bijv. de voeding aan het afkalven is zodat je kunt voorspellen: als we daar niet op tijd bij zijn, moet ze binnen dit en drie maanden opgenomen worden in het ziekenhuis? Gezondheidszorg begint in de buurt.

We moeten dus een vorm van buurtzorg gaan ontwikkelen, waarbij alle ogen die er zijn —buurtwerker, straathoekwerker, verpleegkundige, apotheker, de postbode als die nog aan huis komt— uitkijken voor de mensen in de buurt, informatie uitwisselen met elkaar, goeie afspraken maken waardoor de professionele zorgverleners die bezig zijn met gezondheidszorg en welzijnswerkers die bezig zijn met welzijnsvraagstukken niet los van elkaar werken, maar verbanden leggen met elkaar en samenwerken. Dat is het verhaal van de geïntegreerde zorg, waarover eind 2015 alle acht ministers van Volksgezondheid in dit land een nationaal plan hebben afgesproken dat sinds 2018 wordt uitgetest in pilootprojecten, en een idee waarrond ook de eerstelijnszones die Vlaams minister van Welzijn en Volksgezondheid Jo Vandeurzen in het leven heeft geroepen georganiseerd zijn: in die eerstelijnszones, die zo'n 75.000 mensen bestrijken, moeten gezondheidszorg, welzijnszorg en gemeentebesturen met elkaar samenwerken. De idee zit goed, maar het probleem in ons gefederaliseerd systeem is natuurlijk dat de financiële verschuivingen die zo'n organisatie vereisen, niet altijd even makkelijk realiseerbaar zijn omdat ze op andere politieke niveaus zitten. En de Zesde Staatshervorming heeft daar nog een laag aan toegevoegd en de organisatie van de brede gezondheidszorg nog verder gefragmenteerd. Maar de idee zit wel goed: de gezondheidszorg van morgen is een geïntegreerde zorg.

Om dat te bereiken heb je voldoende schaalgrootte nodig. Je moet kunnen werken op een niveau met een voldoende ruime bevolking om op populatieniveau de verschillende risicogroepen te kunnen inschatten, en je moet kunnen werken op een niveau met voldoende sturingskracht. De optimale schaal daarvoor bedraagt ongeveer 150.000 inwoners.³ Steden als Gent en Antwerpen zijn daarvoor groot genoeg; elders zullen gemeenten gegroepeerd moeten worden. En het is op dit niveau dat het

gezondheidsbeleid moet worden vormgegeven. Het hogere niveau — België, Vlaanderen— kan nog wel middelen en verantwoordelijkheden toewijzen, maar het is niet de bedoeling dat het verder al te veel regels oplegt: de zorgzones op een schaal als die van Gent moeten voldoende autonoom kunnen werken, maar moeten natuurlijk ook wel afgerekend worden op de resultaten die ze halen. Onder dat niveau moet dan meteen het niveau volgen waarop burger en gezondheidszorgsysteem met elkaar in contact komen: wijken van tienduizend, vijftienduizend inwoners waar gezondheidsteams samenwerken en gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen. Zelfs wijkgezondheidscentra, die al veel meer gezondheidswerkers geïntegreerd laten samenwerken, komen vandaag nog lang niet aan die schaalgrootte die nochtans nodig is om op een efficiënte en geïntegreerde manier zorgteams te laten samenwerken. Het vereist teams van zestig tot honderd medewerkers: relatief kleinschalige zorgorganisaties die, in samenwerking met welzijnszorg en met structurele linken met het ziekenhuis, verantwoordelijk zijn voor de operationele zorg, die de vinger aan de pols houden van wat er in ‘hun’ bevolking leeft, en ook afgerekend mogen worden op de staat van de gezondheid van ‘hun’ bevolking: dus niet alleen van wie —volgens het traditionele model— zelf komt aankloppen bij een dokter, maar van iedereen die woont in de wijk waarvoor zij verantwoordelijk zijn.

Op een aantal plaatsen wordt dit nu uitgetest. De vraag is: werkt het ook opgeschaald? Ik geloof er wel sterk in. Het concept dat erachter zit, heet ‘Triple-Aim’ of ‘Quadruple-Aim’. Men vertrekt van de vaststelling dat er eigenlijk wel voldoende middelen naar de zorg vloeien, maar dat die middelen beter aangewend kunnen worden dan vandaag het geval is. In plaats van te kijken naar individuele behandelingen bij individuele patiënten, moeten we resultaten evalueren op het niveau van de bevolking in zijn geheel: op welke leeftijd wordt men afhankelijk?, hoe snel belanden mensen in een rusthuis?, hoeveel mensen worden opgenomen in het ziekenhuis terwijl dit vermijdbaar was? Tegelijk weten we dat mensen de zorg als kwalitatief beter ervaren en meer tevreden zijn wanneer de zorg geïntegreerd verloopt. In Triple-Aim probeert men dus, door geïntegreerd te werken, om (1) met eenzelfde zorgbudget (2) betere

resultaten te boeken op het niveau van de bevolking terwijl (3) zorgvragers ook meer tevreden zijn over de zorg die ze krijgen. In Quadruple-Aim komt daar nog een vierde doelstelling bij: ervoor zorgen dat ook zorgverleners beter in hun vel zitten, minder snel afhaken, minder snel uitstromen. Want eerder dan met een gebrek aan middelen, zullen we in de problemen komen door een gebrek aan mensen. Het is dit concept dat ook achter de pilootprojecten geïntegreerde zorg zit. De eerste motivatie is daarbij niet zozeer het beheersen van het gezondheidszorgbudget, het doel is excellentie, gemeten op populatieniveau en rekening houdend met de verschillende risicoprofielen voor verschillende groepen mensen: hoe worden de middelen ingezet?, komen de tijd en de middelen die we besteden inderdaad het meest terecht bij wie die het meest nodig heeft en de hoogste risico's loopt?, wordt er goed geschakeld tussen gezondheidszorg en welzijnszorg?

Een omschakeling naar dit model vereist een heel andere organisatie van de zorg en een herschikking van de beslispunten: van centraal (België en Vlaanderen) naar decentraal (de zorgregio's), maar ook van lokaal (de gezondheidswerker) naar bovenlokaal (het zorgteam). Artsen en specialisten, apothekers en thuisverplegers genieten nu van een enorme vrijheid van welke zorgen ze aan wie tegen welke voorwaarden aanbieden. Dat is niet meer houdbaar: al die verschillende gezondheidswerkers moeten samengebracht worden en moeten samenwerken. Een arts moet zich afvragen of alles wat hij doet, wel nodig is: zijn er geen zaken die hij beter kan overlaten aan een verpleegkundige? In ons huidige gezondheidszorgsysteem zou dat leiden tot inkomensverlies voor de arts, die immers per prestatie vergoed wordt. Daar moet dus een oplossing voor gezocht worden, zodat hij zich kan concentreren op zaken waarbij hij misschien niet een 'prestatie' verricht, maar die toch tot meer gezondheidswinsten op populatieniveau kunnen leiden. Hij moet zich bijv. kunnen bezighouden met statistiek op praktijkniveau zodat hij leert op welke indicatoren het wijkteam wel en niet goed scoort, waar ze op moeten werken, waarvoor ze misschien bijscholing moeten volgen of betere afspraken moeten maken met andere gezondheidswerkers. De essentiële vraag in de organisatie van de zorg moet zijn: hoe maak je dat

zorgverleners werkelijk vraaggestuurd werken? Hoe zorg je ervoor dat we bezig zijn met de noden van de mensen in plaats van het verkopen van diensten? Om dat te kunnen doen, moet je dus wel loskomen van het huidige model van prestatie-gedreven geneeskundige zorg, en in plaats daarvan de middelen gaan *poolen* op het niveau van geïntegreerde zorg, op teamniveau, of op bovenlokaal niveau.

Dit idee gaat echter lijnrecht in tegen de cultuur die hier gegroeid is, en waarin iedereen in de zorg zelfstandig wil kunnen werken. Neem bijv. nu ook weer de psychologen die met mondjesmaat terugbetaald zouden worden. Dan merk je opnieuw dat zo'n beroepsgroep grote ambities heeft, en zich vooral niet wil inschakelen in een breder zorgverhaal: ze willen vrij zijn, verwerpen de verplichting op voorschrift te werken maar willen rechtstreeks contact met de burger en geen beperking in het aantal sessies of in tarieven... Weer zien we die geïsoleerde aanpak terugkeren, die individuele aanpak, het aanbouwen van weer een nieuw kapelletje aan het gezondheidszorgsysteem. Iedereen wil zelfstandig kunnen werken, iedereen wil een één-op-één relatie met de 'cliënt', iedereen vertrekt van de idee dat zij een dienst leveren en dat ze zich van de verdere context niet te veel moeten aantrekken. En de gevolgen van die vrijheid en van die financiering per prestatie in plaats van op resultaten op populatieniveau zie je bijv. heel sterk terugkomen in het voorschrijfgedrag van antibiotica. We hebben mensen aangeleerd om om antibiotica te vragen, zelfs wanneer dat niets helpt. En artsen schrijven het voor, want als zij het niet doen, gaat hun patiënt wel op een ander, en zijn zij een klant kwijt. Da's de vrijheid van het systeem: de vrijheid van de arts om voor te schrijven wat hij wil, en de vrijheid van de burger om eender waar te gaan aankloppen, tot hij bediend wordt. We hebben aangeleerd om medische zorgen te consumeren, om te medicaliseren. Die sterk individuele aanpak staat compleet haaks op de benadering van volksgezondheid waar we beleidsmatig naartoe moeten, waarin wordt samengewerkt in grotere gezondheidsteams en resultaten geboekt worden op bevolkingsniveau.

Tweede uitdaging: controle over de farmaceutische industrie.

De primaire drijfveer om naar zo'n model van buurtzorg om te schakelen is het streven naar excellentie, maar het is dus ook een kwestie van meer kunnen doen met eenzelfde budget. De efficiëntiewinsten die door een betere organisatie van de zorg te halen zijn, zijn enorm. Tegelijk zien we echter ook dat het gezondheidszorgbudget elders zwaar onder druk komt te staan. Vijftien tot twintig procent van de uitgaven in de gezondheidszorg zijn op het conto te schrijven van de geneesmiddelenprijzen, en dat is zeer snel aan het evolueren.

De prijszetting van nieuwe geneesmiddelen zit echt grondig fout: de prijzen die farmaceutische bedrijven aanrekenen voor hun nieuwe generaties geneesmiddelen hebben niets meer te maken met een rationele prijszetting. Het is een abject economisch gebeuren dat overal op de gezondheidszorgsystemen aan het wegen is en waar we voorlopig nog geen goed antwoord op hebben weten te formuleren. Een klein land alleen staat daar tegenover farmaceutische concerns die zelf een omzet draaien ter grootte van het BBP van een klein land, en in hun werking zijn die concerns haast alleen gedreven door de vraag welk rendement hun aandeelhouders kunnen halen. Op louter nationaal niveau is het zeer moeilijk om nog greep te krijgen op die prijszetting: het overstijgt het nationale niveau, het niveau van de nationale sociale zekerheid, en moet internationaal aangepakt worden. Maar het politieke bewustzijn dat daarvoor nodig is, rijpt slechts langzaam. Het is nochtans een goed voorbeeld van hoe de nationale democratie zijn vat heeft verloren, onderworpen is aan een internationale economie die alleen door internationale solidariteit, bijv. op het niveau van de Europese Unie, weer onder controle te krijgen valt. Alleen op die schaalgrootte kan men *Big Pharma* weer de baas. Want wat nu de prijs van zogenaamde 'innovatieve' medicatie bepaalt, is niet de ontwikkelingskost, maar enkel hoeveel een farmaceutisch bedrijf denkt uit het systeem te kunnen halen.

De verdediging van farmaceutische multinationals, geconfronteerd met de woekerwinsten die zij halen op zgn. innovatieve geneesmiddelen, is dat die winsten de ontwikkelingskosten moeten dekken van die geneesmiddelen. Dat zij zoveel investeren in fundamenteel onderzoek is echter een grote leugen. Ze maken inderdaad kosten, maar niet omdat ze zelf zoveel investeren in onderzoek en ontwikkeling, wel omdat ze voor veel geld licenties opkopen voor nieuwe medicatie ontwikkeld in *spin-offs* van universiteiten. Die universiteiten zijn daar natuurlijk tevreden mee, want zij verdienen er goed geld aan. Het farmaceutisch bedrijf voegt zelf echter niet de meerwaarde toe die woekerwinsten kunnen verantwoorden. Het bedrijf gaat wel de op zich dure klinische proeven uitvoeren om de werkzaamheid en veiligheid van het product aan te tonen, zodat het op de markt mag worden gebracht; het moet ook investeren in studies die door de terugbetalingsautoriteiten worden gevraagd omtrent de klinische meerwaarde. Er is dus wel een ontwikkelingskost, maar die is veel kleiner dan doorgaans wordt geargumenteed, niet zelden ook veel kleiner dan de acquisitiekost om het monopolie op het product te verwerven, en kleiner dan de verdere promotiekosten voor het product.

Door de monopolierechten op de productie en verkoop van het geneesmiddel te verwerven, kan het farmaceutische concern vervolgens de prijs die ze betaald hebben voor de licentie vele malen vermenigvuldigen in hun eigen prijszetting van de medicatie. Een frappant voorbeeld daarvan werd boven gespit door een commissie van de Amerikaanse Senaat toen ze onderzoek deden naar de manier waarop het farmaceutica-bedrijf Gilead de prijs had bepaald die ze zouden vragen voor een bepaald geneesmiddel tegen Hepatitis C. Op geen enkel moment werd in de prijsvorming gekeken naar de werkelijke onderzoeks- en ontwikkelingskosten van het geneesmiddel; het enige wat telde, was tot welk maximum men kon gaan en wat het meest zou opleveren voor de aandeelhouders. Of neem de topman van Bayer, die op het verwijt dat één van hun medicamenten onbetaalbaar was voor het grootste deel van de wereld repliceerde dat het ook hun ambitie niet was om betaalbaar te

zijn voor het grootste deel van de wereld. Dat is natuurlijk moreel totaal verwerpelijk.

Het zou onze ambitie moeten zijn om de prioriteiten die in het medisch onderzoek gesteld worden, de ontwikkeling van nieuwe medicatie, weer meer politiek te kunnen sturen. Het verdienmodel moet opgesplitst worden in enerzijds de ontwikkeling van prioritaire nieuwe geneesmiddelen en behandelingstechnieken, en anderzijds de productie en verkoop van geneesmiddelen. Nu kopen farmaceutische bedrijven de intellectuele-eigendomsrechten op van nieuwe medicatie die in *spin-offs* van universiteiten wordt ontwikkeld, om vervolgens gigantische winsten te boeken door de monopolie-macht die ze daardoor verwerven. Dat model moet dus doorbroken worden. Alles wat te maken heeft met de ontwikkeling van nieuwe medicijnen moet het voorwerp worden van een vraag die uit de samenleving komt: daarop mag een competitie georganiseerd worden, daarvoor mag betaald worden — maar het eigendomsrecht op de ontdekking blijft publiek. Farmaceutische bedrijven kunnen dan een licentie verwerven voor de productie van het geneesmiddel, maar de kennis die wordt omgezet in productie blijft publiek. Dat betekent een breuk met het huidige model van intellectuele-eigendomsrechten dat in internationale handelsverdragen wordt geregeld en waarin de macht van de farmaceutische industrie heel sterk verankerd is, onttrokken aan de democratie.

Dat nieuwe model in de ontwikkeling van geneesmiddelen sluit nochtans de inzet van privé-kapitaal niet uit. Het grote geld zit in bijv. pensioenfondsen: dat moet gemobiliseerd kunnen worden voor de publieke ontwikkeling van nieuwe medicatie en medische behandelingen. Het zal niet evident zijn om dit in de praktijk te brengen, en er zal daarvoor intergouvernamenteel moeten gewerkt worden, maar op z'n minst moet men al kunnen experimenteren. Ons land is daar op dit moment niet bij betrokken, terwijl we toch wel ambitie zouden mogen tonen. We mogen daarin niet blind zijn voor het feit dat België een belangrijke farmaceutische industrie heeft, die veel exporteert en veel hooggediplomeerden aan het werk houdt: dat speelt gewoon een grote rol in de welwillend-

heid die we politiek nog steeds tonen voor de farmaceutische sector, een welwillendheid die zich ook toont in de inschikkelijkheid waarmee bijv. specifieke kankerbehandelingen worden terugbetaald voor categorieën waarvoor die behandelingen niet werken. Ondertussen vloeit al bijna een derde van de uitgaven van onze ziekteverzekering weg naar de terugbetaling van die nieuwe, ‘innovatieve’ geneesmiddelen. En ik zet ‘innovatie’ tussen aanhalingstekens, want jammer genoeg is veel van die innovatie geen innovatie.

Het is natuurlijk vaak een moeilijke discussie: je wordt geconfronteerd met enerzijds een innovatief geneesmiddel voor een zeer specifieke niche maar waar een absurd hoge prijs voor gevraagd wordt, en anderzijds met een individueel verhaal van iemand met een zeldzame aandoening die misschien wel geholpen is met dat geneesmiddel. Dat plaatst je voor een dilemma, want je hebt niet alleen een verantwoordelijkheid tegenover die ene persoon, maar ook tegenover de rest van de bevolking die moet bijdragen aan het systeem. Ten gronde moet dat internationaal aangepakt worden, door bedrijven weer in het gareel te krijgen, maar ondertussen probeert men wel richtlijnen uit te werken om die beslissingen toch wat te structureren. In de farmaco-economie probeert men in zgn. ‘*health technology assessment*’ met een set criteria na te gaan wat een aanvaardbare prijs is: hoeveel kwaliteitsvolle levensjaren wint men door dit middel, en wat is dat ‘waard’? De vraag is natuurlijk in hoeverre bedrijven daar in hun prijszetting zelf ook rekening mee houden, en hun prijzen meteen opdrijven tot dat maximumbedrag. Het is dus wel goed dat men probeert om criteria op te stellen om de prijszetting toch enigszins onder controle te krijgen, maar de werkelijkheid is dat de farmaceutische industrie de touwtjes in handen blijft houden. Zij hebben macht; als overheid loop je daar achteraan. Een politicus probeert dat wat te verbergen en mooi te verpakken, maar daardoor wordt het fundamentele debat uit het oog verloren: welke macht staan we toe dat bedrijven hebben in het bepalen van waar gemeenschapsmiddelen naartoe vloeien? Welk ander model is mogelijk? Daar is nog veel te weinig aandacht voor, en de enige die daarvan profiteren, zijn de farmaceutische multinationals.

Derde uitdaging: blijvende solidariteit.

We moeten ons gezondheidszorgmodel dus herdenken naar een geïntegreerde organisatie die op bevolkingsniveau resultaten boekt, en we moeten de farmaceutische sector onder controle krijgen opdat medicatie en geneeskundige behandelingen voor iedereen toegankelijk blijven zonder te leiden tot een explosie van uitgaven die enkel dienen om de rekening van die multinationals te spijzen. Een derde uitdaging waar de gezondheidszorg op de drempel van de toekomst mee geconfronteerd wordt, zijn de ontwikkelingen in de genetica, waardoor de gezondheid van een persoon in zekere mate voorspelbaarder wordt. Het blijft natuurlijk kansberekening, maar naarmate het pre-determinerende karakter van het eigen genoom beter en beter gekend wordt, wordt men ook meer eigenaar van de eigen onzekerheid. En dat heeft consequenties voor onze sociale zekerheid. We verzekeren ons via de sociale zekerheid omdat we weten dat we als bevolking bepaalde risico's lopen die individueel onverzekerbaar zijn: het is een vorm van gedeeld eigenbelang. Maar wanneer meer en meer te voorspellen valt hoe die risico's verdeeld zijn, wie welke risico's loopt, kan de legitimatie van de sociale zekerheid als verzekeringsbasis van gezondheidsrisico's in vraag gesteld worden. We hebben in ons land nog geen bundeling van expertise om dat soort vraagstukken te onderzoeken: wat zijn de consequenties van de opkomst van die genetische geneeskunde?, wat betekent dat voor de verdeling van sociale risico's en de legitimatie van de sociale zekerheid? We moeten multi-disciplinaire onderzoeksprogramma's opzetten waarbij ook burgers betrokken worden om aan ideeënontwikkeling te doen, want nu zijn we goed op weg om de boot weer te missen. En dat is bijzonder gevaarlijk, zeker in tijden dat de abstracte, georganiseerde solidariteit al onder druk staat.

We zien immers nu al dat een goeie twintig procent van de mensen, wanneer ze daarover bevraagd worden, niet-solidaire keuzes maken: mensen waarvan zij vinden dat zij hun gezondheidsaandoening te wijten hebben aan eigen keuzes, aan zelf-gekozen gedrag, zouden in hun ogen geen aanspraak mogen maken op het collectieve verzekering-

systeem. Dat idee is meer wijdverspreid dan vroeger, en ook couranter bij jongeren. Er lijkt minder gehechtheid te zijn aan —misschien wel minder herkenning van— solidariteit als een belangrijke grondwaarde. En het is ook een feit dat politici, meer dan vroeger, zulke niet-solidaire zienswijzen verdedigen. De verrechtsing legt sterk de nadruk op de verantwoordelijkheid van het individu zonder verder oog te hebben voor context: sociale problematieken worden geïndividualiseerd. Terwijl gezondheid en gezondheidswaarden ontstaan in een gemeenschap, en gedrag mee een product is van de leefomgeving. Iemand die elke dag moet vechten om te overleven, om het hoofd boven water te houden, kan niet op dezelfde manier bezig zijn met wat goed of slecht is voor zijn gezondheid op langere termijn: die heeft soms verlichting nodig. Om dat aan te pakken, moet je dus naar de sociale context gaan kijken, en daarop ingrijpen: die overlevingsstrijd zelf verlichten, alternatieve mogelijkheden aanbieden die zin geven. Gezondheidszorg kan niet los gezien worden van de buurt waarin mensen wonen, en dus moet er op buurtniveau met alle actoren samengewerkt worden om duurzame resultaten te behalen. Gezondheidszorg is ook buurtzorg.

Eindnoten.

1. Deze tekst is de neerslag van een interview met Ri De Ridder, opgetekend door Matthias Somers.
2. Koen Vleminckx gaat in zijn bijdrage in deze bundel verder in op de ontstaansgeschiedenis van de sociale zekerheid en de vergelijking tussen het Beveridge- en Bismarck-model.
3. Bron: KCE-Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2012), 'Position Paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België.' KCE-rapport 190.