

■ MEDISCHE WERELD – VERZEKERING VROUWELIJKE KANKERS – PLEIDOOI VOOR MEER ONDERZOEK ■

Cherry picking of niet?

De nieuwe polis 'Femina' van AG Insurance om je in te dekken tegen het verlies aan levenskwaliteit bij borstkanker, deed heel wat stof opwaaien. Genoeg stof voor een debat.

Met het uitgekeerde bedrag kunnen verzekerden naar eigen keuze niet-medische uitgaven terugtrekken, zoals huishoudhulp en kinderopvang (de medische kosten worden sowieso gedragen door de sociale zekerheid). In een filmpje vroeg minister van Consumentenzaken **Kris Peeters** (CD&V) zich af of hier geen sprake is van discriminatie, want de verzekering geldt alleen voor vrouwen. En komt er een versoepeling zoals gevraagd?

Sven Adams (AG Insurance): "We opteerd in eerste instantie voor vrouwen, maar we sluiten andere kankertypes in de toekomst niet uit. Wat de leeftijd van 50 betreft waarvoor je moet inschrijven: we bekijken of een aanpassing daarvan mogelijk is."

Risicoselectie

Jürgen Vanpraet (borstkankerorganisatie Think Pink) had grote vraagtekens bij het concept. "De risicoselectie maakt dat ongeveer 80% van de mensen uitgesloten wordt bij de start. Dat is voor ons het grootste probleem, samen met de communicatie errond. Relatief jonge mensen worden met filmpjes in de onzekerheid gestort via een heel actieve campagne. Dat vinden wij heel onethisch. Het kan misschien wel wettelijk, maar is het wenselijk? Dit product richt zich op twintigers en dertigers. Maar de mediaan in België om borstkanker te krijgen, ligt op 62 jaar en 9 maanden. Dat betekent 30 à 40 jaar een premie betalen voor 100 op 100.000 vrouwen die borstkanker krijgen. De winstmarge daarop is gigantisch. Dit is *cherry picking* ten top."

In *Medi-Sfeer* noemde professor huisartsengeneeskunde **Dirk Devroey** het misleiding.

"De hulp wordt geboden aan de verkeerde mensen: wie dat bedrag van vier of acht euro per maand kan betalen, zijn niet de mensen die de 10.000 euro die je kan opstrijken nodig hebben. Net wie dat niet kan betalen, zal de meeste behoefte hebben aan die 10.000 euro als men kanker krijgt. Van de Solvay Business School zal je applaus horen, maar als arts ben je sociaal en maatschappelijk bezig met wie het moeilijk heeft en daar wringt het schoentje. Je verzekert iemand die niet met de auto rijdt tegen een auto-ongeval. Dat is niet eerlijk."

Maar Adams ziet dit niet als *cherrypicken*. "Het gaat om het evenwicht tussen het risico dat je wil afdekken en het engagement dat je moet nakomen én de premie zo betaalbaar mogelijk houden", zegt hij. "Het is dus zeker geen *cherry picking*."

"Een goed gezondheidssysteem zorgt ervoor dat de verplichte ziekteverzekering terugbetaalt wat doeltreffend is, kosteneffectief, waar een belangrijke noodzaak voor is en met een redelijke budgettaire impact. Dat zijn drie basiscriteria", zegt prof. dr. **Lieven Annemans**, gezondheidseconoom UGent. "Het is normaal dat er dingen nog niet terugbetaald kunnen worden als de baten nog niet zo duidelijk zijn of als ze zich eerder in de comfortzone bevinden. Dan is een tweede spoor niet slecht. Als uit de bijgehouden gegevens blijkt dat het in de buurt komt van deze criteria, dan zou ik het wel opnemen in de ziekteverzekering. Laat ons nagaan of het een belangrijke bijdrage kan leveren aan de psychosociale ondersteuning, en meer is dan zomaar een comfortproduct. Meer onderzoek is dus onderzoek nodig." **Johan Klaps**, kamerlid N-VA, focust zich op financiële- en verzekeringsdossiers,

en vroeg zich af dit veel bijdraagt als loketproduct: "Wat er met die 10.000 euro zal gebeuren, zal niet uit de gegevens blijken. Patiënten kunnen er ook lotto-biljetten mee kopen. Er staan niet noodzakelijk reële kosten tegenover die een invloed hebben op het gezondheidsproces. Je kan moeilijk een firma verbieden om winst te maken, maar ik heb de indruk dat de premies te hoog zijn voor de doelgroep die dit product gaat nemen." "Een comfortproduct voor wie ervoor wil betalen moet kunnen", zei Devroey, "maar niet in de plaats van de klassieke gezondheidszorg. Ik zie het meer als een signaal van een privé-initiatief dat er meer kan gebeuren vanuit de overheid en de ziekenfondsen om mensen die het moeilijk hebben te begeleiden." ■

R.D.G.

Minister op haar digitaal paard

Enkele debaters haalden bij het debat over laagvariabele zorg hun favoriete stokpaardje van stal en vertelden dus weinig nieuws. Het was geen stokpaardje, maar een vurig ros waarop Maggie De Block ging zitten na een tussenkomst van Herwig Van Pottelbergh (kennisdomein ICT, Domus Medica).

Dr. Van Pottelbergh zag in het debat vooral een kans om de communicatie tussen zorgverleners te bespreken: "Die verloopt niet naar wens. Als huisarts kunnen we nog altijd geen elektronisch bericht naar de ziekenhuizen sturen. We spreken ook niet dezelfde taal. Voor de registratie van diagnoses boerden we de laatste jaren achteruit. Probeer als huisarts overigens maar eens een onderzoek te vinden op de hubs van de ziekenhuizen. De overheid heeft veel geïnvesteerd in digitale administratie (eAttest, eFact), maar veel te weinig in de digitale communicatie."

Iedereen is het beu

De minister kon deze kritiek niet smaken: "Het is te makkelijk om als beroepsgroep

naar de overheid te wijzen. Er zijn wél ziekenhuizen waarmee huisartsen digitaal kunnen communiceren. En die de dag zelf al de resultaten van hun onderzoeken op de hub zetten. Er zijn op dat vlak goede en slechte voorbeelden. De ziekenhuizen moeten beslissen of ze voldoende in ICT investeren. Dat is niet de taak van de overheid." En met enige stemverheffing: "We investeerden veel in eHealth. De verpleegkunde en de kinesitherapie zijn intussen geïnformatiseerd. Maar bij de huisartsen blijft er een nukkige groep die de informatica weigert. Ik ben het beu om vanuit de overheid de klagmuur te spelen. Collega, neem uw verantwoordelijkheid en doe zelf iets aan de situatie." Reinier Hueting viel zijn collega bij. Tot de minister: "Ik kan merken dat u niet

"Problemen met digitale communicatie? Het is te gemakkelijk om als beroepsgroep naar de overheid te wijzen."

meer in de praktijk staat. Het werkt inderdaad nog steeds niet. Men heeft drie toegangssleutels nodig van ieder ziekenhuis apart. Er zou één portaal moeten zijn voor alle ziekenhuizen. Ik ben het beu om altijd maar te horen dat de voorzieningen er zijn, maar dat we het gebruik ervan tegenhouden. Dat ben ik beu." ■

Michèle Langendries