



Commercialisering bedreigt onze gezondheidszorg

Gezondheid te koop

Marktwerking In de documentaire *Sicko* hekelt de ophefmakende documentairmaker Michael Moore de onrechtvaardige Amerikaanse gezondheidszorg. Volgens Moore is gezondheid in Europa een gratis mensenrecht. Maar heeft Moore ook echt gelijk?

Tekst Ria Goris | Tekening Ief Claessen | Foto Bob Van Mol

Moore heeft ongetwijfeld een scherpe blik op zijn eigen land, maar zijn analyse van de gezondheidszorg in Europa is naïef. Dat stelt dokter Raf Mertens, hoofd van de studiedienst van de Christelijke Mutualiteiten, de grootste publieke gezondheidszorgverzekeraar in ons land. Kunnen we erop vertrouwen dat vaderschap staat onze geneeskundige zorgen zal blijven sponsoren? Of geraakt gezondheidszorg bij ons ook stilaan in de ban van

het vrijemarktprincipe? De gevolgen van die laatste mogelijkheid liggen voor de hand: hoe meer diensten men koopt, hoe beter men gedekt is. Wie niet rijk is, is gezien.

DE LIBERALE OPMARS

De liberalisering van de markt is een Europees principe. Alle onderdelen van de enorme Europese dienstenmarkt worden vrijgemaakt. Die liberalise-

ring begint stilaan ook door te dringen in de gezondheidszorg. We kennen al geruime tijd het fenomeen van private verzekeraars, die mensen bijvoorbeeld een verzekering voor een aanvullend pensioen of een hospitalisatieverzekering aanbieden. Nieuw is echter dat in een liberale markt, waar het eerlijke concurrentieprincipe geldt, ook de sociale verzekeraars (de mutualiteiten) verplicht zouden worden om aan dezelfde voorwaarden te voldoen als de private verzekeraars. Momenteel loopt hierover zelfs een rechtszaak bij het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in Straatsburg.

Dreigt gezondheidszorg een marktartikel te worden? Zal de consument zich, afhankelijk van zijn of haar koopkracht, beter kunnen indekken tegen gezondheidsrisico's? Het antwoord is niet eenduidig. We zijn nog niet bij Amerikaanse toestanden aanbeland. Onze publieke, algemeen verplichte en solidaire sociale zekerheid dekt nog steeds het leeuwendeel van de ziektekosten, los van de financiële draagkracht van de zieke burger. Bovendien heeft de overheid een aantal maatregelen genomen om zwakkere mensen te beschermen tegen een al te hoge persoonlijke bijdrage (zie kader). Tegelijkertijd maakt in Europa een tendens opgang die, als we niet alert zijn en tijdig 'stop' roepen, het aandeel van ziektekosten in de huishoudbudgetten van de modale burger serieus kan doen stijgen. We zien dit reeds aan het werk met de pensioenen. Elke Belg kan minstens op een minimumpensioen rekenen, maar dat pensioentje staat vaak niet in verhouding tot de levensduurte. Dus worden er steeds meer private verzekeringen voor een aanvullend pensioen afgesloten. Of men dit doet en hoeveel men hiervoor opzijzet, is een kwestie van individuele keuze en koopkracht. Of, met een parafraze van een Bijbels gezegde: aan wie nu al heeft, zal in de toekomst meer gegeven worden. Wat men op die manier spaart, is bovendien ook fiscaal aftrekbaar.

KOOPKRACHT VERSUS DRAAGKRACHT

Het is verontrustend dat het eigen aandeel van de consument in gezondheidszorg langzaam maar zeker stijgt. We betalen ongeveer een kwart uit eigen zak, wat meer is dan in de meeste buurlanden (zie kader). Maar niet alleen het aandeel van de persoonlijke bijdrage stijgt, ook de gemiddelde rekening voor geneeskundige verzorging neemt toe. Een dag in het ziekenhuis kostte in 2000 gemiddeld 308 euro. Vier jaar later was dat al opgelopen tot 402, een kwart meer dus.

Een optelsommetje toont dat een ziekenhuisverblijf van een tiental dagen, inclusief supplementen voor materiaal dat niet vergoed wordt en remgeld voor artsenhonoraria, de patiënt al snel enkele duizenden euro's kan kosten. Mensen krijgen op zo'n moment

spontaan meer interesse in een hospitalisatieverzekering. Helaas voor henzelf zijn ze dure klanten geworden, duurder dan jonge, nog volledig gezonde mensen. Het premiebedrag voor een hospitalisatieverzekering wordt immers afgemeten aan het profiel van de aanvragers. Pech voor wie niet meer jong en gezond is. Dan had je er maar op tijd aan moeten beginnen. Hoe je het ook draait of keert, een hospitalisatieverzekering is een marktartikel geworden. Veel werkgevers bieden het hun personeel als extra voordeel aan.

De wet Verwilghen, van kracht sinds 10 augustus 2007, regelt de ziekteverzekeringsovereenkomsten. Verzekeraars zijn nu verplicht om aangeslotenen die dat willen in de polis te houden wanneer ze het bedrijf verlaten, zij het vaak tegen verhoogd tarief. De wet laat de verzeke-

“Het premiebedrag voor een hospitalisatieverzekering wordt afgemeten aan het profiel van de aanvragers. Pech voor wie niet meer jong en gezond is. Dan had je er maar op tijd aan moeten beginnen.”

BESCHERMINGSMAATREGELEN VAN DE OVERHEID

Maar liefst een derde van onze sociale zekerheidsbijdragen gaat naar de ziekteverzekering. Nog eens een derde gaat naar pensioenen en ongeveer een zesde naar werkloosheidsuitkeringen. Meer dan 18 miljard euro vloeit jaarlijks naar gezondheidszorg. Zoals we hierboven zagen, volstaat dit niet om alle burgers voldoende te beschermen. De overheid heeft daarom een maximumfactuur (MAF) ingevoerd: afhankelijk van de hoogte van het inkomen, geldt er een plafond voor de eigen bijdragen. Voor wie een gezinsinkomen van minder dan 14.000 euro heeft, ligt dit plafond bijvoorbeeld op 450 euro. De MAF helpt om onbetaalbare rekeningen draaglijk te houden. Maar aangezien niet alle uitgaven, bijvoorbeeld voor bepaalde materialen of medicamenten, meetellen, betekent ziekte vaak toch nog een harde financiële dobber. Chronisch zieke mensen krijgen jaarlijks een zorgforfait van 250 euro. Wie in een afhankelijke situatie terecht komt, ontvangt via de zorgverzekering maandelijks een bijdrage van 105 euro. Kwetsbare groepen konden reeds rekenen op een verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering. Sinds dit jaar werd dit uitgebreid naar alle personen met een laag inkomen via het OMNIO-statuut. Met die maatregelen probeert de overheid kwetsbare burgers te beschermen tegen buitensporige uitgaven. Maar de basis van betaalbare gezondheidszorg blijft een algemeen, verplicht solidair systeem dat voldoende sterk is, in combinatie met welvaartvaste uitkeringen.



Raf Mertens (Christelijke Mutualiteiten): "Een duale gezondheidszorg is een bedreiging. Sterker, ze is al een realiteit."

raar toe het tarief en de voorwaarden van de polis te wijzigen terwijl een contract loopt.

Aan wie al symptomen van een ziekte had ten tijde van de aansluiting, ook al waren die nog totaal onzichtbaar en had geen enkele arts een diagnose gesteld, kan later vergoeding van kosten geweigerd

worden. De bewijslast dat het niet om een reeds sluimerende, beginnende ziekte

"We zijn nog niet bij Amerikaanse toestanden aanbeland."

ging, ligt bij de verzekerde. Verder had de wet Verwilghen de nobele doelstelling om personen met een handicap of chronisch zieken, die bij private verzekeraars vaak het deksel op hun neus kregen, toe te laten aan te sluiten. Maar de nieuwe wet legt die verplichting voorlopig enkel op voor 2008. Daarna wordt een eventuele voortzetting geëvalueerd. Bovendien worden alle kosten die verband houden met de chronische ziekte of de handicap uitgesloten van de verzekering. Daarmee is de nieuwe wet een misser van formaat, meent de kritische consumentenorganisatie Test-Aankoop.

DUALE GEZONDHEIDSZORG?

Als de verplichte, solidaire verzekering in de toekomst verder aan dekkingkracht zou inboeten, zullen steeds meer gewone burgers dieper in hun portemonnee tasten wanneer ze ziek vallen. Ook zich preventief laten verzekeren wordt duurder. Nu reeds stelt 17% van onze bevolking geneeskundige

verzorging uit om financiële redenen, zo wees het recente armoedeverlag uit. Dat aandeel loopt zelfs op tot één op de drie bij alleenstaande ouders. Een duale gezondheidszorg is dus een bedreiging. Sterker, ze is al een realiteit, zegt Raf Mertens. Wie dankzij een hospitalisatieverzekering kan kiezen voor een eenpersoonskamer ('kamer met toeslag'), wordt mogelijk sneller geholpen. Wie behandeling zoekt voor niet-levensbedreigende aandoeningen wordt niet zelden verwezen naar wekenlange wachtlijsten. Maar er is altijd een andere oplossing: een privéconsultatie bij de betrokken specialist is doorgaans mogelijk, uiteraard tegen een hoger tarief... Anno 2008 gebeurt het volgens Mertens nog dat de arts suggereert een enveloppe met contant geld te overhandigen, waarna onverwijld tot behandeling kan worden overgegaan. Mertens verzet zich fel tegen het idee dat de markt van gezondheid er een is als andere diensten. Mertens: "De patiënt staat niet op dezelfde hoogte als de behandelaar. De patiënt kan vaak niet zelf beoordelen wat hij nodig heeft aan verzorging en of hij ook de juiste zorg krijgt. Bovendien is de vrije keuze van zorgverlener beperkt: je gaat gewoonlijk naar het ziekenhuis in je buurt." De conclusie lijkt duidelijk: gezondheidszorg te sterk onderhevig maken aan marktmechanismen reduceert gezondheidszorg tot koopwaar, want de zorg wordt afhankelijk van de koopkracht. Wie *Sicko* bekijkt, krijgt alvast een idee waar een doorgedreven liberalisering toe leidt.

► *Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum*

ZIEK? DE GEBRUIKER BETAALT (MEER)

We tasten steeds dieper in eigen zak voor onze bijdrage aan de gezondheidszorg. Het eigen aandeel van de burger in ziektekosten is op minder dan tien jaar tijd met ruim een derde toegenomen, terwijl het aandeel van de sociale zekerheid in deze periode zowat constant gebleven is. Dat blijkt uit cijfers van de Nationale Bank van België. Zowat een kwart van de uitgaven bij ziekte komt in ons land op conto van de patiënt. In Nederland ligt dat eigen aandeel met ruim 30% nog hoger, maar Frankrijk en Duitsland houden het op 20% eigen aandeel. In Noorwegen en Denemarken is dat nog een stuk minder. In de Verenigde Staten loopt het eigen aandeel dan weer op tot 50%. Hoe hoger dit eigen aandeel en hoe duurder gezondheidszorg wordt, hoe groter de noodzaak voor de consument om via de werkgever of particulier een bijkomende verzekering af te sluiten. Gaat het nog om een bijkomende luxe of in toenemende mate om een noodzaak?