

NATIONALE ZIEKTEVERZEKERING EN HET RECHT OP GEZONDHEID

door Jozef VAN LANGENDONCK
Docent aan de Katholieke Universiteit te Leuven

1. In deze bijdrage wil voornamelijk aangetoond worden hoe een nationaal stelsel van ziekteverzekering verweven is met de erkenning van het recht op gezondheid. Het is onze bedoeling te argumenteren dat, in afwezigheid van een recht op gezondheid, de bestaande sociale verzekeringsstelsels voor gezondheidsverzorging kunnen worden beschouwd als overbodig. Omgekeerd hopen wij duidelijk te maken dat, indien men het recht op gezondheid erkent, de huidige stelsels nog ver verwijderd zijn van een volledige realisatie hiervan.

Recht op gezondheid is uiteraard een onnauwkeurige formulering. Men kan de ziekte niet buiten de wet stellen of de staat aansprakelijk stellen wanneer iemands recht op gezondheid is aangetast. Men dient te spreken van een *recht op bescherming van de gezondheid*. Erkenning van dit recht houdt in dat ieder burger dient beschermd te worden tegen aantasting van zijn gezondheid door besmetting, door schadelijke produkten, door voorkoombare ongevallen, enz. Het betreft hier een hele waaier van positieve maatregelen, die doorgaans gerekend worden tot de *volksgezondheidspolitiek*. Wanneer de burger dan toch ziek geworden is, moet hij toegang kunnen hebben tot noodzakelijke, voldoende en doelmatige gezondheidsverzorging, in de eerste plaats natuurlijk medische zorgen.

§ 1. Actualiteit van de vraagstelling

2. De fundamentele vraag is hier : bestaat het *recht op gezondheid*? Is de toegang tot medische zorgen en andere vormen van gezondheidsverzorging iets wat moet gegarandeerd worden aan eenieder die het nodig acht? Of is de gezondheidsverzorging een pakket van goederen en diensten zoals voeding, kleding, woning, d.w.z. levensnoodzakelijke produkten waarvan een minimum moet verzekerd worden aan eenieder die behoeftig is?

Deze vraag heeft nu een sterke actualiteitswaarde. De nationale systemen van ziekteverzekering bevinden zich in een crisis-toestand. De voortdurende zeer scherpe stijging van de kosten van geneeskundige verzorging in alle landen stelt de regeringen voor de oncom-

fortabele keuze, ofwel steeds meer geld te steken in dit bodemloos vat, ofwel de voordelen voor de verzekerden te verminderen. Reeds jaren houden zij het bij een bedenkelijk mengsel van de twee. Dit kan echter niet blijven duren. Structurele problemen eisen structurele oplossingen.

Er is maar één manier om de sociale verzekering voor gezondheidsverzorging werkelijk te saneren, en dat is de organisatie van het medisch bedrijf. Men stelle zich even voor dat alle ouders voor hun kinderen vrij wilden beslissen welke vakken zij zouden onderwezen worden, hoe dikwijls, en door wie, en dat alle onderwijzers vrij wilden bepalen wat zij onderwijzen, waar en hoe, en hoe zij ervoor betaald dienen te worden. Wellicht zou dit de kwaliteit van het onderwijs ten goede komen — dat zouden de onderwijzers alleszins hardnekkig voorhouden — maar het zou zeker onbetaalbaar zijn. Indien men behoorlijk onderwijs wil geven aan allen, moet het georganiseerd zijn.

Hetzelfde geldt *mutatis mutandis* voor de gezondheidsverzorging. De organisatievorm kan zeer verschillend zijn, zoals blijkt uit zulke uiteenlopende voorbeelden als de Zweedse gezondheidsorganisatie, de Britse Nationale Gezondheidsdienst en Amerikaanse voorafbetaalde groepspraktijken. Maar om gezondheidsverzorging voor iedereen te brengen moet er organisatie zijn, dat is duidelijk, zoniet staat men voor een kostenescalatie *ad infinitum*, waar geen financieringssysteem tegen bestand is.

De uiteindelijke vraag voor onze regeringen is dus : of zij de sociale ziekteverzekering willen voorzien van een goed uitgebouwde medische organisatie, of ze op termijn opheffen. Het belang van deze vraagstelling zal wel niemand ontgaan. In het eerste geval zal een situatie ontstaan waarin door de overheid georganiseerde geneeskunde de regel en privé-geneeskunde de uitzondering is. In het tweede geval krijgt men een voortzetting van de bestaande situatie, waarin de privé-geneeskunde overheerst en door de overheid georganiseerde gezondheidszorgen de uitzondering zijn, maar waarin de toegankelijkheid van de verzorging voor een aanzienlijk deel van de bevolking problematisch zal zijn.

§ 2. Rol van de overheid

3. Men dient wel voor ogen te houden dat ook in het geval waarin men gezondheidsverzorging behandelt zoals andere levensnoodzakelijke behoeften, in elk geval de overheid hierin een rol heeft te spelen. In al onze maatschappijvormen wordt het als een overheids-

plicht aangezien de behoeftige burgers van het noodzakelijke te voorzien. Dit houdt uiteraard in dat moet gezorgd worden voor gezondheidsverzorging, benevens een minimum-inkomen, voeding, kleding en onderdak. Lang vóór de ziekteverzekering ontstaan is werd reeds door private en openbare onderstand medische hulp geboden aan de noodlijdenden.

Velen nu zijn van gevoelen dat hier de rol van de overheid ophoudt. Een openbare bijstandsvoorziening dient alleen maar op afdoende wijze in de behoeften van de noodlijdenden te voorzien en de niet-behoeftigen moeten voor zichzelf instaan, eventueel met de hulp van privé-verzekering. Zo gebeurt het immers voor alle andere levensnoodzakelijke goederen en diensten, waarom dan niet voor de gezondheidszorgen?

De voornaamste argumenten ten voordele van deze zienswijze zijn als volgt samen te vatten :

- 1) de privé-verzekering zou nauwer aansluiten bij de wensen van de gezinnen dan de huidige sociale verzekering; zij zou immers de omvang van het verzekeringspakket, de mate van eigen risico, enz. aanpassen aan de wensen van de verzekeringnemer;
- 2) de concurrentie tussen de verzekeringsdragere zou leiden tot meer efficiëntie in het beheer, tot scherpere kostenbewaking en uiteindelijk tot besparingen voor de consument;
- 3) de aanwending van meer eigen-risico-bepalingen in de verzekeringscontracten zou de verzekerden ervan weerhouden voor kleinigheden een beroep te doen op de geneesheer; de totale uitgaven voor gezondheidszorg zouden dus lager komen te liggen;
- 4) het concentreren van de overheidstussenkost op degenen die zich werkelijk geen zorgen kunnen betalen zou aanzienlijke middelen vrijmaken om enerzijds deze openbare gezondheidsdienst voor de behoeftigen naar behoren uit te bouwen, en anderzijds in andere sectoren de overheidsactiviteit te financieren;
- 5) door eigen betaling en privé-verzekering wordt de zorg voor de gezondheid gelaten in het domein van de individuele verantwoordelijkheid, die al te veel wordt uitgehold door de *welvaartsstaat*.

Deze argumenten hoeven niet iedereen te overtuigen. Belangrijke tegenargumenten zijn bv. :

- 1) in de praktijk komt er van de besparingen door de privé-verzekering niet veel in huis. Men vergelijkte bv. in België de arbeidsongevallenverzekering, beheerd door privé-maatschappijen met 25 à 30 % administratiekosten, met de praktisch identieke beroepsziektenver-

zekering, beheerd door een overheidsdienst met 3 % administratiekosten. Men denke ook aan de Amerikaanse privé-verzekering voor gezondheidszorgen die veel meer uitgeeft om veel geringere prestaties te bieden dan de Britse nationale gezondheidsdienst;

2) door het fenomeen van de selectie en de anti-selectie — het eerste betekent dat de privé-verzekering de bestaande slechte risico's niet aanneemt, het tweede dat de beste risico's geen verzekering nemen — wordt de privé-verzekering relatief duur en komt zij het meest ten goede aan degenen die ze het minst nodig hebben;

3) privé-verzekering leidt vaak tot een versnelling van de kostenstijging in de gezondheidszorg. Het is immers zo dat de meeste mensen opteren voor een polis die alleen de zwaarste risico's dekt : chirurgie, specialistische verzorging, ziekenhuisverpleging. De behandelende geneesheer heeft de neiging eerder zulke dingen voor te schrijven waarvoor de patiënt verzekering heeft. Vandaar een verscherping van de tendens naar ziekenhuis- en specialistenverzorging.

4) privé-verzekering is versnipperd over vele firma's en instellingen. Dit bemoeilijkt de organisatie van het medisch bedrijf, wat nochtans de enige manier is om werkelijke kostenbesparingen te bewerkstelligen. Het is natuurlijk wel mogelijk om binnen één verzekeringsinstelling een medische organisatie op te zetten. In de V.S.A. zijn hiervan vele voorbeelden te vinden.

5) de privé-voorziening voor gezondheidszorgen biedt *in se* geen enkele waarborg voor de distributie van de zorgen en voor hun kwaliteit. Indien men door premies te betalen een recht op terugbetaling van medische onkosten heeft verworven, kan men hier niet veel mee aanvragen indien er in zijn streek geen medische infrastructuur is of indien de zorgen er van ondermaatse kwaliteit blijken te zijn.

§ 3. De minimale overheidsinterventie

4. Alle overheidsingrijpen in de sector van de gezondheidsverzorging is nog geen erkenning van het recht op gezondheid. De overheid kan er zich ook toe beperken als regulator op de markt van de gezondheidszorgen op te treden, zoals dat op andere markten gebeurt. In zulk geval is de overheidstussenkomst niet op de eerste plaats geïnspireerd door een bezorgdheid om de gezondheid van de burgers, maar veeleer door de economische orthodoxie. Men neemt aan dat medische zorgen, farmaceutische produkten, enz. gekocht en verkocht worden zoals andere goederen en diensten, waarvan de prijs en kwali-

teit bepaald worden door vraag en aanbod op de vrije markt. Maar verbruiker en producent kunnen slechts op voet van gelijkheid staan in een zg. perfecte markt, d.w.z. waar de vragers alle aanbiedingen kunnen vergelijken en vice versa. Deze perfecte markt bestaat nergens. Maar ze wordt zeker allerminst benaderd in de sector van de gezondheidszorgen, waarin de verbruiker bijna blindelings moet aanvaarden wat hem door de producent wordt voorgeschoteld.

De opdracht van de overheid is dan het evenwicht tussen de partijen te herstellen. Hiervoor zijn een aantal groepen van maatregelen nodig.

In de eerste plaats moet de overheid controle voeren over de bekwaamheid van de zorgenverstrekkers en over hun instrumentarium en hun uitrusting. Dit kan immers onmogelijk door de verbruiker beoordeeld worden. Het is duidelijk dat deze controle niet alleen bij de toegang tot het beroep, maar ook op regelmatige tijdstippen daarna dient te worden uitgevoerd.

Eenzelfde controle is nodig te aanzien van de instellingen die medische zorgen verstrekken (ligging, bouw, personeelsbezetting, uitrusting, organisatie...) en ten aanzien van de producenten van produkten die voor de gezondheidsverzorging worden aangewend (waarborgen voor doeltreffendheid van de produkten en voor de afwezigheid van schadelijke effecten).

Een analoge controle is bovendien nodig ten aanzien van de kwaliteit van de diensten en de produkten, die door de verbruiker niet kunnen worden gecontroleerd. Een of ander systeem van regelmatig toezicht door geneesheren lijkt hier onafwendbaar. Het moet op zulke manier zijn georganiseerd dat het de verbruiker het vertrouwen kan geven dat alle diensten die hem worden verstrekt en alle produkten die hij zich aanschaft van deugdelijke kwaliteit zijn.

De overheid dient ook maatregelen te nemen tegen monopolievorming en tegen misbruik van economische machtspositie, wat in deze sector verre van denkbeeldig is. Vooral de groeperingen van geneesheren bezondigen zich wel eens aan prijsopdrijvende afspraken of aan blokvorming om goedkoper werkende collega's uit de markt te houden. Indien men wil genieten van de voordelen van de vrije markt, moet men ook de spelregels ervan respecteren.

Tenslotte dient de overheid een voldoende voorlichting van de verbruiker te organiseren. Deels kan zij dat zelf op zich nemen, deels zal dit ook als verplichting moeten opgelegd worden aan de producenten van gezondheidszorgen. Dezen moeten de verbruikers alle inlichtingen geven die hun keuze kunnen beïnvloeden, en o.m. de prij-

zen bv. door aan te geven waar en wanneer gewerkt wordt aan ziekenfondstarieven.

Indien de overheid al deze taken stipt uitvoert — zoals zij het in sommige andere sectoren wel vrij goed doet — dan lijkt een privévoorziening van gezondheidszorgen, aangevuld met een overheidsdienst voor de behoeftigen, veel beter verdedigbaar. Wel behouden de tegenargumenten grotendeels hun waarde, maar het staat eenieder vrij meer belang te hechten aan de argumenten pro.

§ 4. Tenzij ... toch recht op gezondheid

5. De taak van de overheid wordt echter aanzienlijk ruimer indien men van oordeel is dat zij de burgers het recht op bescherming van de gezondheid moet garanderen. Al het voorgaande is hierin uiteraard begrepen : indien de burger recht op gezondheid heeft moet hij kunnen weten dat de overheid de bekwaamheid van de zorgenvestrekkingen en de kwaliteit van de diensten en produkten in de gezondheidszorg controleert, moet hij beschermd worden tegen monopolievorming en misbruik van economische machtspositie van de zorgenvestrekkingen en moet hij voldoende voorlichting krijgen over de zorgenvestrekkingen tot wie hij zich wil wenden.

Maar hier komt dan nog heel wat bij. De overheid moet ook de toegang garanderen tot de zorgen die voor het behoud of het herstel van de gezondheid noodzakelijk zijn, en zij moet erover waken dat deze zorgen doeltreffend en voldoende zijn.

Dit houdt in dat de verstrekking van gezondheidszorgen in een zeker organisatie-verband wordt gevat, waardoor het mogelijk wordt te garanderen dat overal waar nodig, de aangepaste verzorging inderdaad beschikbaar zal zijn. In de eerste plaats slaat deze organisatie op de allokatie van de medische kabinetten, ziekenhuizen, en andere punten van zorgenvestrekking. Er kan natuurlijk niet worden geduld dat het grootste deel van de vestrekkingen in de hoofdstad geconcentreerd zou zitten, terwijl bepaalde delen van het land bijna zonder medische infrastructuur zouden blijven. Indien het werkelijk niet mogelijk is bepaalde gespecialiseerde zorgen binnen een redelijke afstand van de woonplaats van de patiënt te verstrekken, dan dient de overheid zeker een betrouwbaar en snel transportmiddel te voorzien. In de tweede plaats gaat het hier over de organisatie van de dienstverlening zelf. Dringende hulp van alle aard moet ook tijdens de nacht, de week-ends en de vakantieperioden beschikbaar zijn. Ook mag de toegankelijkheid van een medisch kabinet, een tandarts of een zieken-

huis voor de patiënt niet gehinderd worden door lange wachttijden. De overheid dient zich natuurlijk niet met geheel deze organisatie tot in de details in te laten. Dit kan best aan de betrokkenen zelf worden overgelaten. Het belangrijke is dat de overheid erover waakt dat deze organisatie ook werkelijk gebeurt, en dat zij voor de gebruikers voldoening schenkt.

De verruimde overheidsverantwoordelijkheid omvat tevens de plicht om de betrekkingen met de verstreckers van zorgen op zulke wijze te regelen, dat zij de verplichting opgelegd krijgen om voldoende en doeltreffende zorgen te bieden aan degenen die ze nodig hebben. Uiteraard moet een betrouwbare controle-instantie voorzien worden bij dewelke alle burgers met eventuele klachten terecht kunnen.

6. Onder het huidige statuut van de zorgenverstrekkers in België, is het allesbehalve duidelijk of de geneesheren, ziekenhuizen, apothekers en andere zorgenverstrekkers deze verplichting hebben. Wel bestaat er een artikel in het strafwetboek dat het weigeren van hulp aan een persoon in gevaar bestraft, maar dit gaat heel wat minder ver. Men kan immers medische zorgen nodig hebben zonder „in gevaar” te zijn. Ook is de sanctionering niet adequaat. De burger heeft de keuze : ofwel dient hij een klacht in bij het parket op basis van het strafwetboek, wat slechts in extreme gevallen mogelijk is, ofwel richt hij zich op basis van de medische deontologie tot de Orde van Geneesheren. Deze kan echter bezwaarlijk aanzien worden als een betrouwbare controle-instantie, vermits zij tegelijkertijd beroepsvereniging van de geneesheren is.

Nochtans is een dergelijke verplichting voor de zorgenverstrekkers een *conditio sine qua non* voor een erkenning van het recht op bescherming van de gezondheid. Wat baat het immers allerlei controles in te richten over de bekwaamheid van de verstreckers en over de kwaliteit van de zorgen, wat baat het aanwezigheid te verzekeren van toegankelijke verzorging in de nabijheid van de woonplaats van de patiënt, indien deze door de zorgenverstrekker op willekeurige wijze kan afgewezen worden? Misschien zal dit in de praktijk niet veel voorkomen, maar dat is hier geen argument. Het gaat om een recht, dat moet gevrijwaard worden. Juist in het uitzonderlijke geval dat het recht wordt gekrenkt, moet het juridisch duidelijk genoeg geaffirmeerd zijn opdat de burger zijn aanspraken zou kunnen laten gelden.

7. Een laatste consequentie van het *recht op gezondheid* ligt op het gebied van de financiering van de gezondheidszorg. Al het voorgaande

is nutteloos, indien uiteindelijk de burger toch moet verzaken aan de verzorging die hij behoeft, omdat hij ze niet kan betalen. Een financieringsmethode moet door de overheid ontworpen worden op zulke manier, dat eenieder de normale zorgen kan bekomen die voor zijn toestand noodzakelijk zijn.

Het volstaat niet, zoals liberale economen voorhouden, aan steunverlening te doen voor de behoeftigen. Het is duidelijk dat ook niet-behoeftigen grote moeilijkheden kunnen ondervinden om hun medische verzorging te betalen. Door de ontwikkeling van de medische wetenschap en techniek, en door vele andere oorzaken, worden gespecialiseerde geneeskundige zorgen steeds duurder. De tijd is niet ver meer dat één dag in een ziekenhuis het maandloon van een arbeider zal kosten. Sommigen stellen renteloze of goedkope leningen voor, om hoge rekeningen over een zekere periode te spreiden. Dit kan echter niets helpen in het geval van langdurige ziekte, waardoor de financiële draagkracht van het gezin voor lange tijd wordt ondermijnd. Ook privé-verzekering kan hier geen afdoend antwoord bieden. Precies voor de categorie die in de V.S.A. „medically indigent” wordt genoemd, d.i. niet-behoefstig behalve in geval van ziekte, is privé-ziekteverzekering te duur. Uit de Amerikaanse ondervinding blijkt dat deze — zeer ruime — categorie slechts bij machte is een sterk onvoldoende verzekering te nemen, die geenszins als een beveiliging kan gelden tegen de financiële gevolgen van ernstige ziekte of ongeval.

De enige afdoende oplossing bestaat erin de kosten van medische verzorging voor grote groepen van de bevolking, en liefst voor de gehele bevolking te solidariseren, en ze te spreiden volgens draagkracht. Dit kan gebeuren op vele manieren, maar alle nemen zij noodzakelijkerwijze de vorm aan van een of andere sociale verzekering of openbare gezondheidsdienst. Het onderscheid tussen de twee heeft hier weinig belang. Indien aan de hiervoor opgesomde taken van de overheid is voldaan zal dit onderscheid trouwens vervagen. Het essentiële is dat het recht op (bescherming van de) gezondheid een sociale verzekering of een openbare dienst voor gezondheidsverzorging impliceert.

§ 5. Politieke vraag

8. De belangrijke vraag blijft nog : bestaat het recht op bescherming van de gezondheid nu of niet? In België staat het niet in de grondwet, noch in enige positieve tekst. Het kan echter wel in allerlei wetgeving impliciet vervat liggen. Ook kan men vanuit het natuurrecht,

of vanuit allerlei ethische en filosofische redeneringen tot het bestaan van dit recht komen.

Het lijkt ons dat het al of niet bestaan van zulk recht in hoofde van de burgers van een gegeven nationale gemeenschap in wezen een politieke beslissing is. De burgers hebben dit recht indien de politieke gezagsdragers menen dat zij dit dienen te hebben. Bij gebrek aan duidelijke beslissing zal uit allerlei deelbeslissingen blijken dat zij dit recht hebben tot op zekere hoogte en vanaf een zeker niveau niet meer, omdat de politieke gezagsdragers wetgeving in die zin hebben gemaakt. Hoever het recht op gezondheid in België in feite bestaat kan men wel uitmaken door de actuele wetgeving naast de hierboven opgesomde criteria te leggen. Welk het antwoord van de wetgever zou zijn indien de vraag naar het recht op gezondheid ondubbelzinnig zou worden gesteld, kan niet zomaar worden voorspeld.