

De mutualiteiten uitgedaagd



Paul Callewaert



Luc Van Gorp



Geert Messiaen

Hoe staat het met onze gezondheidszorg? Zijn we zeker van een goede en betaalbare ziekteverzorging voor iedereen? Het Vrije Woord vroeg drie experts om hun mening: Paul Callewaert, algemeen secretaris van de Socialistische Mutualiteit, Luc Van Gorp, voorzitter van de Christelijke Mutualiteit, en Geert Messiaen, secretaris-generaal van de Liberale Mutualiteit.

HET VRIJE WOORD: De mutualiteiten staan vandaag en morgen wellicht voor bijzonder grote uitdagingen. Voor een gedeelte van het politieke spectrum staat de rol van de mutualiteiten zelf openlijk ter discussie. Zo wordt al langer geopperd dat de terugbetalingen aan patiënten geen kernopdracht meer zouden moeten zijn. Hoe gaan jullie om met die kritiek en wat is jullie visie op de toekomst? Is een traditionele mutualiteit nog wel van deze tijd?

PAUL CALLEWAERT: De traditionele mutualiteit bestaat al lang niet meer. Sommigen blijven de focus op die terugbetalingen leggen en ja, dat blijft inderdaad een essentiële basisopdracht van de ziekenfondsen waarvan ik meen dat we die moeten behouden. Niet alleen om

te controleren of de uitgaven die worden ingediend correct zijn en doelmatig worden ingezet, maar ook omdat we er een volledige dienstverlening aan ophangen. Zo gaan we na of mensen niet te veel hebben betaald, of ze geen afgeleide sociale rechten hebben. De uitbetaling van doktersbriefjes is ons historisch kenmerk, ondertussen zijn wij geëvolueerd van een uitbetalingsorgaan naar een dienstverle-

“Stop het doemdenken dat de gezondheidszorg onbetaalbaar is!”

nende organisatie die niet alleen uitbetaalt maar ook informeert, advies geeft, de mensen wegwijst maakt in keuzes die ze kunnen maken en hen daarin begeleidt. Een ziekenhuisontslag is niet langer de factuur controleren, maar ook de opvang van de patiënt thuis mee coördineren en organiseren. Informeren en advies geven volstaan niet altijd. Soms zijn problemen zo complex dat hulp en begeleiding nodig is om bepaalde rechten, om bepaalde sociale voordelen toegekend te krijgen. Onze kracht moet blijven dat onze leden weten dat ze met hun problemen bij hun ziekenfonds terecht kunnen en dat we hen verder helpen met al wat in onze mogelijkheden ligt. Dat lijkt ons de juiste manier waarop je met mensen omgaat.

LUC VAN GORP: Wij zeggen 'Weg met het ziekenfonds'. Wij willen een gezondheidsfonds zijn. Als gezondheidsfonds zijn wij begaan met de gezondheid van iedereen. Niet alleen van wie ziek is, maar ook van wie op zoek is naar zin in zijn leven. Wie niet ziek is, kan toch heel ongelukkig zijn. Net zoals zieke mensen heel goed in hun vel kunnen zitten. Natuurlijk zijn wij ook bekommerd om het fysieke en mentale welzijn, maar voor ons is dat sociale en existentiële welzijn even belangrijk. Als gezondheidsfonds doen wij veel meer dan alleen maar doktersbriefjes terugbetalen of ziekenhuisfacturen controleren. Wij vechten voor een betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

“De financiering gaat om puur politieke keuzes.”

GEERT MESSIAEN: De terugbetalingen aan patiënten behoren wel degelijk tot de kerntaken van de ziekenfondsen. De kritiek dat de ziekenfondsen geen taak meer zouden hebben in de terugbetaling van verstrekkingen wordt vooral gevoed door het feit dat de uitvoering van die taak niet meer zichtbaar is voor het grote publiek, vermits alles meer en meer geautomatiseerd verloopt. Wij beschikken daarvoor over de nodige kennis en ervaring. We zijn niet louter een doorgeeffluik, maar evolueren naar een gezondheidsfonds – dit wil zeggen het coachen van onze verzekerden op het vlak van de gezondheid. Het is de taak van de ziekenfondsen om deel te nemen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zoals geregeld bij de wet. De ziekenfondsen hebben bewezen dat zij deze taak kwalitatief en met beperkte middelen kunnen waarmaken. Zij vormen de brug tussen de overheid en de burger voor wiens belangen zij opkomen. Zij zijn de verdedigers van de patiënten en zij zorgen door hun proactieve werking voor een betaalbare, toegankelijke en een sociale gezondheidszorg.

HVV: Een belangrijk en ook sociaal the-

ma is de betaalbaarheid van de zorg en de vraag welke patiënten in de toekomst al dan niet in aanmerking zullen komen om door de overheid gefinancierde zorg te ontvangen. We denken bijvoorbeeld aan de discussie over al dan niet uitsluiten van rokers, zware drinkers, mensen met een manifest ongezonde levensstijl enzovoort. Wat is jullie standpunt daarover?

PAUL CALLEWAERT: In diverse studies die polsen naar de individuele verantwoordelijkheid van de patiënt, de vraag of we rokers of drinkers op dezelfde manier blijven terugbetalen en beschermen, kunnen we een tendens waarnemen die ons zorgen baart: het draagvlak om patiënten die ongezond leven zorgen te ontnemen of te straffen neemt toe. Onze eigen studie leert dat het deel mensen dat een dergelijke stelling aanneemt in tien jaar tijd steeg van 25 naar bijna 35%, tenminste wanneer het over anderen gaat. Als het over zichzelf of de eigen familiekring gaat, zie je het aandeel natuurlijk slinken. Ignaas Devisch, professor aan de UGent, heeft daar een interessant experiment over opgezet. Dat toont aan dat wanneer je mensen een dergelijk vraagstuk voorlegt en je informeert en bespreekt de knelpunten ten gronde, je kadert het in de sociale en maatschappelijke context, de wijze waarop mensen zijn opgevoed en de omgeving waarin mensen leven, dan zie je die reflex om mensen te sanctioneren volledig verdwijnen. Ook de Koning Boudewijnstichting heeft dergelijke projecten lopen. Je hebt natuurlijk altijd nog het zelfbeschikkingsrecht, de keuze om te zeggen: “ik rook of ik rook niet”. Maar de invloed van buitenaf is dikwijls zo groot dat je die keuze niet zomaar hebt kunnen maken. Het is onrechtvaardig om kinderen, die enkel leerden te overleven, te straffen omdat ze niet geleerd hebben gezond te leven. Trouwens, het is een traject waarvan je wel weet waar je begint, maar niet waar je eindigt. Want waar trek je de grens? Bij mensen die met vervuilde auto's rijden of het vliegtuig nemen, die junkfood eten, die risicosporten doen zoals bergbeklimmen? Als je die lijn doortrekt, betaal je op den duur niets meer terug vanuit de ziekteverzekering en draaien de mensen zelf op voor hun ziektekosten. Dan is het probleem van

“Het solidariteits-principe komt meer en meer onder druk te staan.”

het budget van de ziekteverzekering misschien wel opgelost, maar dat kan niet de bedoeling zijn. Dat is onaanvaardbaar voor ons! Andere aanpak dus: sensibiliseren, proberen mensen te motiveren om gezond te leven.

LUC VAN GORP: 30 000 euro. Zoveel kost een nieuw geneesmiddel voor mensen die lijden aan idiopathische longfibrose, een zeldzame longziekte. Per patiënt en per jaar, welteverstaan. Dat is heel veel geld. Zoveel dat het geneesmiddel voorlopig alleen terugbetaald wordt als de patiënt kan bewijzen dat hij niet (meer) rookt. De discussie die daarover ontstaan is, bewijst dat we ons op gevaarlijk terrein begeven. Kan levensstijl een voorwaarde zijn voor de terugbetaling van een geneesmiddel of een behandeling? In een vorig leven heb ik als verpleegkundige gewerkt op een afdeling endoscopie. Daar kregen we heel wat patiënten over de vloer met ernstige longproblemen die het gevolg waren van jarenlang roken. Hun luchtwegen konden de vergelijking doorstaan met gangen in steenkoolmijnen, meestal in combinatie met een zware hoest en een moeilijke ademhaling. De verhalen die ik te horen kreeg, waren vaak schrijnend. Natuurlijk wisten mijn patiënten dat roken ongezond was. Maar hoe gaat dat? Thuis wordt er gerookt, vader en moeder steken de ene sigaret na de andere op. Op school wordt er stiekem gerookt in de toiletten. Wil je erbij horen, dan moet je meedoen. En voor je het weet, ben je verslaafd. Heel vaak is roken geen keuze. ‘Het gebeurt’. Je omgeving zet je er toe aan. En in bepaalde milieus grijpen mensen makkelijker naar de sigaret dan in andere. Net zoals de omstandigheden er mensen soms toe dwingen om ongezond te eten. Of om veel te hard te werken. Of om te veel alcohol te drinken. Hen allemaal straffen voor hun ongezonde levensstijl is zonder meer een brug →

te ver. Het verkoopt misschien wel goed, maar een oplossing is dan verder weg dan ooit. Terugbetaling koppelen aan levensstijl kan alleen als die de werking van het geneesmiddel of de kans op slagen van de operatie effectief vermindert. Is dat niet het geval, dan heeft iedereen recht op dezelfde gezondheidszorg. Inzetten op preventie en een gezondheid bevorderend wettelijk kader is veel effectiever dan afstraffen van levensstijl.

“Vermaatschappelijking van de zorg mag niet neerkomen op een trek-uw-planbenadering.”

GEERT MESSIAEN: Preventie is een bijzondere taak van het ziekenfonds. Hoeveel belang we ook hechten en moeten blijven hechten aan het promoten van een gezonde levensstijl, het uitsluiten van rokers, zware drinkers, mensen met een manifest ongezonde levensstijl, dat kan voor ons niet. Wat ons als liberale mutualisten vooral ook bekommert, is dat het solidariteitsprincipe meer en meer onder druk komt te staan, terwijl dat toch de basis vormt van onze ziekteverzekering. In het najaar van 2013 voerde professor Mark Elchardus een onderzoek bij bijna 3000 Vlamingen tussen 18 en 75 jaar naar hun mening over de gezondheidszorg. Daaruit bleek dat een aanzienlijk deel van de bevolking vindt dat risicovol gezondheidsgedrag een lagere of zelfs helemaal geen terugbetaling door de ziekteverzekering zou rechtvaardigen. Dit geldt in de eerste plaats bij obesitas, voor rokers en alcohol- en drugsverslaafden, maar ook voor heel wat behandelingen bij de ouderen van boven de 80 jaar. Geen conclusies waar je als mutualist echt vrolijk van wordt. Ten eerste zijn de mensen die uitgesloten worden niet meer verzekerd en zo ten volle aan hun lot overgelaten. Vult dit dan onze taak in dat wij moeten instaan voor het psychi-

sche, fysieke en sociale welzijn van een patiënt? Ten tweede, een zo mogelijk nog groter gevaar op iets langere termijn is het afhellend vlak dat op die manier gecreëerd wordt, want de meeste mensen zullen wel ergens niet of onvoldoende in regel leven met wat 'gezond' is. En ten slotte stelt dit het solidariteitsgevoel ten volle op de helling, en daar huiver ik van.

HVW: Wat is in het algemeen jullie visie op de grote uitdagingen in de gezondheidszorg, zoals de financiering en de financieringsmodellen, het statuut en de verloning van de gezondheidswerkers, de tendens naar de zogenaamde vermaatschappelijking van de zorg?

PAUL CALLEWAERT: Misschien toch eerst komaf maken met de mythe en de idee die men overal wil opdringen, namelijk dat de gezondheidszorg onbetaalbaar wordt. Ik ben het daar totaal mee oneens. Wat de financiering zelf betreft, gaat het om puur politieke keuzes. Een van de grote uitdagingen vandaag is dat men alle nieuwe gezondheidstechnieken en behandelingen die zich aandienen toegankelijk houdt of maakt voor iedereen door ze zo snel mogelijk op te nemen in de verplichte ziekteverzekering. Zo hou je controle over de prijs. Als je deze zorgen nadien moet recupereren in de ziekteverzekering, dan kost het te veel geld. In plaats van te recupereren moet je anticiperen; anders schuif je de rekening door naar de volgende generatie. Ik dacht dat we dat juist moeten vermijden. Krijgen we voldoende budget om die nieuwe technologieën op te nemen? Als men de huidige besparingslogica blijft hanteren, zal het moeilijk zijn om deze noodzakelijke investeringen in de gezondheidszorg te kunnen doen. Met een investeringslogica is het wel mogelijk. Bovendien bewijst men de economie een dienst: elke euro investering in gezondheidszorg brengt minstens evenveel economische groei op. De door doelmatigheid verworven financiële ruimte mag niet weggesneden worden, maar moet opnieuw ingezet worden zodat iedereen dezelfde verzorging kan genieten, ook op het vlak van tandzorg, geestelijke gezondheidszorg en nieuwe geneesmiddelen. In dat opzicht is een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg on-

betaalbaar, niet omdat ze te veel kost, maar omdat ze van onschatbare waarde is. Wat niet wil zeggen dat er geen uitdagingen zijn. Je moet er ook voor blijven zorgen dat artsen en zorgverstrekkers voldoende en correct betaald worden. Van sommigen kan je je afvragen of die wel voldoende worden vergoed, anderen verdienen dan disproportioneel veel. Je moet zorgen dat de juiste verstrekkingen op de juiste manier worden vergoed. Als je dat niet doet, dan krijg je een deel dat zich onttrekt aan de tariefafspraken en dat supplementen vraagt. Hierdoor komt opnieuw die toegankelijkheid onder druk te staan. De zorgverstrekkers aan boord houden is essentieel. De uitdrukking 'vermaatschappelijking van de zorg' roept een dubbel gevoel op. Op zich is het goed dat men mensen op een positieve manier blijft betrekken bij zorg, de mantelzorgers of de familie die mee zorgt. Dat is een essentieel onderdeel voor die patiënt en het is ook belangrijk dat de patiënt goed omringd is. Maar de druk op die omgeving mag niet te groot worden. Je mag mensen niet overbelasten. Vermaatschappelijking van de zorg mag niet neerkomen op een trek-uw-planbenadering. Doe het zelf maar. Een voorzichtige aanpak is beter. Want niet iedereen heeft het geluk mantelzorgers om zich heen te hebben. De alleenstaanden, die hebben niemand en die moeten ook kunnen leven in een 'vermaatschappelijke' zorgverlening. Vanuit socialistisch oogpunt stel ik dat we een 'verkameraadschappelijking' van de zorg nodig hebben, waarbij we ervoor pleiten dat de inbreng van de overheid voldoende groot blijft.

LUC VAN GORP: 8,75 miljoen euro. Zoveel geld hebben de ministers Kris Peeters en Maggie De Block vrijgemaakt om zorgtrajecten uit te tekenen voor patiënten die lijden aan ouderdomsdiabetes. Binnen het totale budget van de ziekteverzekering is het geen immens bedrag, maar het staat wel symbool voor een trendbreuk in onze gezondheidszorg. Een trendbreuk waarvan wij met de ziekenfondsen sterk pleitbezorger zijn. Het geld gaat namelijk niet naar één enkele beroepsgroep. Het is bestemd voor alle zorgverleners in de eerste lijn die samen voor een betere begeleiding van diabe-

tespatiënten gaan. Voor patiënten die lijden aan een of meerdere chronische ziekten stopt het namelijk niet bij de diagnose door de arts. Wie lijdt aan diabetes moet soms ook een beroep doen op een kinesitherapeut, een thuisverpleegkundige, een diëtist, een apotheker of een podoloog. Als patiënt heb je er alle belang bij dat die verschillende zorgverleners zo veel mogelijk met elkaar afstemmen en dat je zelf de regie van je zorg in handen kunt houden. Aan de andere kant geven mensen de regie van hun zorg soms voor een stuk uit handen door onmiddellijk naar de spoeddienst te hollen als ze bijvoorbeeld in hun vinger hebben gesneden. De conclusies in een recent onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg waren alvast duidelijk. België telt niet alleen een uitzonderlijk groot aantal spoeddiensten, we maken er ook onnodig gebruik van. Veel patiënten die zich op spoed aanbieden, kunnen evengoed bij hun huisarts of huisartsenwachtpost terecht. Uit CM-onderzoek bleek al dat het aantal patiënten in spoeddiensten de jongste jaren telkens met 5 procent gestegen is. Twee derde van die patiënten kwam op spoed terecht zonder verwijfsbrief van hun arts. Dat betekent dat ze zelf het initiatief genomen hebben om naar het ziekenhuis te stappen in plaats van eerst bij hun huisarts langs te gaan. Dat heeft soms tot gevolg dat je als patiënt onnodige onderzoeken ondergaat. Het is als schieten met een kanon op een mug, met extra kosten voor de patiënt en de samenleving tot gevolg. Zorg ontstaat het beste vanuit de eerste lijn. Je huisarts is het beste geplaatst om je te begeleiden naar de zorg die je nodig hebt. Wij pleiten dan ook voor een verregaande samenwerking en een duidelijke taakverdeling tussen de bestaande en toekomstige huisartsenwachtposten en de spoeddiensten van ziekenhuizen. Daarbij kunnen spoeddiensten en huisartsenwachtposten op dezelfde site gevestigd zijn. Hoe dan ook moeten ze met elkaar afspraken maken over de doorverwijzing van patiënten. Om te voorkomen dat patiënten onnodig naar de spoeddienst trekken, zijn we voorstander van de verdere ontwikkeling van het centrale oproepnummer 1733. Dat moet begelei-

den naar de juiste hulpverlening. Vertegenwoordigers van huisartsen, spoedartsen, ziekenhuizen en ziekenfondsen zijn daarover voorstellen aan het uitwerken. We moeten alles in het werk stellen om op een verstandige manier van de beschikbare zorg gebruik te maken. Ook een huisarts kan perfect een wonde hechten.

“België telt niet alleen een uitzonderlijk groot aantal spoeddiensten, we maken er ook onnodig gebruik van.”

GEERT MESSIAEN: Het heersende klimaat van ongebreidelde besparingen dreigt de fundamenteën van onze gezondheidszorg aan te tasten. Wanneer steeds maar het mantra wordt ingepompt dat we ‘meer moeten doen met minder’, gaat men voorbij aan het morele dilemma dat het onmogelijk is om terzelfder tijd én kwaliteitsvol, én snel, én goedkoop te werken. Stop daarom het doemdenken dat de gezondheidszorg onbetaalbaar is! Ik heb er al jarenlang voor gewaarschuwd dat men de gezondheidszorg niet in de eerste plaats louter door een boekhoudkundige bril moet bekijken: gezondheid is nu eenmaal geen koopwaar en de gezondheidssector geen klassieke economische sector. Het is dan ook fout om de groeinorm voor de verzekering voor geneeskundige verzorging te verlagen met als voornaamste doel het dichtrijden van het begrotingsgat. Besparingen dienen te worden gezocht op andere terreinen, en uitwassen en verspillingen dienen bestreden te worden.

Zo dienen er meer middelen te worden vrijgemaakt om misbruiken te detecteren. Een jaarlijks te bepalen solidariteitspakket op basis van de behoeften kan volgens mij een oplossing bieden, op voorwaarde dat deze solidariteit zeer ruim en zeker niet beperkend of uithollend

is. Zoniet betekent dit dat we de poort openen naar een duale gezondheidszorg, zeg maar privatisering, waar enkel diegenen die het kunnen betalen nog verder zullen kunnen worden geholpen. Wat wél moet gebeuren, is dat we onze zorg meer zullen moeten heroriënteren naar chronische patiënten: verschillende ziekten die vroeger steevast dodelijk waren, zoals kanker en diabetes, evolueren naar chronische ziekten. Daarbij komt dat steeds meer mensen, naarmate ze ouder worden, aan verschillende aandoeningen tegelijkertijd lijden en ze dus hulp nodig hebben van verschillende specialisten. Ook daar moeten we ons beleid op richten. Dit betekent onder andere meer geïntegreerde gezondheidstrajecten. Twee belangrijke principes voor ons zijn solidariteit en vrijheid. Ik schrik soms van reacties van mensen waaruit blijkt dat de bereidheid tot solidariteit haast afwezig is. Ook keuzevrijheid vind ik heel belangrijk. Mensen moeten blijven kunnen kiezen naar welke arts ze willen gaan. Als bijvoorbeeld iemand voelt dat hij een hartaanval krijgt, kan hij beter meteen naar het ziekenhuis gaan. Dat is dan van levensbelang.

MAGDA HEEFFER

