

Recht op gezondheid

Dirk Van Duppen

“Het is verbazingwekkend dat zo velen in Europa of in Canada willen experimenteren met vermarkting in de gezondheidszorg, ondanks het feit dat deze vermarkting in de Verenigde Staten overduidelijk een verschrikkelijke mislukking is geworden.”

– Prof. Marcia Angell, voormalig hoofdredacteur van *The New England Journal of Medicine*.¹

In deze bijdrage over de gezondheidszorg in België schets ik vooreerst enkele actuele pijnpunten, vervolgens argumenteer ik waarom gezondheidszorg geen koopwaar mag zijn en waarom meer solidariteit nodig is. Vijf vanzelfsprekende beleidsmaatregelen volstaan om de gezondheidszorg meer kwaliteitsvol en toegankelijker te maken. Tenslotte pleit ik tegen de splitsing van onze gezondheidszorg.

Ziek zijn wordt voor vele mensen onbetaalbaar

Mijn patiënten Theo en Alida zijn een bejaard koppel. Theo heeft lange tijd als spui-ter op GM gewerkt. Hij is vervroegd wegens longziekte op pensioen moeten gaan. Beiden hebben de pech om op één jaar tijd vier keer gehospitaliseerd te moeten worden. Een keer voor een acute galblaasontsteking, een keer voor een longontstek-king, voor een heupoperatie en voor een overbruggingsoperatie aan het hart. Theo en Alida kozen altijd bewust voor de ex-OCMW-ziekenhuizen. Ze kozen voor een kamer met vier. Ze hadden een hospitalisa-tieverzekering bij Corona, waarvoor ze al sinds 1990 betalen. Maar boven de 65 jaar betaalt de verzekering maar de helft van de vergoeding uit, namelijk 15 euro per dag in het ziekenhuis. Theo en Alida zijn vier af-betalingsplannen moeten aangaan om hun gezondheidszorgkosten te kunnen betalen.

**Mensen met het minste
inkomen of de laagste scholing zijn
het meeste ziek, overlijden vroeger
en hebben het meest nood aan zorg.**

Zij houden nog 525 euro per maand over om van te leven. Ze hebben hemelse schrik om nog eens naar het ziekenhuis te moeten gaan. Ook hun pensioen is te hoog om te kunnen genieten van de maximumfactuur.

Toen ik twintig jaar geleden afstudeerde, waren remgelden in België nog symbolisch. Wij konden als huisarts patiënten zonder problemen laten opnemen in het zieken-huis, zolang als dat nodig was, zonder de patiënt zwaar op kosten te jagen. Vandaag heb ik patiënten die schulden moeten aan-gaan om hun ziekenhuisfacturen af te be-talen. Sommige zieken krijgen zelfs een deurwaarder over de vloer.

14 procent van de Belgen stelt gezondheidszorg uit, omdat de kosten te hoog zijn. Zo blijkt uit de resultaten van de na-tionale gezondheidsenquête van 2008 die zopas bekend zijn gemaakt.² In 2004 was dit 10 procent en in 1997 nog 8 procent. 35 procent van de gezinnen zegt het moei-lijk te hebben om de bijdragen voor ge-zondheidszorg in het huishoudbudget in te passen. Vier jaar eerder lag dit percentage nog op 29 procent. Van 1997 tot 2005 steeg het deel van de gezondheidszorgen dat de patiënt uit eigen zak betaalde van 23 tot 28 procent.³ Een studie van *Testaankoop* van 2009 meldt dat bijna 30 procent van de Belgen het vaak moeilijk heeft om ge-zondheidskosten te betalen. In het voorbije jaar zette 8 procent van de gezinnen een lopende behandeling stop, 26 procent stel-de een behandeling uit.⁴ Deze cijfers be-vestigen wat wij, als huisarts werkzaam in volkse wijken, in onze praktijken ervaren.

In ons land zijn nu reeds 7 miljoen mensen aanvullend privé verzekerd voor hospi-talisatie. Maar de premies worden alsmaar duurder. In april 2008 verhoogde bijvoor-beeld Argenta de premies voor hospitalisa-tievezekering met 200 procent en meer. De premie voor mensen boven de 80 jaar steeg van 250 euro tot 720 euro.

Gezondheidszorg is een basis-recht, en mag geen koopwaar zijn

Gezondheidszorg is een fundamenteel mensenrecht. Bij dit uitgangspunt di-enen we rekening te houden met belang-rijke ongelijkheden die intrinsiek zijn aan gezondheid(szorg).

De ongelijkheid in gezondheidsbehoeften

De uitgaven voor gezondheidszorg zijn ge-concentreerd bij een klein deel van de be-volking. In België verbruikt 10 procent van de bevolking, vooral bejaarde en chronische patiënten, 70 procent van de uitgaven in gezondheidszorg.⁵ Dit heet een ongelijk-matige of scheve risicoverdeling. Met de vergrijzing gaat deze nog fors toenemen. Private ziekteverzekeringsmaatschappijen proberen deze 10 procent van de bevolking te vermijden of zelfs uit te sluiten. Zij zijn vooral geïnteresseerd in mensen die jong, gezond en koopkrachtig zijn. Als je aan één van deze drie kenmerken niet voldoet, dan ben je voor hen minder interessant.

De sociale ongelijkheid in gezondheid

Mensen met het minste inkomen of de laagste scholing zijn het meeste ziek, overlijden vroeger en hebben het meest nood aan zorg. Een recente studie toont aan dat in ons land mannen met een lage scholing 5,5 jaar minder lang leven of vrouwen zonder

diploma 25 jaar minder lang gezond leven dan mensen met een universitair diploma.⁶

De sociale ongelijkheid in toegang tot gezondheidszorg

Mensen met het minste inkomen of de laagste scholing hebben bovendien het moeilijkste toegang tot de gezondheidszorg. Dit fenomeen noemt men 'de omgekeerde zorgenwet'.

Omwille van deze ongelijkheden is solidariteit een noodzakelijke voorwaarde om gezondheidszorg toegankelijk te maken voor iedereen. Solidariteit betekent een transfer van 'rijke en gezonde' naar 'niet-rijke en zieke' mensen, dus een herverdelingsmechanisme. Aan de inkomstenzijde moeten de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen. Aan de uitgavenzijde dienen de middelen verdeeld te worden volgens wie het meeste nodig heeft (behoefte) en niet zoals bij marktwerking volgens wie het meeste kan betalen (koopkracht) of waar het meeste kan aan verdiend worden (winstbejag). Deze ongelijkheden inherent aan gezondheid(szorg) maken dat de markt antagonistisch is met dit basisrecht van gelijke toegang. Solidariteit botst met de marktlogica van winstmaximalisatie. Daarom mag gezondheidszorg geen koopwaar worden.

Vijf beleidsmaatregelen

Onderstaande vijf maatregelen kunnen de zorg kwaliteitsvoller en toegankelijker maken. Ze kaderen prioritair in de verdediging en versterking van onze sociale zekerheid. Gezondheid wordt niet op de eerste plaats bepaald door de geneeskunde, maar inkomen, opleiding en werk- en leefomstandigheden zijn van veel doorslaggevend belang. Een goede sociale zekerheid biedt de beste garantie voor een menswaardig inkomen. Het behoud van een goed basispensioen, ziekte- en invaliditeitsuitkering, werkloosheidsvergoeding en kinderbijslag zijn minstens zo belangrijk als de gezondheidszorg zelf. Een sterke sociale zekerheid is de beste dam tegen de oprukkende vermarkting, commercialisering en privatisering van de zorg. Onze sociale zekerheid is verworven dankzij sociale strijd en enkel collectieve actie en verdediging van deze verworvenheden zal een toenemende afbraak kunnen tegenhouden.

Behoud van de huidige groeinorm van 4,5 procent

Deze groei is noodzakelijk omdat ziek zijn voor vele mensen nu al onbetaalbaar is, zoals bovenstaande voorbeelden en cijfers laten zien. We weten bovendien dat de economische crisis meer mensen ziek zal maken en de behoeften aan zorg zal doen stijgen. Tenslotte is er de bijkomende kost aan zorg omwille van de vergrijzing. De Commissie Vergrijzing schat deze op meer dan 3 procent per jaar.

De beste geneesmiddelen fors goedkoper maken door invoering van het kiwimodel

Om de kosten van de geneesmiddelen te drukken is er het kiwimodel. Dit model is ontleend aan Nieuw-Zeeland. Daar wordt voor de beste geneesmiddelen een openbare aanbesteding uitgeschreven. Een volledige toepassing van het kiwimodel in België brengt de ziekteverzekering jaarlijks 1,5 miljard euro op. Bij ons wordt het kiwimodel reeds toegepast bij de aankoop van vaccins die bijvoorbeeld door Kind & Gezin gratis worden toegediend.

Nederland past sinds 1 juli 2008 het kiwimodel toe op een veertigtal geneesmiddelen, wat leidt tot forse prijsdalingen. De meest voorgeschreven maagzuurremmers Omeprazole (merknaam Losec) bijvoorbeeld kost bij ons 48 euro tegenover 12 euro in Nederland. Er worden in België jaarlijks 1,2 miljoen van die doosjes verkocht. Dat betekent dat het toepassen van het kiwimodel op dit ene geneesmiddel een besparing van 36 euro maal 1,2 miljoen doosjes of 43 miljoen euro per jaar opbrengt. Een toepassing van dit model op dertig veel voorgeschreven geneesmiddelen zoals in Nederland gebeurd is, zou op de Belgische verkoopsvolumes onze ziekteverzekering jaarlijks 310 miljoen euro en de patiënten 110 miljoen euro opbrengen.

Maar ook in ons land hebben de acties van Geneeskunde voor het Volk om te gaan 'Dafalgan shoppen' in de Nederlandse grensgemeenten geleid tot directe resultaten voor de patiënt én voor de ziekteverzekering. De acties kregen de steun van de KWB, Ziekenzorg CM, beide mutualiteiten en vakbonden. Ze leidden tot de toepassing van het kiwimodel op de meest gebruikte pijnstillers paracetamol. Het resultaat: vanaf

1 april 2010 wordt de prijs van paracetamol gehalveerd en betalen chronische pijnpatiënten nog maar een tiende (1,29 euro voor 100 tabletten voor gewoon verzekerden) tot een twintigste (0,77 euro bij verhoogde tegemoetkoming) van de vroegere prijs.

Afschaffing supplementen op erelonen en op medisch materiaal bij ziekenhuisopnames

Kiwimodel op medisch materiaal

Volgens een studie van de Christelijke Mutualiteiten betaalde de Belgische patiënt in 2008 gemiddeld 507 euro uit eigen zak voor een verblijf met overnachting in een algemeen ziekenhuis.⁷ Daarvan ging 181 euro naar remgelden en 326 euro naar honoraria en materiaalsupplementen. Deze supplementen zijn de voornaamste reden waarom zieke mensen zich vandaag in de schulden moeten steken. Zij zijn ook de reden waarom 5 miljoen mensen een aanvullende hospitalisatieverzekering nemen bij private ziekteverzekeraars en nog eens 2,6 miljoen bij een ziekenfonds. Met alle gevolgen van dien: risicoselectie, verlies van groepsverzekering bij verlies van werk, en vooral spectaculaire stijging van de premies. Wanneer de kosten bij ziekenhuisopname volledig betaald worden door de solidaire wettelijke ziekteverzekering wordt ook de winstgevende markt waarop commerciële hospitalisatieverzekeringsmaatschappijen azen, drooggelegd. Twee eenvoudige maatregelen zijn voldoende om dit te realiseren, zonder meerkost voor de ziekteverzekering.

1) Het veralgemeend verbod op ereloon-supplementen van rijke specialisten. Er bestaat geen enkele medische of deontologische reden waarmee een specialist 50 procent, 100 procent, 300 procent of meer extra-ereloon mag vragen aan een patiënt die op een kamer met twee of op een eenpersoonskamer ligt. Het verbod op supplementen moet algemeen zijn want hoge erelonen zijn een pervers middel in de concurrentie tussen ziekenhuizen om de meest befaamde specialisten naar deze met de rijkste patiënten te draineren, i.p.v. dat deze specialisten beschikbaar zouden zijn daar waar ze het meest nodig zijn.



Het kiwimodel op de rooster
Debat met dokter Dirk Van Duppen

Is een ander geneesmiddelenbeleid mogelijk?

Zaterdag 22 november • 20 uur
Geraardsbergen • Vrijzinnig Huis
 Markt, ingang naast Stadhuis

Meer info:
Zone 054
 Een afdeling van



Zone054@gmail.com
0479 50 98 92

Vlaamse Gemeenschap, Provinciale 24, 3000 Brussel

2) Het toepassen van het kiwimodel op medisch materiaal waarvoor nu supplementen worden aangerekend. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft berekend dat de prijzen voor medisch materiaal kunnen halveren dankzij openbare aanbestedingen, zoals dat in de Scandinavische landen gebeurt.

De eerste lijn gratis

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) bracht in 2008 haar jaarrapport uit onder de veelzeggende titel: 'Eerste- lijnsgeneeskunde centraal staat, zijn kwaliteit, toegankelijkheid, patiënttevredenheid en kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg het hoogste.'⁸

België is één van de weinige Europese landen waar het bezoek aan de huisarts nog steeds niet gratis is. Gratis is niet kosteloos, maar wél kostbaar. Gratis geneeskunde is immers gebaseerd op een voorafbetaling van socialezekerheidsbijdragen én belastinggeld aan de ziekteverzekering. Beiden zouden solidaire financiële herverdelingsmechanismen moeten zijn. De zwaarste schouders dragen de zwaarste lasten.

De huisartsgeneeskunde kost in België het RIZIV 1 miljard euro of minder dan 5 procent van het totale RIZIV-budget. Het toepassen van het kiwimodel voor dertig veel voorgeschreven geneesmiddelen zoals in Nederland reeds gebeurt, levert ons 410 miljoen euro op. Met de helft van dat bedrag kunnen remgelden in de huisartsgeneeskunde in België afgeschaft worden.

Geen splitsing, meer solidariteit

Met de verkiezingsoverwinning van de N-VA staat de splitsing in de gezondheidszorg op de politieke agenda. Reeds in 1999 hebben alle partijen, op uitzondering van Groen!, in het Vlaams parlement een resolutie goedgekeurd voor deze splitsing. Ik wil vijf argumenten aandragen die daartegen pleiten.

De verschillen binnen de gewesten zijn groter dan tussen de gewesten

De voorstanders van splitsing voeren twee argumenten aan: 1. er bestaat een te grote uitgavenkloof tussen de gewesten, en 2. Vlaanderen heeft een andere zorgcultuur dan Wallonië. De cijfers vertellen echter een heel ander verhaal.

De uitgaven

Om te beginnen nuanceert een studie van de *Christelijke Mutualiteit* (CM) over de gemiddelde uitgaven per lid⁹ de consumptieverschillen tussen de gewesten. In Vlaanderen bedroegen die 1.565 euro, in Wallonië 1.658 en in Brussel 1.758. Het nationale gemiddelde was 1.695 euro. Mits een correctie voor de leeftijd, het geslacht, de voorkeursregeling en het verzekerdenstatuut per gewest, zijn de verschillen nog kleiner. Vlaanderen toont dan in vergelijking met het nationale gemiddelde een jaarlijkse minderconsumptie van -5,8 euro per persoon (-0,37 procent), Wallonië een meerconsumptie van +8,9 euro (+0,54 procent) en Brussel van +63,2 euro (+3,72 procent).

Daarnaast zorgt het Vlaamse demografische profiel voor een snellere vergrijzing. Vlaanderen heeft het grootste aandeel inwoners in de leeftijdscategorie 60-79, die de komende tien jaar de meeste zorg zal nodig hebben en dus het meeste zal kosten. Op korte termijn zullen de transfers tussen de gewesten om die reden van richting veranderen.

Uit cijfers van de CM voor het jaar 2005 blijkt tenslotte dat de verschillen binnen de gewesten veel groter zijn. Een lid van de Mutualité Chrétienne (MC) uit Anderlecht gaf gemiddeld 1.259 euro uit aan gezondheidszorg, een CM-lid uit Oostende 1.239 euro tegenover 998 euro voor een CM-lid

uit Turnhout of 960 euro voor een MC-lid uit Nijvel. De 'uitgavenkloof' tussen Oostende en Turnhout (25%) is dus veel groter dan tussen Vlaanderen en Wallonië.

De gezondheidscultuur

Hetzelfde geldt voor de gezondheidscultuur. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)¹⁰ publiceerde in oktober 2006 een 'Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België'. Die studie onderzocht de verschillen per gemeente voor zes heelkundige ingrepen, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Arthroscopie van de knie komt veel meer voor in het noorden van ons land, terwijl carotisstenen vaker worden ingeplant in het zuiden. In de Westhoek en in het zuiden krijgen meer mensen een knie- of heupprothese. Het oosten van het land telt twee keer zoveel keizerssneden als het westen. Verwijdering van de baarmoeder vormt een mozaïekpatroon, met een overwicht in het noorden. Volgens de studie zijn die ingrepen in veel gevallen onterecht, zowel in het noorden als in het zuiden. Een verklaring voor de frequentie zou onder meer te wijten zijn aan 'de densiteit van het aanbod', 'een aanbodsgedreven beleid', 'een overdreven enthousiasme bij de chirurgen'. Kortom: in beide landsdelen heerst een prestatiegericht betalingssysteem met inhalige specialisten.

Solidariteit waarborgt toegankelijke zorg voor ieder ongeacht de taal

Eén factor vertoont volgens de nationale gezondheidsenquête van 2004 wel een groot verschil tussen de gewesten, namelijk de toegankelijkheid van de zorg. 10 procent van de ondervraagden rapporteerde dat ze om financiële redenen al eens de zorg moest uitstellen. In het Vlaams Gewest was dit maar 5 procent, maar in het Waals Gewest 16 procent en in Brussel 18 procent.

Daarbij komt de ongelijkmatige ziektespreiding in België. De belangrijkste oorzaak van verschillen in ziekte en sterfte, ongeacht de taal, blijkt de sociaaleconomische ongelijkheid te zijn. Wie in Antwerpen, Brussel of Charleroi moet leven van een bestaansminimum, heeft een zwakkere gezondheid en een lagere levensverwachting dan een kaderlid in diezelfde steden.

Een doelmatige en toegankelijke zorg kan alleen verzekerd worden als we de solidariteit boven aan de agenda plaatsen. Solidariteit betekent noodzakelijkerwijze transfers, niet tussen 'Nederlandssprekenden' en 'Franssprekenden', maar tussen 'rijke en gezonde' mensen en 'zieke en arme' mensen.

Een splitsing verzwakt het solidariteitsbeginsel

Defederalisering verzwakt het solidariteitsbeginsel. Communautarisering spreidt het bedje voor verdere privatisering. Privatisering en commercialisering staan namelijk diametraal tegenover solidariteit. Gezondheidszorg is dan niet langer een basisrecht, maar wordt een koopwaar met winstoogmerk. De gevolgen zijn bekend: een selectie op lage risico's, de uitsluiting van chronische zieken, bejaarden en zorgbehoevenden en een geneeskunde met twee snelheden.

Een visie op zorg in een doelmatig en toegankelijk gezondheidszorgsysteem moet vertrekken van een wetenschappelijke behoefteanalyse. Ze moet gebruik maken van de wetenschappelijk bepaalde, meest (kosten)-effectieve zorg om de schaarse middelen te verdelen volgens het criterium van wie er het meest nood aan heeft en niet wie het meest kan betalen of er het meest aan kan verdienen.

Een eengemaakte verplichte solidaire ziekteverzekering heeft een breder maatschappelijk draagvlak om de risico's te spreiden over zoveel mogelijk personen. Ze profiteert van het voordeel van schaalgrootte en garandeert terzelfder tijd voldoende decentralisatie en autonomie om de zorg dicht bij de mensen te organiseren. De besluitnemers in de gezondheidszorg, voornamelijk de artsen, kunnen onterechte transfers wegwerken door hun praktijk te toetsen aan wetenschappelijke aanbevelingen. Met behulp van de Evidence Based Medicine (geneeskunde gebaseerd op wetenschappelijke bewijzen) kunnen we vandaag de werkzaamheid en het nut van de meeste medische interventies onderzoeken. Dat is geen kwestie van taal of cultuur, maar van universele wetenschap. Zo ontwikkelde het Federaal Kenniscentrum een aanbeveling ('Het preoperatief onderzoek') in antwoord op een onterecht hoog aantal preoperatieve

onderzoeken, voornamelijk in Waalse ziekenhuizen. Waarom zou immers een hartinfarct bij een Franssprekende patiënt anders moeten behandeld worden dan bij een Nederlandstalige?

Patiëntgerichte, kwaliteitsvolle zorg nodig in noord én in zuid

Bestaan er in dit land dan geen twee visies op gezondheidszorg? Staat Vlaanderen niet voor 'meer huisarts, thuiszorg, preventie en rationeel voorschrijven'? Staat Wallonië niet voor 'meer specialist, ziekenhuis, curatief werken en overconsumptie van geneesmiddelen'?

De CM-studie stelt vast dat er grote uitgavenverschillen blijven bestaan in een aantal rubrieken. In Vlaanderen is er een meerconsumptie voor verpleegdagen in een psychiatrisch ziekenhuis en thuisverpleging. In Wallonië is er een meerconsumptie voor technische zorgverstrekking zoals klinische biologie (+10 procent) en beeldvorming (19 procent), inwendige geneeskunde (+15 procent), geneesmiddelen (+11 procent) en ten slotte ook voor de maximumfactuur (MAF) (+14 procent). Vanwaar die verschillen?

Specialisten met grijpgrage handen

Wallonië is armer dan Vlaanderen. Het is dan ook logisch dat meer patiënten gebruikmaken van de maximumfactuur. Maar de verschillen tussen de gewesten weerspiegelen ook privébelangen. De gezondheidszorgmarkt verschilt van een klassieke markt van consumptiemiddelen. Niet de patiënt is koning, maar de dokter. Hij beslist welke onderzoeken, behandelingen en geneesmiddelen een patiënt krijgt. Toch is zijn financiële verantwoordelijkheid gering. Integendeel, de betaling per prestatie is een blanco cheque. Een arts kan zoveel onderzoeken doen of behandelingen voorschrijven als het hem of zijn portemonnee belieft. Een snellere genezing, zelfbehandeling of echt preventief werken en zo ziekten voorkomen worden in dit systeem financieel afgestraft, terwijl medicalisering wordt beloond. Op de geneesmiddelenmarkt, maar ook in de klinische biologie, de medische beeldvorming, de technische prestaties in de inwendige geneeskunde: onder de cardiologen, de longartsen of de maag- en darmartsen tref je specialisten



die direct belang hebben bij medische overconsumptie. Niet te verwonderen dat farmaceutische bedrijven of handelaars in medisch materiaal al hun marketingkracht op hen concentreren. Onderzoek van onder meer het KCE toont aan dat dit aanbodsgedreven beleid verantwoordelijk is voor veel aberraties in de medische consumptie.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat de sterkte van het conservatieve doktersestablishment en de krachtsverhoudingen tussen progressieve, patiëntgerichte krachten enerzijds en conservatieve, centengerichte krachten anderzijds, daarin bepalend zijn. In Wallonië en in Brussel is de Belgisch Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) – vroeger bekend als het ‘syndicaat Wijnen’ – historisch veel sterker dan in Vlaanderen. Hun Leitmotiv is: ‘de absolute therapeutische vrijheid van de geneesheer’, lees: de vrijheid van sommige specialisten om de ziekteverzekering of de patiënten te plunderen. Een splitsing van de gezondheidszorg zou de Waalse patiënt nog meer overleveren aan die grijpgrage specialisten. Waar we nood aan hebben, is een verenigd verzet van zowel Waalse, Brusselse als Vlaamse patiënten tegen die centengeneeskunde om de krachtsverhoudingen om te keren.

Eerstelijnsgerichte zorg

In Wallonië vind je echter ook initiatieven zoals de wijkgezondheidscentra, die al de hierboven beschreven ‘Vlaamse kenmerken’ vooruit zijn. Die zijn trouwens niet typisch ‘Vlaams’. In vergelijking met

andere landen staat ook Vlaanderen hier nog in zijn kinderschoenen. De Alma Ataverklaring, mede ondertekend door België, propageerde in 1978 al internationaal een eerstelijnsgericht beleid. Evidence Based Medicine en internationaal onderzoek, onder andere van Barbara Starfield van de Johns Hopkins-universiteit¹¹, onderbouwen vandaag opnieuw die visie. Zowel Waalse als Vlaamse patiënten hebben baat bij een veralgemening van een eerstelijnsgericht beleid in heel het land.

Vlaamse Zorgverzekering toont perverse gevolgen van communautarisering

In 2001 startte de Vlaamse regering, los van de federale overheid of van de Waalse en Brusselse gewestregeringen, een zorgverzekering op. Alle Vlamingen van 26 jaar of ouder betalen verplicht elk jaar 10 euro aan een Vlaamse zorgkas voor behoeften die een volwaardige sociale zekerheid zou moeten dekken. Word je zeer zwaar zorgbehoevend, dan heb je recht op 105 euro per maand voor alle mogelijke niet terugbetaalde mantelzorg, zoals menselijke bijstand van derden, bepaald verband- of incontinentiemateriaal, niet terugbetaalde pijnstillers, hulpmiddelen enzovoort.

De Vlaamse zorgverzekering toont tot welke negatieve gevolgen de communautaire splitsing van de gezondheidszorg kan leiden. Om te beginnen klonk de jaarlijkse bijdrage per persoon al snel van 10 naar 25 euro. Even snel bleek dat de inkomsten niet volstonden om de beloofde uitkeringen toe te kennen. Gezien de toenemende vergrijzing en bijgevolg de toenemende zorgbehoeften zal de bijdrage vermoedelijk in de nabije toekomst opnieuw stijgen. Bovendien breekt de heffing van een zelfde bijdrage ongeacht het inkomen de solidariteit. Alleen patiënten met een voorkeursregeling (WIGW) betalen minder. In feite gaat het hier om een transfer van niet-rijken die relatief meer bijdragen naar rijken, in plaats van omgekeerd, zoals in een solidaire ziekteverzekering. Ten slotte leidt deze politiek sneller tot privatisering. De Vlaamse regering heeft DKV en Ethias erkend als uitvoerders van een verplichte tak in de sociale zekerheid. Voor het eerst staan ze op gelijke voet met de sociale verzekeraars zoals de mutualiteiten. Bij een splitsing van de gezondheidszorg dreigt Wallonië snel te vervallen in een

toestand waarbij de overgehevelde middelen voor gezondheidszorg niet volstaan. De terugbetalingen moeten dan verder dalen, wat de weg effent voor privéverzekeringen.

Kafkaïaanse toestanden

Maar bovenal toont de Vlaamse zorgverzekering dat communautaire splitsing leidt tot kafkaïaanse toestanden, inefficiëntie en discriminatie op basis van woonplaats of afkomst. Vlamingen die niet betalen, krijgen een boete en een sanctie. Walen hebben geen recht op een zorgverzekering. Brusselaars mogen kiezen. Maar een Brusselaar die bijvoorbeeld in 2006 is ingestapt, zal eerst ononderbroken 10 jaar zijn bijdrage moeten betaald hebben vooraleer hij ervan kan genieten. Een Vlaming die in Wallonië woont en in Vlaanderen werkt, kan geen aanspraak maken op de zorgverzekering. Je moet er wonen én werken, tenzij je burger bent van een ander Europees land. Een Nederlander die in Nederland woont en in Vlaanderen werkt, moet verplicht aansluiten. Europa verbiedt namelijk discriminatie van burgers van Europese lidstaten in andere staten, niet in andere gewesten.

De defederalisering van bevoegdheden als preventie en welzijn in het begin van de jaren '90 heeft nu al geleid tot een chaotische beslissingsstructuur. Niet minder dan negen verschillende excellenties zijn in dit land verantwoordelijk voor volksgezondheid. Toen er bijvoorbeeld in de zomer van 2001 op bepaalde plaatsen een epidemie van hersenvliesontsteking opstak, moesten dus niet minder dan negen ministers, staatssecretarissen of instanties hun zegje doen over de terugbetaling van het vaccin. Bij een volledige splitsing neemt de waanzin nog toe.

Alleen al de specifieke situatie van het gewest Brussel vermenigvuldigt de aberraties tot in het oneindige. Bij een volledige defederalisering komen we tot vier verschillende systemen met per gewest een andere registratie, prijsbepaling, terugbetaling en remgelden voor identieke onderzoeken en behandelingen. Ook moet de patiëntenstroom tussen de vier gewesten geregeld worden. En wat met de grensbewoners van de nieuwe zorggrenzen tussen de vier gewesten? Zij maken meer dan 20 procent van de Belgische bevolking uit.

De communautarisering zal leiden tot twee soorten burgers: zij die vrij toegang hebben tot twee of drie gezondheidsstelsels (grensarbeiders en inwoners uit de streek langs de taalgrens) en burgers die een voorafgaande toestemming voor terugbetaling nodig hebben als zij zich in een bepaald gewest laten verzorgen. Defederalisering zal een veelvoud van reglementering meebrengen tegen een hoge administratieve kostprijs.

Noten:

¹ Persoonlijke correspondentie van auteur DVD met Marcia Angell, 15 augustus 2007

² Gezondheidsenquête België 2008. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie.

³ OESO Health Data 2007

⁴ *Testgezondheid*, februari 2010

⁵ Belgian population ranked to medical consumption. *National Health Survey*. RIZIV. 1997.

⁶ Bossuyt N, et al. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health* 2004; 118: 310.

⁷ *CM-informatie*, maart 2010, p. 3-12.

⁸ The World Health Report 2008 : *Primary health care. Now more than ever*, WHO, Geneva.

⁹ *CM-informatie* juni 2005, p.3-9.

¹⁰ <http://www.kce.fgov.be>

¹¹ Starfield B., *Primary care: balancing health needs, services and technology*, New York: Oxford University Press, 1998.