

BVAS-persbericht : Rantsoenering van de zorg: een KCE-prioriteit – 10.03.2014

In verschillende (buur)landen (Groot-Brittannië, Nederland, de Scandinavische landen) is er rantsoenering van de zorg. Vaak zijn ouderen hiervan het slachtoffer, maar ook patiënten die aan ziektes lijden die veel geld opsorpen, of aan weesziektes of aan ziektes waarvoor ze zelf “verantwoordelijk” geacht worden (cirrose, longkanker, aids). Deze maatregelen hebben de uitgaven niet kunnen beteugelen en het is dus niet ondenkbaar dat het aantal patiënten dat niet de nodige zorg krijgt, alleen maar zal toenemen.

Men moet goed voor ogen houden dat een beslissing om geen zorg meer te verlenen gelijk staat met een terdoodveroordeling: de weigering om patiënten ouder dan 70 jaar met chronische nierinsufficiëntie te dialyseren leidt automatisch tot de dood. Tot op de dag van vandaag heeft België dit pad nog niet bewandeld, hoewel enkele jaren geleden de voorzitter van de Budgetcontrolecommissie van het RIZIV toegaf dat er in België al een impliciete rantsoenering bestond.

Op dit moment be vraagt het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) het grote publiek over de gezondheidskeuzes en –prioriteiten. Deze keuzes zullen als onmiddellijk gevolg hebben dat patiënten, die andere zorg nodig hebben dan deze die in de prioriteitenlijst is opgenomen, met zorgrantsoenering te maken zullen krijgen. Twintig jaar geleden had de Nederlandse televisie een spelprogramma bedacht waarbij kijkers uit drie patiënten er één mochten kiezen die recht had op zorg. Er was immers slechts voldoende budget voorzien voor één enkele patiënt. De kijkers mochten hen vragen stellen over hun leeftijd, hun genezingskansen, hun levensstijl, de duur en kwaliteit van hun overleving, hun sociale waarden, et cetera. Is deze aanpak, die nog uit het oertijdperk stamt, onvermijdelijk? Is die aanpak aanvaardbaar? Heeft de maatschappij een recht over leven of over dood van de meest zwakken onder hen?

Aan gezondheidszorg mag dan wel een prijskaartje hangen, de gemaakte kosten zijn ook een investering. Dat hebben de Nederlandse werkgevers goed begrepen toen ze eisten dat hun werknemers niet op de wachtlijsten voor zorg mochten terechtkomen. Herhaalde studies van het Planbureau hebben aangetoond dat de gezondheidszorg direct en indirect de grootste leverancier van werkgelegenheid is en dat de belastingen en taken vanuit deze sector de Staat ruim twee keer meer oplevert dan de kost van de gezondheidszorgen, tenminste in de hypothese dat de in deze sector actieve personen anders werkloos zouden zijn.

De politiek van rantsoenering is discriminatoir, onmenselijk en onverenigbaar met de medische ethiek. Geen enkel rantsoeneringscriterium is aanvaardbaar. Het is te begrijpen dat het gezondheidsbudget niet oneindig is en dat de vraag naar zorg blijft stijgen: de bevolking groeit (in 1960 waren er 9 miljoen Belgen, nu 11,1 miljoen), de bevolking verouderd, nieuwe technologieën zijn duur maar hun efficiëntie kan besparingen opleveren (door de ontdekking van streptomycine konden bv. alle sanatoria gesloten worden). Het is uiteraard de verantwoordelijkheid van de artsen om de middelen die ze ter beschikking hebben zo efficiënt en nuttig mogelijk in te zetten. De politieke verantwoordelijkheid bestaat er in om patiënten alle zorg die ze nodig hebben ter beschikking te stellen.

Als de sociale zekerheid er niet meer in slaagt de totaliteit van het benodigde budget te financieren, dan moeten patiënten zelf een grotere financiële inspanning leveren, die door private verzekeraars herverzekerd worden in verhouding tot hun inkomen zodat de toegankelijkheid tot de zorg niet in het gedrang komt van diegenen die het niet breed hebben. Jammer genoeg willen de mutualiteiten en de regering een heel andere weg inslaan. Ze verzetten zich tegen elke financiële inbreng vanuit de privéverzekeringen (door hun pijlen op de vrije honoraria, de “supplementen”, in de ziekenhuizen te richten). Ze staan trouwens vijandig tegenover alles wat privé is. Ze verhogen de uitgaven door het remgeld te verminderen of af te schaffen en door de regeling derde betaler voor een groot deel van de bevolking te verplichten. Deze cultuur van “alles is gratis” heeft een dubbele kost en werkt verspilling in de hand: enerzijds de onmiddellijke kost die het gevolg is van het terugbetalen van uitgaven waarvoor de terugbetaling eigenlijk minder noodzakelijk is omdat zij toch al gevat was in de maximumfactuur (MAF), en anderzijds de kost die het gevolg is van het feit dat patiënten zich minder en minder verantwoordelijk voelen voor de gezondheidskosten die op hen betrekking hebben.

Deze onverantwoorde politiek zal de uitgaven doen exploderen en zal vooral leiden tot de invoering van de rantsoenering.

Dr. Roland Lemye
Voorzitter BVAS