

VLAAMSE HOSPITALISATIEVERZEKERING

Een Vlaamse aanvullende zorgverzekering
Een Vlaamse oplossing voor een te dure hospitalisatieverzekering

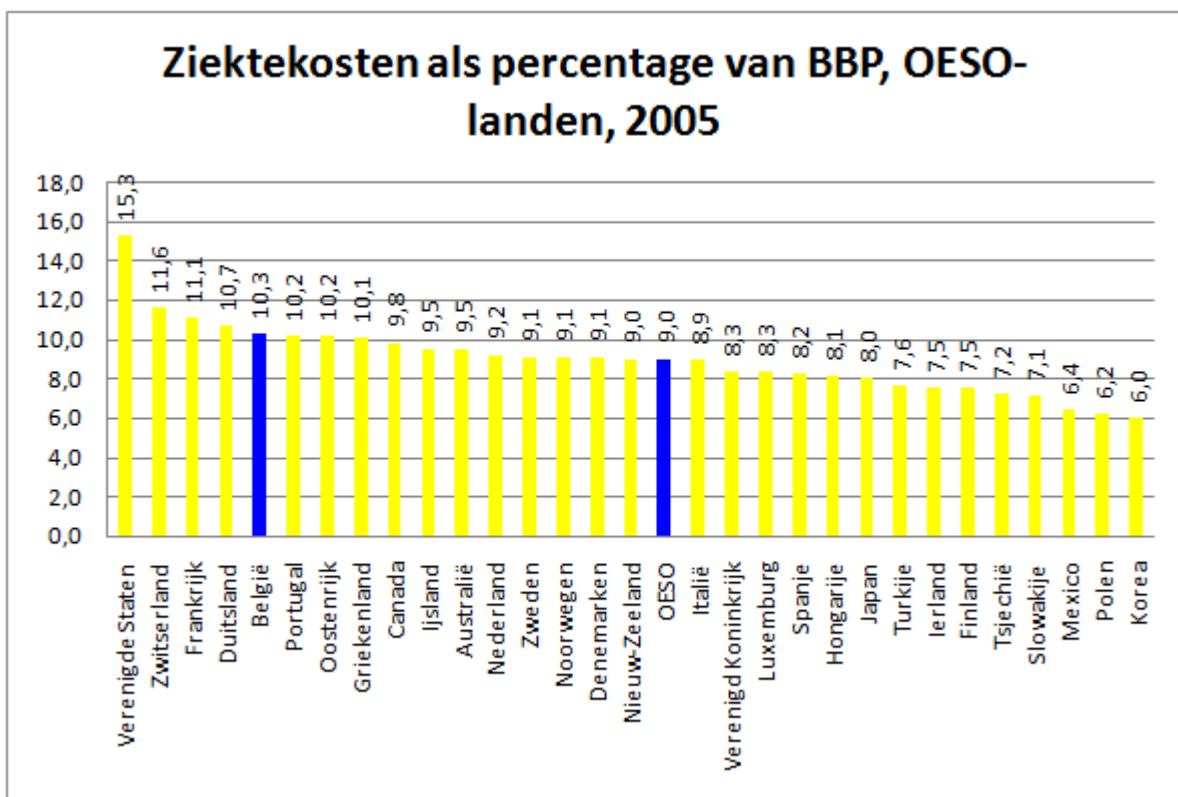
Dr. Louis Ide
N-VA Senator

23 maart 2009

I. ONZE ZORG: DE BETAALBAARHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Het debat over de betaalbaarheid van de gezondheidszorg wordt in België al jarenlang onder het tapijt weggemoffeld. Het is echter belangrijk dat dit debat wordt gevoerd.

Nu al betaalt **de patiënt 28% tot 30% van de gezondheidszorg** (afhankelijk van de bron: WHO of OESO) **uit eigen zak**. In 2005 bedroeg het gedeelte dat door de patiënt betaald werd 28,6% volgens de WHO¹. Als men even kort door de bocht rekent: het BNP van België bedraagt ongeveer 346 miljard euro. 10,3% daarvan gaat naar gezondheidszorg (zie tabel 1)², dat maakt 35,6 miljard euro voor gezondheidszorg. Het komt er dus op neer dat **de patiënt zelf instaat voor 9.9 miljard in de gezondheidszorg op jaarbasis** of het stevige bedrag van **932 euro per persoon**³.



Tabel 1: Ziektekosten als percentage van BBP (OESO-landen, 2005)

In tabel 2 vallen vooral de verschillen op met de Scandinavische landen, die nochtans eenzelfde demografisch karakter hebben en - nog belangrijker - een vergelijkbare belastingsdruk. In de Scandinavische landen Denemarken, Noorwegen en Zweden betaalt men systematisch minder dan 20% uit eigen zak. **Opnieuw combineren we in dit land**

¹ http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=bel&indicators=nha , laatst geconsulteerd op 4 februari 2009

² <http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=458&querytype=view&lang=en> , laatst geconsulteerd op 4 februari 2009

³ 9,9 miljard euro / 10.666.866 Belgen = 932 euro per persoon

het slechtste van twee werelden: lage sociale voorzieningen met hoge belastingen.

Land	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Duitsland	76,2	81,6	80,8	80,1	79,8	79,7	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9
Australië	67,1	66,7	67,8	67,3	70,0	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5	
Oostenrijk	73,5	71,5	75,5	75,7	76,1	75,9	75,7	75,4	75,3	75,6	75,7
België		78,5	76,8	76,3	76,1	76,0	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3
Canada	74,5	71,4	70,3	70,7	70,0	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,3
Denemarken	82,7	82,5	82,3	82,0	82,2	82,4	82,7	82,9	84,2	84,3	84,1
Spanje	78,7	72,2	72,5	72,2	72,0	71,6	71,2	71,3	70,3	70,9	71,4
Verenigde Staten	39,4	45,3	45,1	44,0	43,5	43,7	44,6	44,7	44,5	44,7	45,1
Finland	80,9	75,6	76,1	76,3	75,3	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8
Frankrijk	76,6	78,6	78,6	78,6	78,4	78,3	78,3	78,6	79,4	79,4	79,8
Ierland	71,7	71,8	73,7	73,5	72,7	72,9	73,6	75,6	76,7	78,2	78,0
Italië	79,5	70,8	70,8	70,4	70,7	72,5	74,6	74,5	74,7	75,8	76,6
Japan	77,6	83,0	81,5	80,8	81,1	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	
Luxemburg	93,1	92,4	92,5	92,4	89,8	89,3	87,9	90,3	90,3	90,2	90,7
Noorwegen	82,8	84,2	81,3	82,2	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,6
Nieuw-Zeeland	82,4	77,2	77,3	77,0	77,5	78,0	76,4	77,9	78,3	77,2	77,4
Nederland	67,1	71,0	67,8	64,1	62,7	63,1	62,8	62,5			
Portugal	65,5	62,6	65,7	67,1	67,6	72,5	71,5	72,2	73,3	72,0	72,3
Verenigd Koninkrijk	83,6	83,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83,0	83,4	85,6	86,3	87,1
Zweden	89,9	86,6	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,1	85,4	84,6	84,6
Zwitserland	52,4	53,8	55,2	54,9	55,3	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,7

Tabel 2: Aandeel van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg (OESO)

Ter informatie: in Baskenland beschikt men over een zeer performante en kwalitatieve gezondheidszorg en besteedt men slechts een goede 6% van zijn BRP (Bruto Regionaal Product) voor iets meer dan 2 miljoen Basken⁴.

⁴ <http://www.n-va.be/gezondheidsbezorgd>, laatst geconsulteerd op 13 maart 2009

II. EEN DEBAT DAT STELSELMATIG UIT DE WEG WORDT GEGAAN...

De betaalbaarheid van de gezondheidszorg komt onder druk te staan. Zoveel is duidelijk. Het debat hierover is recent slechts één keer structureel aan de oppervlakte komen bovendrijven. Aanleiding hiervoor zijn de steeds duurdere premies voor hospitalisatieverzekeringen.

Hospitalisatieverzekeringen zijn een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg. Niettemin moet opgemerkt worden dat ze **slechts 10% vertegenwoordigen van de private uitgaven inzake gezondheidszorg in 2005. Ondertussen is dit evenwel fors toegenomen. (zie tabel 3).**

In miljoenen euro	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Gemiddelde jaarlijkse groei
Patiënten	4328,71	4247,34	4793,03	5138,09	5052,71	5400,18	4,52%
	80,43%	78,57%	79,18%	78,57%	77,04%	77,34%	
Werkgevers	99,58	100	100,42	100,84	101,26	101,69	0,42%
	1,85%	1,85%	1,66%	1,54%	1,54%	1,46%	
Privé-verzekeringen	392,17	453,27	529,25	586,84	641,77	713,17	12,71%
	7,29%	8,38%	8,74%	8,97%	9,78%	10,21%	
Ziekenfondsen: aanvullende verzekeringen	561,32	605,47	630,8	713,55	763,12	767,74	6,46%
	10,43%	11,20%	10,42%	10,91%	11,63%	10,99%	
Totaal van de privé-financiering	5381,78	5406,08	6053,5	6539,32	6558,86	6982,78	5,35%

Tabel 3: Overzicht privé-financieringsbronnen van de gezondheidsuitgaven (Assuralia 2007)

Het debat over de hospitalisatieverzekering is dus maar een onderdeel van het globale debat over de gezondheidszorg. Er is in de politieke, medische, sociale en financiële wereld veel te doen om de stijgende premies van deze hospitalisatieverzekeringen. Vaak is het onduidelijk op welke parameters de stijgende premies zijn gebaseerd. Het debat van de hospitalisatieverzekeringen is dus ook een exponent van een veel diepgaander en complexer probleem.

Hoe je het ook draait of keert, de introductie van de hospitalisatieverzekering in de gezondheidszorg is een vorm van **privatisering in de gezondheidszorg**. Los van het feit of men nu voor of tegen een (gedeeltelijke) privatisering is in de gezondheidszorg, men moet het **maatschappelijk debat daarover voeren**.

We kunnen niet toestaan dat er geen debat komt en dat we dezelfde weg opgaan als in de pensioenuitkeringen waarbij mensen uiteindelijk hoge belastingen moeten betalen, daarvoor weinig terugkrijgen en uiteindelijk zichzelf verplicht zien zelf in te staan voor fundamentele voorzieningen zoals gezondheid of de zorg voor de oude dag.

Gevolgen van een debat dat niet gevoerd wordt: de pensioenen

Helaas kunnen we stellen dat de sluipende privatisering van de **pensioenen** al lang een feit is. **Het debat is nooit fundamenteel gevoerd.** Dit leidt tot volgende situatie, zoals blijkt uit onderstaand artikel uit De Standaard van 5 maart 2009: **in België zijn de pensioenen laag, doch de (meeste) gepensioneerden zijn welvarend. Maar omdat hij zelf voor zijn pensioen moet zorgen is er ook veel armoede onder de ouderen.**

"Onderzoekscijfers van Covive, het academisch Consortium Vergrijzing in Vlaanderen en Europa, tonen aan dat de Belgen en de Vlamingen inderdaad bij de laagste pensioenen hebben in Europa. Het gemiddeld pensioen bedraagt hier ongeveer 12.000 euro (2005), terwijl dat in vergelijkbare landen 14.000 tot 18.000 euro is. Dat is ook zo in relatieve cijfers: het bedraagt maar 56 procent van het gemiddeld inkomen van de totale bevolking, terwijl dat in vergelijkbare landen tussen 65 en 85 procent ligt. Als gevolg daarvan is het aandeel ouderen met een pensioen dat beneden de Europese armoedegrens ligt (60 procent van het mediaan inkomen, berekend per land of regio), hier ook hoog: bijna 30 procent in Vlaanderen, 22 procent in België. In vergelijkbare landen is dat minder dan 15 procent."⁵

Het is nog niet helemaal duidelijk waar Covive het cijfer van 30% armoede in Vlaanderen haalt. Voor wat betreft België is 22% nagenoeg correct. Uit de Eurostat-tabellen kunnen we immers aflezen dat het om 23% gaat voor 2007. Maar wanneer we de statistieken van OASeS (UA) raadplegen, valt het op dat Vlaanderen niet aan 30% zit, maar aan 23,1% voor mensen van 65 en ouder⁶. **In ieder geval blijft de these gelden dat veel ouderen met armoede te kampen krijgen eens ze op pensioen gaan.**

De sluipende privatisering in de pensioensector is al zo ver gevorderd dat die strijd wellicht verloren is. Het wettelijk pensioen is nu al bij de laagste van heel Europa. Als we nog langer wachten, gebeurt hetzelfde met de gezondheidszorg en evolueren we naar Amerikaanse toestanden. Net nu tracht president Obama daar iets aan te doen. Wanneer dit scenario zich in de gezondheidszorg zou ontplooiën zou het nog pijnlijker kunnen worden.

De overheid liet oogluikend de introductie van de hospitalisatieverzekeringen toe. **De ziekenfondsen sprongen gretig mee op de kar, waarmee ze zich impliciet op de private markt begeven en de sluipende privatisering van de gezondheidszorg stimuleren.**

Een uitspraak van de Europese Commissie stelt recentelijk dat de hospitalisatieverzekeringen van ziekenfondsen de private verzekeraars discrimineren. Voor de Europese Commissie moeten voor iedereen in de sector dezelfde regels gelden⁷. **Hiermee bekijkt Europa de ziekenfondsen met dezelfde ogen als de private verzekeraars.**

⁵ De Standaard, 5 maart 2009

⁶ http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=*OASES&n=21965&ct=016213&e=t35887 , laatst geconsulteerd op 13 maart 2009

⁷ De Tijd, 9 mei 2008

III. ... EN EEN DEBAT DAT HET ZONLICHT NIET KAN VERDRAGEN

De private verzekeraars hebben vanzelfsprekend slechts één doel. Ze brengen geen hospitalisatieverzekering op de markt uit altruïsme. Ze willen winst maken. In die zin zullen zij ook **de meest lucratieve klanten trachten aan te spreken**, lees: jonge gezonde mensen. Ook ziekenfondsen die zich op deze markt begeven, maken gebruik van deze techniek die door het leven gaat onder de noemer van "risicoselectie" .

Dit heeft perverse effecten. Vrouwen en mannen krijgen andere premies voorgeschoteld. En sommige mensen (zoals de genezen verklaarde kankerpatiënt) vallen uit de boot en krijgen geen hospitalisatieverzekering. Voor wat betreft de eerste categorie (vrouwen en mannen) speelt de antidiscriminatiewet. Voor de tweede categorie (genezen verklaarde patiënt) dienden **Helga Stevens en Louis Ide** een wetsvoorstel in.⁸

Zoals reeds vermeld zijn vooral de **grote premiestijgingen** van de hospitalisatieverzekeringen velen een doorn in het oog. **Vooral voor oudere mensen kan dit een probleem opleveren.** Van de ene dag op de andere moeten zij zelf een hospitalisatiepolis kopen. Als werknemer konden ze terugvallen op een gratis verzekering die deel uitmaakte van hun verloning. Daarbij worden ze geconfronteerd met een hoge premie omdat zij een groter risico zijn voor de verzekeringsmaatschappijen. Bovendien zijn, zoals hierboven al vermeld, de pensioenen in België relatief gezien al bij de laagste van Europa, volgens OESO-cijfers⁹.

Ook de problematiek van de **steeds stijgende ziekenhuiskosten** speelt een rol. In de praktijk blijkt dat **hogere tarieven** worden aangerekend wanneer patiënten over een **hospitalisatieverzekering blijken te beschikken**. Dat kan niet de bedoeling zijn. De kosten voor verzekeraars stijgen dan alleen maar, en dit wordt vroeg of laat toch aan de patiënt doorgerekend. Dit is **een vicieuze cirkel**, waarbij ook de **erelonen** en de **onderfinanciering van ziekenhuizen** een rol speelt. Vaak zijn de **hogere tarieven die verhaald worden op de patiënt (of hospitalisatieverzekering) een absolute noodzaak voor het financieren van een ziekenhuis**. Test Aankoop kaart terecht aan dat de verzekeraars driest optreden, maar dit is slechts een deel van het verhaal.

Zo is het bizar dat ereloonsupplementen en kamersupplementen grondig verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. Waarom vraagt het ene ziekenhuis 100€ kamersupplement per dag en het ander 20€. Waarom worden er, voor eenpersoonskamers, ereloonsupplementen tot 400% aangerekend in het ene ziekenhuis en slechts 100% in het andere ziekenhuis? Waarom rekenen sommigen ereloonsupplementen aan voor tweepersoonskamers?

Vragen die om een antwoord schreeuwen ...

⁸ Senaat, stuk 4-1224, Wetsvoorstel ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie met het oog op de invoering van een verbod op segmentering op basis van handicap of gezondheidstoestand in het verzekeringswezen

⁹ http://www.oecd.org/statisticsdata/0,3381,en_2649_34757_1_119656_1_1_37411,00.html , laatst geconsulteerd op 13 februari 2009

IV. EEN COMMUNAUTAIRE ANGEL VAN FORMAAT

Dokter Louis Ide en zijn medewerker trokken daarom op onderzoek uit om de waarheid te achterhalen. Gedurende twee volle dagen vroegen ze de gegevens op van elk ziekenhuis. Ziekenhuis per ziekenhuis werd ingevoerd in de rekenmodule van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Eén na één werd geverifieerd, gecontroleerd en nagerekend. De lijst van de ziekenhuizen van het RIZIV werd kritisch bekeken en waar nodig gecorrigeerd. Lijsten die nochtans beschikbaar zijn, konden ze immers niet op de kop tikken. Ze werden niet zomaar vrij gegeven. **Maar uiteindelijk kreeg de N-VA een zicht op de ereloon- en kamersupplementen van de Belgische ziekenhuizen.** Enkele resultaten zijn worden duidelijk in de volgende tabellen en grafieken (tabel 4 t.e.m. 9).

De tabellen 4 en 5 hieronder geven alvast een zicht op de verschillende gemiddelden, zowel voor ereloon-supplementen als voor kamersupplementen, beide voor eenpersoonskamers.

Gemiddelden Ereloon-supplementen	België	Brussel	Wallonië	Vlaanderen
Algemene ziekenhuizen zonder universitaire	147%	286%	168%	105%
Universitaire ziekenhuizen	207%	250%	200%	167%
Alle ziekenhuizen	152%	280%	169%	108%

Tabel 4: Gemiddelde Ereloon-supplementen eenpersoonskamers

Gemiddelde Kamersupplementen	België	Brussel	Wallonië	Vlaanderen
Algemene ziekenhuizen zonder universitaire	€ 35,86	€ 69,74	€ 37,72	€ 27,38
Universitaire ziekenhuizen	€ 74,35	€ 100,43	€ 37,18	€ 60,67
Alle ziekenhuizen	€ 38,16	€ 75,88	€ 37,71	€ 29,05

Tabel 5: Gemiddelde Kamersupplementen eenpersoonskamers

De cijfers spreken voor zich. Als **de kloof tussen Vlaanderen en Franstalig België** al niet nog groter is, is dit dus duidelijk te "danken" aan de Vlaamse universiteiten, die gemiddeld hogere supplementen aanrekenen dan de algemene ziekenhuizen.

Universitaire ziekenhuizen hebben nochtans een voorbeeldfunctie als opleidingcentra. Universitaire ziekenhuizen kregen trouwens extra middelen van de overheid, in ruil moesten ze supplementen op tweepersoonskamers schrappen. Toch blijven de supplementen voor eenpersoonskamers in de Vlaamse universiteiten hoog. Indien de universiteit omwille van haar specifieke opdracht (opleiding en tertiaire functie) meer financiële middelen nodig heeft moet dit eigenlijk van o.a. O&O komen en niet uit de ziekteverzekering. Dit is dus ook een pleidooi voor meer transparantie en tegen kruissubsidiëring.

Opvallend is ook dat in Vlaanderen er in een aantal ziekenhuizen voor tweepersoonskamers ereloon-supplementen worden aangerekend (50%). In Wallonië is de regel: ofwel niet ofwel 100%. In Brussel gaat men vlotjes boven de 100% voor tweepersoonskamers.

Het **Institut Bordet** bijvoorbeeld, het stokpaardje van minister Onkelinx en haar nationaal Kankerplan, krijgt nu al extra geld (om en bij **de 40 miljoen euro**) voor de uitvoering van dit kankerplan¹⁰. In het Institut Bordet slaagt men er ondertussen in ereloonsupplementen van **300%** en bijzonder hoge kamersupplementen van **130 euro per dag te rekenen**.

Opvallend is ook dat de Vlaamse artsen en ziekenhuizen beschikken over voldoende **verantwoordelijkheidszin**. Dit staat in schril contrast met de Franstalige artsen en ziekenhuizen. Het is frappant te moeten vast stellen dat Vlaamse artsen en Vlaamse ziekenhuizen zichzelf reguleren zonder dat de overheid hen dit moet opleggen. De Franstaligen daarentegen...

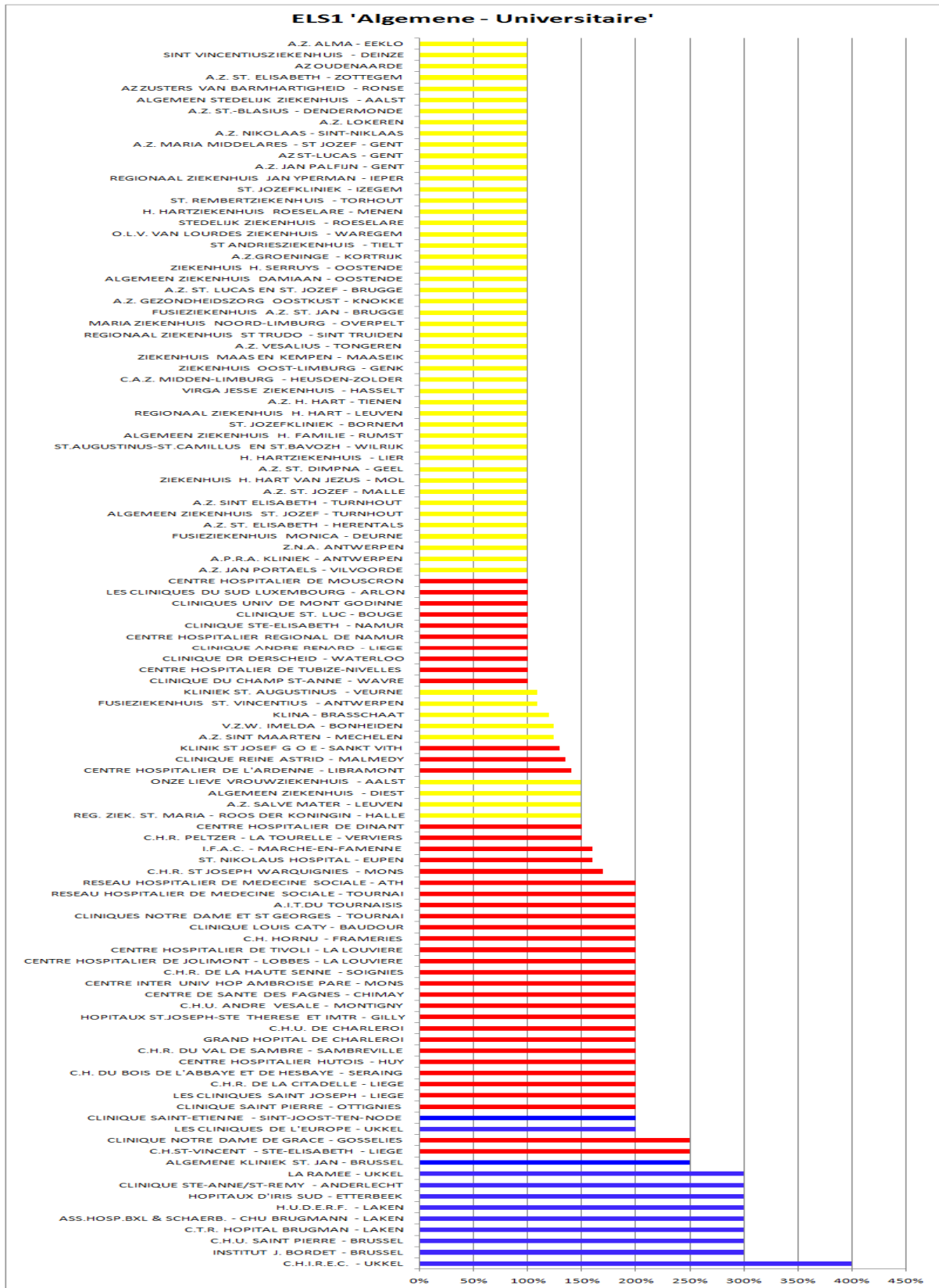
Een groot deel van de problematiek van de stijgende premies zowel in de hospitalisatieverzekeringen als het overschrijdende budget in de gezondheidszorg in het algemeen ligt dus ten zuiden van de taalgrens.

Maar niemand wil het gezien hebben! Zeker niet die mensen die nochtans over de volledige lijsten (met alle supplementen per ziekenhuis) beschikken en door middel van hun "studiediensten" de oorzaken hiervan op het oppervlak kunnen brengen. Zo slagen de Socialistische Mutualiteiten erin om in de laatste editie van hun blad Intervisie (eerste trimester 2009) de problematiek van de ereloonsupplementen aan te kaarten maar verzuimen ze de communautaire kloof bloot te leggen. Dit schuldig verzuim is ontoelaatbaar: ze zetten hun eigen leden, de zwakkere er mee in de kou. **De patiënt heeft immers recht op correcte informatie!**

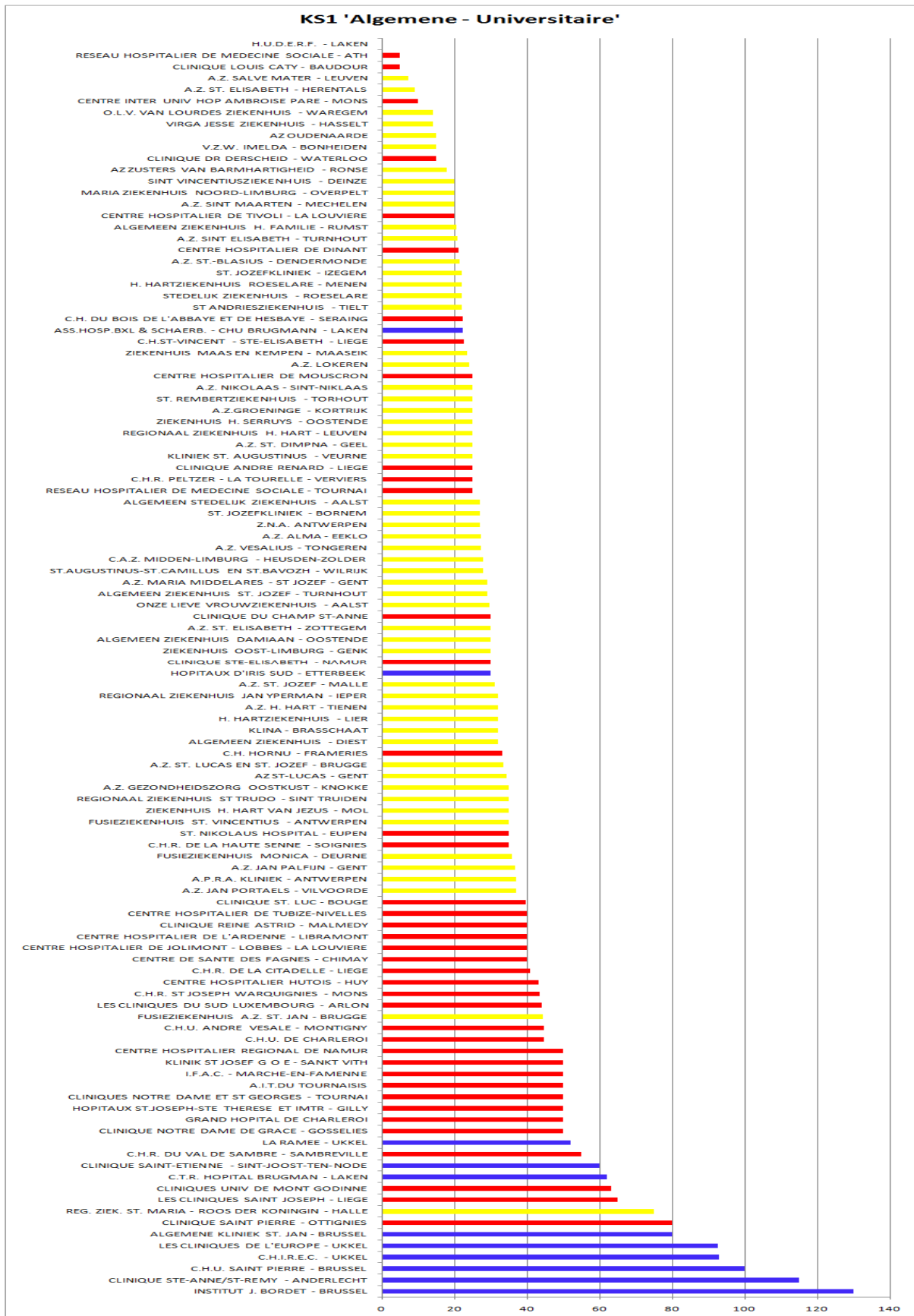
¹⁰ <http://www.brusselnieuws.be/artikels/stadsnieuws/federaal-geld-voor-kankercentrum-new-bordet/?searchterm=bordet>, laatst geconsulteerd op 13 maart 2009

DETAIL BEREKENINGEN

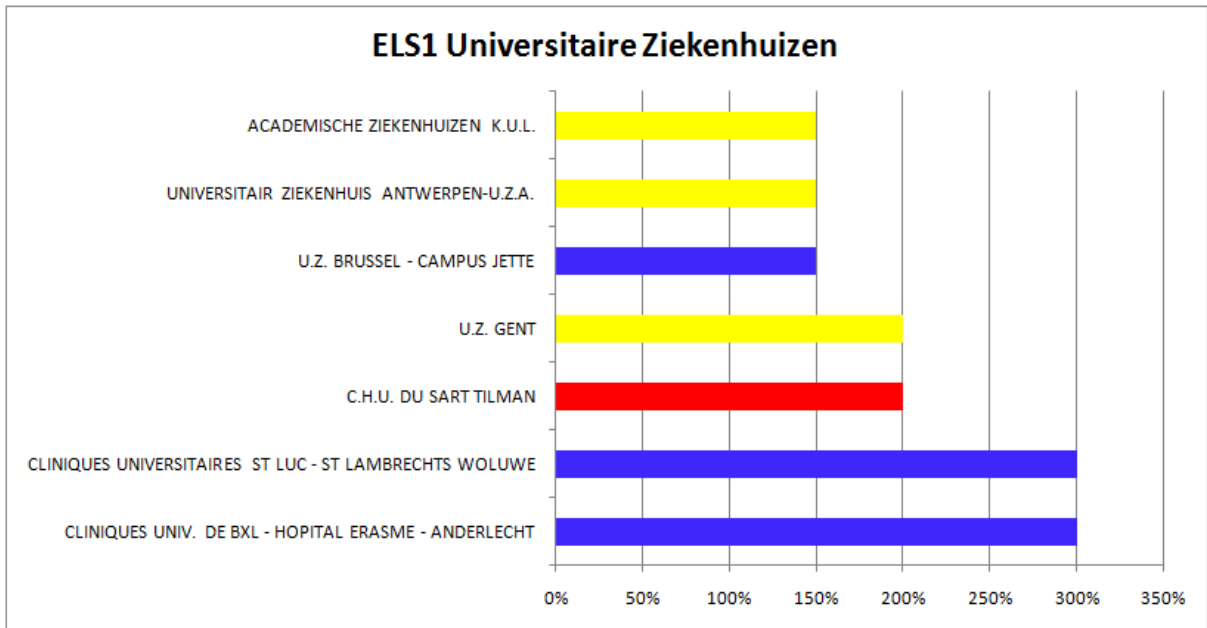
Ereloonsupplementen en kampersupplementen berekend door dokter Louis Ide



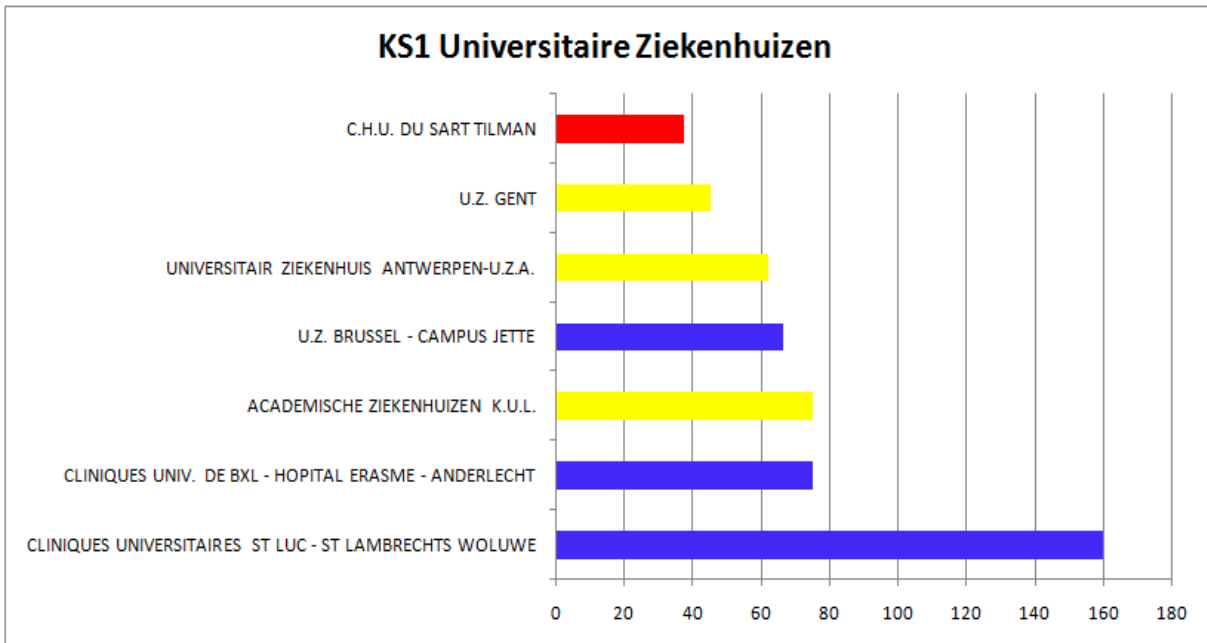
Tabel 6: Ereloonsupplementen eenpersoonskamers algemene ziekenhuizen zonder universitaire ziekenhuizen



Tabel 7: Kamersupplementen eenpersoonskamers algemene ziekenhuizen zonder universitaire ziekenhuizen



Tabel 8: Ereloonsupplementen eenpersoonkamers universitaire ziekenhuizen



Tabel 9: Kamersupplementen eenpersoonkamers universitaire ziekenhuizen

V. ANDERE OORZAKEN VAN DE DUURDERE GEZONDHEIDZORGSFACTUUR

1. Een andere cultuur in Franstalig België: taalgrens is zorggrens.

Alle voorgaande berekeningen en grafieken met betrekking tot kamer- en ereloon-supplementen tonen ten overvloede aan dat er een stevige communautaire angel zit in het debat over de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Maar het gaat niet alleen daarover. Vlaanderen kiest voor een sterke vaste huisarts, thuiszorg en thuisverpleging, beschut wonen, ... Terwijl Franstalig België nog steeds kiest voor institutionalisering, meer labo-onderzoek, meer medische beeldvorming, ... Om het met een boutade te stellen: de huisarts is Vlaams en het ziekenhuis Franstalig.

2. Vergrijzingskosten

Vlaanderen zal sneller vergrijzen. Inderdaad “zal”, want tot op heden is het verschil in de vergrijzing tussen de gewesten ongeveer nihil. Bovendien zal, volgens een rapport/brochure van het AK-VSZ, de vergrijzing aan Vlaanderen minder kosten dan aan Wallonië¹¹. **Vergrijzing impliceert kosten in de gezondheidszorg.** De zwaarste medische kosten in een mensenleven zijn deze van het laatste levensjaar. Tot op heden speelt die vergrijzing communautair gezien geen rol van betekenis. In de toekomst zal dit wel degelijk een rol gaan spelen, voor beide gemeenschappen, maar dan op een andere manier. Het is dus zaak om nu te responsabiliseren, het is vijf na twaalf.

2007	
	Totaal
België	40,1
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	
Vlaams Gewest	37,7
Waals Gewest	40,8
	39,6

Tabel 10: Gemiddelde leeftijd bevolking op 1 januari 2007

3. Onze gezondheidstoestand

Sommigen hechten dan ook meer belang aan de **huidige gezondheidstoestand** van de bevolking (een slechte toestand: veel rokers, veel obesitas, ...) die kan leiden tot grotere toekomstige uitgaven. Doch tot op heden lijken die beheersbaar en is de impact niet te vergelijken met de impact van de aangerekende supplementen in Brussel en Wallonië.

Het zal dus zaak zijn rationeel met de middelen om te springen en overconsumptie te bannen. Roken en voedingsgewoontes zijn elementen waar Vlaanderen grote inspanningen levert via het VIGeZ (het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie). De verschillen in eetgewoontes resulteren volgens de Leuvense Cardiologische school in de aanwezigheid van meer “goede” onverzadigde vetten in het bloed bij Vlamingen en anderzijds meer aanwezigheid van “slechte” verzadigde vetten in het bloed van Walen, met als gevolg meer cardiovasculaire ziekte in het zuiden van België.

¹¹ <http://www.akvsz.org/pdf/VERGRIJZING%20brochure%20versie%20webstek.pdf>, laatst geconsulteerd op 9 maart 2009

4. De medische technische revolutie

Op termijn zullen keuzes gemaakt moeten worden. Rationeel omspringen met de middelen is alleszins een eerste vereiste. Want de nieuwe (kanker) geneesmiddelen zijn ongelooflijk duur. Operaties worden meer en meer kijkoperaties, met duur wegwerpmateriaal, Hoe kunnen we dit blijven betalen?

In ieder geval kan de huidige 10% van het BNP nuttiger besteed worden. De Vlaamse eis om **meer aan preventie te doen** en dus ziektes te verhinderen is in deze legitiem en een facet in het verhaal om iets te doen aan de oplopende kosten. Preventie verhindert ziekte. Voor elke 103 € die aan gezondheidszorg wordt uitgegeven wordt slechts 1 € aan preventie (in de ruimste zin van het woord) besteed. Preventie strictu senso (zonder schoolgeneeskunde, arbeidsgeneeskunde, ...) zou 0.1% van het BNP bedragen. Vlaanderen besteedt dus minder dan 1% van het gezondheidsbudget aan preventie. Het Europees gemiddelde zit nochtans rond de 3% en de Nederlanders besteden zelfs 5%. Maar ook hier (bewijs daarvan het recente debacle rond baarmoederhalskanker) stuit Vlaanderen op de botte afwijzing van de Franstaligen om het debat te voeren.

VI. VISIE VAN DE N-VA OP GEZONDHEIDSZORG

De N-VA wil het debat niet langer laten sluimeren, maar voeren en **keuzes maken** met als inzet onze gezondheidszorg ook morgen betaalbaar en voor iedereen toegankelijk te houden. De N-VA wijst een sluipende privatisering af die het slechtste van twee werelden combineert. Een open debat is de beste garantie om een **zinvol antwoord te geven op de vraag hoe de vrije markt een verantwoordelijke en nuttige rol kan spelen in de gezondheidszorg.**

De vrije markt heeft zeker een rol. De private sector is vaak de “drive” voor innovatie, snelle behandeling, En ook de overheid heeft haar rol en moet verantwoordelijkheid opnemen om regulerend op te treden. Want zoals de overheid het liet afweten voor de pensioenen dreigen we opnieuw de boot te missen voor de gezondheidszorg. De discussie over de stijgende premies van de hospitalisatieverzekeringen is daar hét voorbeeld van.

De N-VA pleit in **de gezondheidszorg voor een door de overheid gereguleerde en gecontroleerde vrije markt.** Die overheid zit daarvoor vast aan het **overlegmodel.** **Binnen de gezondheidszorg is de overheid niet overal op dezelfde manier aanwezig. Op sommige terreinen hebben private spelers hun nut en moeten ze de ruimte krijgen om initiatieven te ontwikkelen.** Er is dus een wisselende intensiteit voor de rollen die private spelers en de overheid spelen binnen de gezondheidszorg.

Voor **geneesmiddelen** zal de vrije markt meer ruimte moeten krijgen ten einde **innovatie** niet te fnuiken. De overheid zal hier zeer voorzichtig moeten zijn en voortdurend moeten balanceren tussen het budgettaire en de (financiële) ademruimte die ondernemingen moet toelaten te investeren in **nieuwe geneesmiddelen.** De overheid moet hier ook dringend minder rigide in zijn. In plaats zich vast te klampen aan een kiwi-model waardoor de “verliezer” van de openbare aanbesteding misschien de boeken moet sluiten, moet de overheid zich dus aligneren op het **Deens systeem,** dat pakweg maandelijks (en zelfs sneller) openbare aanbestedingen online “uitschrijft”.

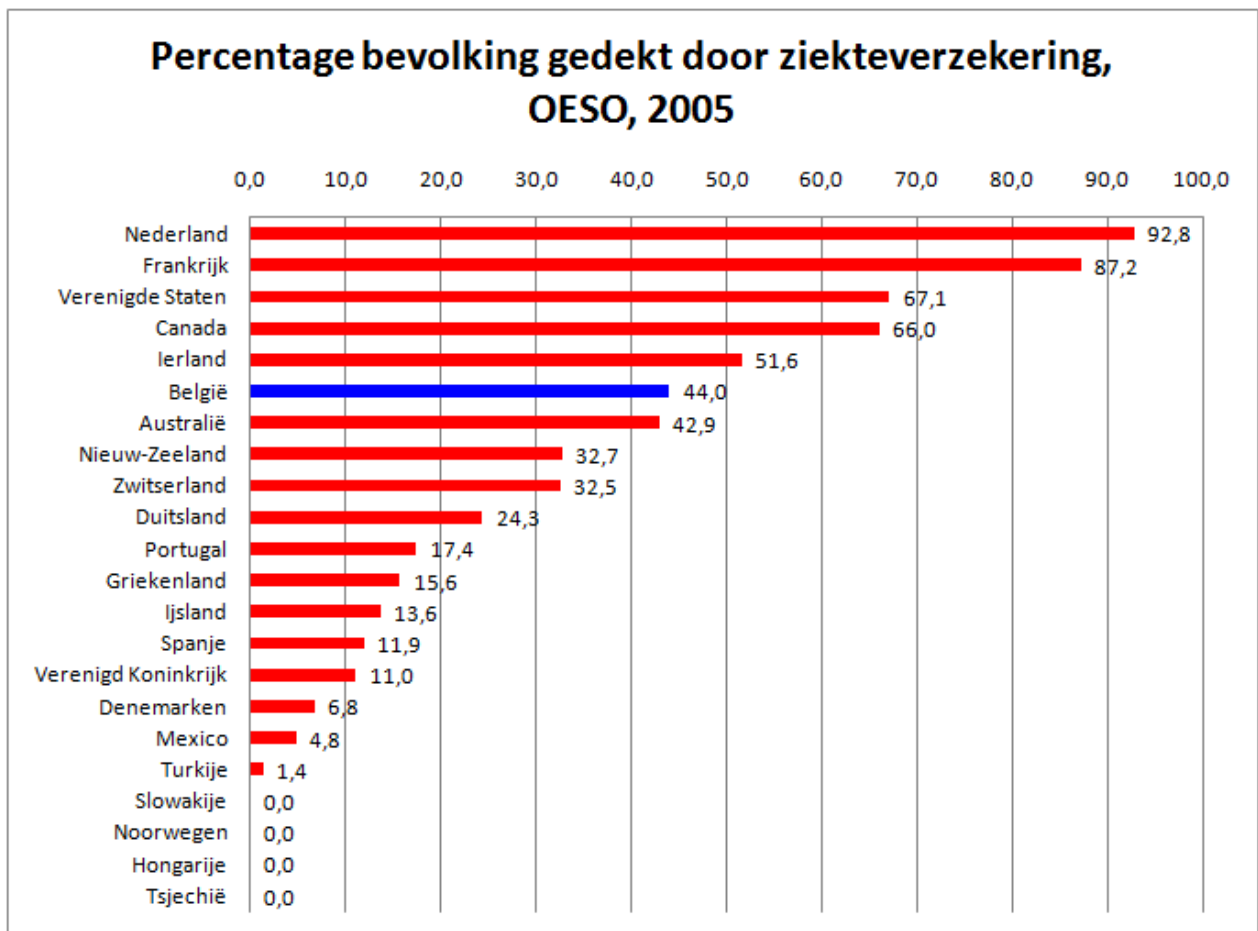
De **honorering van de zorgverstrekkers verloopt grotendeels via prestaties.** En ook al is er **ruimte voor forfaitaire vergoedingen die naargelang bepaalde doelstellingen gedifferentieerd kunnen worden** (voor wie een bepaald % Globaal Medisch Dossier haalt, een percentage vaccinatiedekking behaalt,... afhankelijk van de gezondheidsdoelstellingen die geformuleerd werden), toch moet de prestatiegeneskunde overeind blijven. **Dit is dé garantie tegen wachtlijsten.** De Nederlanders kunnen er van meespreken. Het haalt het beste boven bij de zorgverstrekker ten voordele van de patiënt. **Dat het huidige systeem nog draait is dankzij deze zorgvertrekkers en ondanks het systeem.**

Waar de twee bovenstaande facetten veel ruimte voor de “vrije markt” laten en eerder maximalistisch zijn, staat dit **in schril contrast met de toegang en betaalbaarheid voor de patiënt van de gezondheidszorg.** Daar opteert de N-VA eerder voor een **andere, meer voorzichtige benadering en wil ze voor iedereen in eerste instantie dezelfde kwaliteit van zorg waarborgen.**

VII. STEEDS DUURDERE HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN

7.1. Probleemschets

In die lijn moeten we ook een **antwoord bieden aan de hospitalisatieverzekeringen die al lang niet meer gaan over luxe, maar eerder over zorg**: het gebruik van wegwerpmateriaal (bij minder invasieve operaties), bepaalde protheses, ... De eerste vraag is immers: wie heeft een hospitalisatieverzekering en wie niet? En voor wie ze heeft: wie betaalt ze? Onderstaande grafiek 11 laat duidelijk blijken dat 44% van de mensen gedekt worden door een particuliere hospitalisatieverzekering. Dat wil ook zeggen dat meer dan de helft van de mensen geen particuliere hospitalisatieverzekering heeft.



Tabel 11: Bevolking gedekt door een particuliere ziekteverzekering (Oeso, 2005)

Een debat dat al langer sluimert, is dat van de betaalbaarheid. De Standaard had het over "chaos in hospitalisatieverzekeringen"¹². De Tijd meldde dat de regels van de hospitalisatiepolissen bijsturing nodig hebben¹³. De overheid was niet helemaal blind voor de problematiek en probeerde "iets te doen", door de introductie van de Wet Verwilghen. Doch doortastend is het niet, het schiet zijn doel voorbij en gaat voorbij aan het

¹² De Standaard Online, 14 maart 2008

¹³ De Tijd, 15 maart 2008

fundamenteel debat. Ondernemingen als Argenta kenden in de nasleep hiervan immers exploderende premies¹⁴.

Af en toe laait de discussie in alle hevigheid weer op, en houden enkele parlementsleden, zoals Katrien Partyka (CD&V) en Freya Van den Bossche (sp.a) zich met deze problematiek bezig, waarbij ook minister van Financiën Reynders geviseerd wordt¹⁵. Zou het echter toeval zijn dat een regering die slechts een meerderheid heeft dankzij een overwicht aan Franstaligen niets ten gronde doet aan deze problematiek? Na twee keer strategisch te zijn weggebleven in de Kamer hebben de Kamerleden van de meerderheid (met een paar onthoudingen) het wetsontwerp "hospitalisatieverzekeringen" naar aanleiding van de Verwilghen toch gestemd. **Het wetsontwerp verhindert niet dat de premies beperkt worden. Integendeel. De wet heeft als pervers gevolg dat de premies in allerijl zijn aangepast. De premies swingen de pan uit.**

De – voorlopig - laatste keer dat dit in de media verscheen, was toen Test Aankoop een petitie lanceerde die ze als volgt motiveerde:

*"De premieverhogingen voor de hospitalisatieverzekering swingen de pan uit. Bij Argenta verhogingen van 100 tot 300 %, bij Ethias van 30 tot 73 %. Bij AXA zag een senior zijn premie stijgen van € 430 naar € 2300. Ik vraag de wetgever om daar paal en perk aan te stellen!
Ik kan begrijpen dat de verhogingen gedeeltelijk kunnen worden verklaard door de stijging van de facturen voor eenpersoonskamers in ziekenhuizen (+9 % vorig jaar). Maar de forse premieverhogingen zijn vooral te wijten aan een bewuste strategie van bepaalde verzekeraars die aanvankelijk een zeer lage prijs aanrekenen om mensen te lokken en later, wanneer de verzekerde een leeftijd heeft bereikt waarop hij niet meer van verzekeraar kan veranderen, regelmatig de premies te verhogen. Ik kan hiermee niet akkoord gaan.
De huidige wetgeving werkt niet. Ik onderschrijf deze petitie om de wetgever te vragen een nieuwe wet uit te werken die komaf maakt met deze forse en arbitraire prijsverhogingen. De hospitalisatieverzekering moet betaalbaar worden."¹⁶*

Test Aankoop stelt deze problematiek terecht aan de kaak, en wordt in dit fundamentele debat gesteund door onder andere de Gezinsbond¹⁷. De onderliggende redenen waarom de premies stijgen zijn echter complex. **Dit analyseren leidt tot het ontwikkelen van een gedegen oplossing. N-VA heeft die ambitie.**

¹⁴ De Standaard Online, 2 april 2008

¹⁵ De Standaard, 7 februari 2009

¹⁶ Test Aankoop, 27 februari 2009

¹⁷ Het Nieuwsblad, 12 maart 2009

7.2. De Wet Verwilghen schiet tekort

Door de wet van 20 juli 2007 ('wet Verwilghen') omtrent de private ziekteverzekeringsovereenkomst werden een aantal belangrijke wijzigingen aangebracht aan de wettelijke bepalingen omtrent de hospitalisatieverzekering. Zo wordt voortaan de **levenslange dekking** als basisprincipe gehanteerd. De bestaande contracten met beperkte looptijd moeten hiermee in overeenstemming gebracht worden en dus ook levenslange dekking voorzien, behoudens een afwijkende vraag van de verzekerde. **De verzekeringsondernemingen hebben twee jaar tijd (tot 1 juli 2009) om hun polissen aan te passen.**

De wet voert eveneens het principe in dat de grondslagen van de premie en de voorwaarden voor de individuele hospitalisatieverzekering niet eenzijdig mogen worden gewijzigd. De overheid wilde hiermee een einde maken aan de soms zeer **bruuske premiestijgingen**. Deze waren o.a. het gevolg van de steeds hogere supplementen die ziekenhuizen aanrekenen. De basisregel voorziet nu een **vast tarief**, berekend op de instapleeftijd van de verzekerde (verschillende prijzen op basis van geslacht zijn verboden). Op deze regel bestaan wel uitzonderingen. De premie kan immers jaarlijks aangepast worden aan **de index**. Bovendien kan 'bij duurzame wijziging van de kost van de gewaarborgde prestaties of ingevolge wettelijke of reglementaire wijziging **nog een verhoogde premiestijging worden doorgevoerd**'.

Het gaat hier dus om een **soort 'medische index'** waardoor de premies geleidelijker zouden kunnen verhoogd worden, zonder grote sprongen te maken. Deze index moet de gemiddelde stijging van de reële kosten van een hospitaalverblijf weergeven en zal gebaseerd worden op objectieve parameters, zoals de evolutie van de ligdagprijzen en de erelonen van de artsen. Deze **moet worden uitgewerkt door de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen (CBFA) en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)**. Voorlopig gebeurt dit echter niet.

In de praktijk blijkt de wet echter de voorgenomen doelstellingen niet te bereiken. **Onlangs raakte immers bekend dat verschillende verzekeraars de premies flink laten stijgen, in sommige gevallen zelfs bijna verdrievoudigen.** Niet alleen werkt deze wet niet, deze wet geeft perverse gevolgen: als gevolg van de wet swingen de premies de pan uit.

Zo zal bvb. Argenta de oude polis van enkele honderdduizenden klanten opzeggen en hen vervolgens een nieuwe, veel duurdere polis aanbieden. De klant is uiteraard niet verplicht hierop in te gaan, maar kan gezien zijn of haar leeftijd vaak nergens anders meer terecht. Bestaande polissen kunnen dus opgezegd worden en vervangen door nieuwe, die dan aangepast zijn aan de nieuwe regelgeving inzake de levenslange dekking.

Als reden voor de premieverhoging verwijst Argenta precies naar de medische index, die in de toekomst geen forse prijsstijgingen meer zal toelaten. Dit is dus de laatste kans om de premies in één beweging aan te passen aan de gestegen ziekenhuiskosten. Het vergrijzende klantenbestand van Argenta zorgt er bovendien voor dat de verkoop van hospitalisatiepolissen zelfs verlieslatend is.

De wet schiet dus op meerdere vlakken tekort:

- Ten eerste is het niet duidelijk of de regelgeving betreffende de premiestijgingen enkel van toepassing is op nieuwe polissen, of ook op de reeds bestaande.
- Ten tweede is de medische index nog niet ingevoerd en bepalen de verzekeraars hun parameters dus nog steeds zelf. Volgens het Federaal Kenniscentrum valt het opstellen van de index 'buiten zijn strikt omschreven bevoegdheden'. Ook de CBFA kan dit niet doen omdat deze financiële waakhond dan rechter en partij wordt. De

CBFA moet immers vooral verhinderen dat verzekeraars failliet gaan. Beide instanties blijken zelfs niet eens geconsulteerd te zijn bij het opstellen van deze bepaling in de wet en lijken nu niet van plan een medische index te gaan ontwerpen. Dan zal men de consumptie-index gaan volgen. Groot nadeel hierbij is dat tot 1 juli 2009 private verzekeraars hun premies nog stevig kunnen verhogen, en dit ook doen. Het moment dat die medische index er is, kan dat niet meer. Maar de verhogingen terugdraaien met terugwerkende kracht lukt ook niet meer. Op 1 juli 2009 zullen we geconfronteerd worden met aangepaste torenhoge premies die dan nog zullen verhoogd worden via de medische index (die nog ontworpen moet worden).

VIII. DE VLAAMSE ZORGVERZEKERING

Het is blijkbaar niet mogelijk om in de Belgische context een open debat te voeren over de richting die onze gezondheidszorg inslaat, laat staan over de oplossingen die Vlamingen en Franstaligen daarvoor in petto hebben. Resultaat is een steeds duurder wordende gezondheidszorg waar de patiënt steeds meer aan toelegt. De stijgende premies voor hospitalisatieverzekeringen is symptomatisch voor dit debat.

Naar aanleiding van ons Vlaams verkiezingsprogramma 2009 moeten we creatief omgaan met onze bevoegdheden en op zoek gaan naar een **maximale invulling van wat we zelf kunnen doen**. De grenzen van die invulling zijn nog niet bereikt en geven perspectief op een gedegen antwoord op de vraag naar een betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

Op dit terrein heeft Vlaanderen alvast een stevige voet tussen de deur gekregen met de Vlaamse zorgverzekering. **Voor de N-VA legt de Vlaamse zorgverzekering de kiem van een Vlaams ziekteverzekeringssysteem dat op termijn de onbetaalbare Belgische gezondheidsfactuur kan vervangen en er zorg voor draagt dat niemand uit de boot valt.**

Voorgeschiedenis:

Een juridische calvarietocht ingegeven door afgunstfederalisme

De Vlaamse Zorgverzekering dateert van 1999. Ze werd in het leven geroepen om niet-medische kosten terug te betalen op het moment dat iemand zorgbehoevend werd. Het komt erop neer dat Vlamingen die in Vlaanderen wonen en werken en buitenlanders die in Vlaanderen werken zich aansluiten bij de zorgkas en een jaarlijkse premie van 25 euro betalen. Inwoners van Brussel kunnen vrijwillig toetreden.

De zorgverzekering stond al van in het begin ter discussie. Vlaanderen riep deze in het leven, maar het mocht niet onder de noemer van 'sociale zekerheid' vallen, vermits dat een federale bevoegdheid is. Vlaanderen moest dus bewijzen dat ze hier wel degelijk voor bevoegd was. Er werd dus een systeem uitgedokterd dat uitsluitend betrekking had op de 'leden van de Vlaamse Gemeenschap'. Iedereen die in Vlaanderen woont, moest bijdragen tot deze zorgverzekering (**woonlandbeginsel**). Inwoners van Brussel hadden de vrije keuze of ze al dan niet in het systeem stapten.

Dit was echter buiten de Europese Unie gerekend. Volgens hen was dit toch sociale zekerheid, en hiervoor waren middels een verordening uit het begin van de jaren '70 Europese regels voorzien. Eén van deze regels is dat voor sociale zekerheid het woonlandbeginsel niet mag gebruikt worden, maar dat men moet steunen op het **werklandbeginsel**. Een voorbeeld zal de gedachtegang van de Europese Commissie (EC) duidelijk maken: een grensarbeider die in Leper woont, maar in Rijsel werkt moet volgens de EC niet bijdragen tot de Vlaamse Zorgverzekering. Een arbeider uit Rijsel die in Leper werkt, moet volgens de EC echter wel bijdragen tot deze verzekering.

De Vlaamse Regering moest dus dit systeem aanpassen. Hierop werd een expertencommissie opgericht (met onder andere Paul Van Orshoven, Yves Jorens, Bea Cantillon en Hendrik Vos) en deze oordeelde dat de Europese regel inderdaad niet omzeild kon worden en dat de Vlaamse Regering het werklandbeginsel diende toe te passen. Binnen de Belgische context is dit echter problematisch, want volgens het Grondwettelijk Hof gaat het dan over sociale zekerheid en is het geen Vlaamse bevoegdheid meer.

In de zoektocht naar een oplossing kwam volgend compromis uit de bus: naar andere lidstaten toe hanteert men het werklandbeginsel, maar binnen België blijft men het woonlandbeginsel hanteren. Met andere woorden: iemand die in Wallonië woont, maar in Vlaanderen werkt kan niet bijdragen aan het systeem. Maar iemand die in pakweg Nederland of Italië woont en in Vlaanderen werkt moet bijdragen aan het systeem.

Vermits er door deze regels een discriminatie ontstaan is tussen de Walen en de andere Europeanen, diende de Franse Gemeenschap een klacht in bij het Belgische Grondwettelijke Hof. Dit Hof stelde hierover een vraag aan het Europese Hof. Het Europese Hof oordeelde dat er inderdaad enkele technische wijzigingen nodig zijn om de zorgverzekering conform de Europese regels te maken (het vrij verkeer van werknemers), maar stelde deze zorgverzekering zelf niet in vraag.

Het Hof stelde dat Europese burgers die in Wallonië wonen ook moeten kunnen bijdragen aan het systeem van de zorgverzekering. Over andere mensen die in Wallonië wonen, sprak het Hof zich niet uit.

Logischerwijs bekijkt het Europese Hof dit door een Europese bril en komt het niet tussen in de binnenlandse communautaire discussies. Dit dossier is immers communautair geladen en al langer een doorn in het oog van de Franstaligen. De Franstaligen willen deze extra sociale bescherming niet omdat ze vinden dat dit onder de noemer sociale zekerheid valt, en dat is een federale bevoegdheid. Door middel van Europese en juridische omwegen willen ze deze Zorgverzekering afgeschaft zien.

Een andere optie voor Franstaligen is (en dat bleek al tijdens de onderhandelingen op Hertoginnedal) een federale zorgverzekering instellen. **Niemand belet hen echter zelf een zorgverzekering op te richten, naar analogie met de Vlaamse Zorgverzekering.** Op die manier kunnen beide gemeenschappen hun zorgverzekering naar eigen goeddunken invullen.

De **taalgrens is immers een zorggrens** en nu al leggen de Vlamingen duidelijk andere klemtonen dan de Franstaligen in de gezondheidszorg: meer aandacht voor thuisverpleging, de huisarts als spil van de gezondheidszorg, minder snel naar dure specialistische geneeskunde grijpen, ... Het niet oprichten van zo'n vorm van sociale bescherming ligt trouwens aan de basis van de Franstalige klacht. Een Franstalige klacht die nog het best kan omschreven worden als afgangstfederalisme!

De N-VA stelt vast dat de Vlaamse Zorgverzekering een solide basis vormt voor de verdere uitbouw van een Vlaamse sociale zekerheid. De zorgverzekering heeft de toetssteen weerstaan van alle mogelijke juridische procedures tot en met het Grondwettelijk Hof en het Europese Hof van Justitie.

Vlaanderen mag dus een eigen sociale zekerheidsregeling uitwerken voor wie in Vlaanderen – Brussel inbegrepen – woont. Het Grondwettelijk Hof erkende immers het woonplaatsprincipe¹⁸.

De zorgverzekering is in het leven geroepen om een deel van de niet-medische kosten terug te betalen voor zorgbehoevende patiënten. Gelet op de totale Belgische blokkering moeten we vandaag verder durven denken ... en doen!

¹⁸ Danny Pieters, congres AK-VSZ, Leuven, 21 maart 2009

IX. DE VLAAMSE AANVULLENDE ZORGVERZEKERING (VAZ)

De Vlaamse overheid breidt de bestaande zorgverzekering uit, voor alle Vlamingen, verplicht en conform de regels van de Vlaamse Zorgverzekering. We anticiperen daarmee op de procedures die de Franstaligen zullen inspannen bij het Grondwettelijk Hof en het Europese Hof voor Justitie.

WAARIN KOMT DE VLAAMSE AANVULLENDE ZORGVERZEKERING TEGEMOET?

Concreet wil de N-VA dat de Vlaamse Aanvullende Zorgverzekering **alle zorg dekt tot en met de tweepersoonskamers. Dit impliceert een afschaffing van de supplementen** (ereloon en kamer) **bij meerpersoonskamers.**

Een belangrijke nuance die dient gemaakt te worden is dat **deze Vlaamse aanvullende zorgverzekering enkel de kosten van de zorg zou dekken** (wegwerpmateriaal, bepaalde prothesen, ...). De zogenaamde luxekosten (eenpersoonskamers, "champagne op de kamer", ...) en alternatieve geneeskunde vallen hier niet onder. Men kan dit doen op basis van de hierboven reeds vermeldde Vlaamse Zorgverzekering. In bijlage 1 vindt men een lijst van de zaken die onder de Vlaamse Aanvullende Zorgverzekering zouden vallen.

Voor de luxekosten kunnen private verzekeraars wel in het veld blijven als speler. Voor eenpersoonskamers blijven de private verzekeraars een rol spelen.

HOE ZORGEN WE VOOR EEN REALISTISCHE EN BETAALBARE GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN?

Cijfers van de CM leren ons immers dat volgende tarieven voor een hospitalisatieverzekering worden gehanteerd:

Leeftijd	Bedrag (in euro)
Tot en met 24	39,48
24-49	89,28
50-59	98,88
60-69	177,36
70+	261,96

Tabel 12: Tarieven CM

Op de website van het Nationaal Instituut voor Statistiek kunnen we nu de bevolkingsaantallen vinden voor deze leeftijdscategorieën¹⁹.

Leeftijd	Aantal
Tot en met 24	1718171
24-49	2157493
50-59	830598
60-69	640839
70+	814499
Totaal	6161600

Tabel 13: Bevolking Vlaanderen volgens leeftijd

¹⁹ http://www.statbel.fgov.be/figures/d21_nl.asp#3, laatst geconsulteerd op 19 maart 2009

Een simpele vermenigvuldiging van beide tabellen leert ons het volgende:

Leeftijd	Kostprijs
Tot en met 24	67.833.391
24-49	192.620.975
50-59	82.129.530
60-69	113.659.205
70+	213.366.158
Totaal	669.609.259

Tabel 14: Kostprijs

Uit de tabel blijkt dat dit een goeie 670 miljoen euro zou kosten. Nu rekent het **RIZIV daar echter een taks op aan van 10%**. Als we dit afschaffen zou dit resulteren in een bedrag van €602.648.333. Doch, dit zijn gegevens van een ziekenfonds. Een private verzekeraar heeft in principe een **'gezondere' doelpopulatie**. Het is zeker gerechtvaardigd om een schaalvoordeel van **20%** in te brengen. Het bedrag wordt dan verder gereduceerd tot **€482.118.667**. Alternatieve genezingswijzen worden niet opgenomen in de VAZ, wat bijvoorbeeld vandaag bij DKV wel het geval is²⁰. Ook dit zou leiden tot een prijsreductie, die echter niet te berekenen valt. Volgens een eerste raming van de N-VA zou een verplichte verzekering dus ongeveer **78,25 euro kosten per Vlaming**²¹. Als -20 jarigen niet zouden mee betalen, vallen de lasten op 4.801.371 "volwassen" Vlamingen. Dit komt dan neer op een bedrag van **100.41 € per "volwassen Vlaming"**. **Voor een verfijnde berekening dient een actuaaris te worden ingeschakeld. Geraamde kostprijs voor de verfijnde berekening van de VAZ: €7000.**

Let wel, dit is een berekening op basis van tweepersoonskamers. Dat is bewust, vermits de VAZ enkel die zorg zou dekken. Een uitbreiding van **dit systeem naar eenpersoonskamers zou leiden tot 1,2 miljard € op jaarbasis en budgettair moeilijker haalbaar zijn**.

Het voorstel is dat **ziekenfondsen en/of private verzekeraars de Vlaamse Aanvullende Zorgverzekering aanbieden**. Via een tenderprocedure door de Vlaamse Overheid kunnen één of meer concessies worden toegewezen.

De Vlaamse Regering kan natuurlijk zelf bepalen in welke mate de burger zijn financieel steentje bijdraagt. De economische crisis heeft ook voor de Vlaamse meerjarenbegroting gevolgen.

Als 482 miljoen euro een te zware kost is, kan ze bijvoorbeeld iedereen 25, 50, 70... euro meer laten betalen dan ze nu aan de Vlaamse Zorgverzekering doen. Op die manier heeft men voor 50, 75, 95 euro een soort van hospitalisatieverzekering, die evenveel dekt maar bij private verzekeraars op dit moment een veelvoud kost.

Aangezien hiermee alle zorg (analoog aan de huidige polissen van de hospitalisatieverzekeringen) in tweepersoonskamers gedekt is, **hoeft de burger strictu sensu geen extra hospitalisatieverzekering af te sluiten (en spaart hij of zij een bom geld uit)**.

²⁰ <http://www.dkv.be/ned/start.phtml?content=../ned/producten.phtml>, laatst geconsulteerd op 19 maart 2009

²¹ 482.118.667 euro / 6.161.600 Vlamingen = 78,25 euro per Vlaming

De N-VA stelt voor dat in functie van de budgettaire mogelijkheden de Vlaamse Overheid een deel van de kosten op zich neemt. **Meer bepaald zullen de zwakste schouders dit niet of veel minder moeten dragen. De Vlaamse Overheid neemt die kost op zich (ook voor de zorgverzekering).**

We roepen ook **Assuralia en ziekenfondsen** op, om de **premies** voor hospitalisatieverzekeringen (voor de eenpersoonskamers) **aan te passen in functie van de gemeenschap. Aangezien de supplementen in Vlaanderen beduidend lager liggen moeten de premies voor een Vlaamse hospitalisatieverzekering naar omlaag. De hospitalisatieverzekering geldt dan ook alleen maar voor Vlaamse ziekenhuizen.** Trouwens nu al maakt DKV onderscheid in terugbetaling op basis van de postcode van het ziekenhuis. De premies voor hospitalisatieverzekeringen in eenpersoonskamers zullen door de VAZ en dit "gentlemen's agreement" fors dalen, voor mensen die alsnog verzorgd willen worden in eenpersoonskamers.

Met dit voorstel breiden we de Vlaamse zorgverzekering dus uit tot primaire medische zorgen en leggen we het fundament voor een eigen Vlaamse sociale zekerheid, al mogen we dit niet met zoveel woorden zeggen (cfr. heibel Vlaamse Zorgverzekering). We bouwen een verzekering uit die toegankelijk is voor iedereen in onze samenleving. **De N-VA wil de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg vrijwaren!**

Het probleem van de stijgende premies voor hospitalisatieverzekeringen wordt onder controle gehouden en we creëren een zuivere markt waarbinnen overheid en private spelers elk hun rol spelen. De onderlinge concurrentie tussen ziekenfondsen en private verzekeraars houdt op te bestaan en we creëren transparantie. Perverse effecten voor personen met een handicap, mannen en vrouwen, ouderen vallen weg.

Vele werkgevers zorgen er nu al voor dat hun werknemers over een hospitalisatieverzekering beschikken. Via een groepsverzekering bedingen ze goedkope tarieven en kunnen zij een mooi extra-legaal voordeel aanbieden aan hun werknemers. Helaas, bij pensioenstelling, werkloosheid, ... moet de werknemer zelf de huidige hospitalisatieverzekering overnemen (aan een hogere premie).

Door het N-VA voorstel staat het de werkgever vrij tussen te komen (als extra-legaal voordeel) voor de Vlaamse Aanvullende Zorgverzekering. Doet hij dit niet kan dit aanzien worden als een lastenverlaging voor de werkgever. De werkgever kan ook nog steeds een hospitalisatieverzekering aanbieden voor eenpersoonskamers aan zijn werknemers mocht hij dit verkiezen. Zelfs deze laatste zullen goedkoper worden als de verzekeraars van hospitalisatieverzekeringen rekening houden met het communautair aspect van de ereloon en kamersupplementen.

Conclusie:

Afhankelijk van of de Vlaamse overheid dit voorstel (gedeeltelijk) financiert, zal:

- 1. De Vlaming die geneeskundige zorgen ontvangt in een tweepersoonskamer geen hospitalisatieverzekering meer nodig hebben. Maximaal betaalt een volwassen Vlaming 100€ per jaar (afhankelijk van de keuzes inzake financiering die de Vlaamse overheid maakt).**
- 2. Voor Vlamingen die alsnog verzorging in een eenpersoonskamer wensen, zullen de hospitalisatieverzekeringen fors goedkoper worden.**

BIJLAGE 1: LIJST VAN MOGELIJKE TERUGBETALINGEN VIA DE VLAAMSE AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN (TOT OP NIVEAU VAN TWEEPERSOONSKAMERS)

1. De verblijfkosten tot op het niveau van tweepersoonskamers.
2. De verblijf- en logementkosten van één van de ouders in dezelfde instelling als deze van het te verzorgen kind, de aanwezigheid van de ouder beschouwd moet worden als onmisbaar bestanddeel van de medische behandeling en het kind de leeftijdscategorie die volgt op deze van 0 tot 19 jaar, niet bereikt heeft.
3. De kosten van medische prestaties.
4. De kosten van paramedische prestaties.
5. De kosten van farmaceutische producten, verband- en medisch materiaal.
6. De kosten van medische hulpmiddelen.
7. De chirurgische kosten.
8. De anesthesie kosten.
9. De kosten voor het gebruik van de operatiekamer en de arbeidskamer.
10. De kosten van medische protheses.
11. De kosten van kunstledematen.
12. De vervoerkosten per ziekenwagen in België.
13. De vervoerkosten per helikopter in België van de plaats van het ongeval naar de instelling voor zover dit vervoer medisch noodzakelijk is en voor zover geen ander vervoermiddel gebruikt kan worden.
14. De mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht.
15. De kosten voor kraamhulp na de bevalling, binnen bepaalde medische criteria.
16. De verblijfkosten van de donor met een maximum van 1.000 € (geïndexeerd) bij een medisch noodzakelijke transplantatie van een orgaan of een weefsel.
17. De kosten van de tandextractie onder algemene verdoving in een ziekenhuis.

Worden terugbetaald per geval na de wettelijke, statutaire of elke andere tussenkomst van het ziekenfonds, voor zover zij rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de behandeling in het ziekenhuis en gemaakt zijn tijdens de voor- en na hospitalisatieperiode (= voor- en na hospitalisatiekosten) of voor zover zij in rechtstreeks verband staan met de ambulante behandeling van een gediagnosticeerde zware ziekte:

1. De kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging.
2. De kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door een adviserend arts toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: verpleegkundige zorgen, kinesitherapie en fysiotherapie.
3. De kosten van medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts en voorafgaandelijk door de adviserend arts toegelaten. Zijn aan geen enkele voorafgaande toelating onderworpen: brillenglazen, contactlenzen, hoorapparaten, breukbanden, spataderkousen, orthopedische zolen, gipsschelpen, lumbostaat, spalken en krukken. De behoorlijk bewezen kosten zijn gedekt met uitsluiting van de onderhouds- en herstellingskosten, de kosten van de hulpmiddelen strekkend tot het gebruik ervan en de wisselstukken.