



De prijs van gelijke zorg

Katholiek Nieuwsblad, 18 januari 2013

door dr. J.A. Raymakers, emeritus internist en secretaris-penningmeester
Stichting Medische Ethiek

KatholiekNieuwsblad

In de media is naar aanleiding van een rapport van het Centraal Planbureau met bovenstaande titel opnieuw aan de orde gesteld dat onze gezondheidszorg te duur dreigt te worden.

Bij deze toekomstvisie werden in een uitzending van Nieuwsuur van 8 januari door Wouter Bos vraagtekens gezet, o.a. omdat er juist kort geleden grote ingrepen ter regulering van de groei van die kosten zijn gedaan. Hij stelde ook, daartoe uitgelokt door presentator Twan Huys, dat de noodzaak van kostbare zorg aan het einde van het leven door oude mensen als betrekkelijk wordt gezien, blijkens onderzoek onder de betrokkenen. Een afweging van de kwaliteit van leven tegen de verlenging van het leven zou daarbij bespreekbaar zijn.

Enkele kanttekeningen zijn hierbij op hun plaats. Het rapport baseert zijn conclusie op de berekening dat voor een laag opgeleid iemand gedurende zijn hele leven per jaar € 3000 wordt uitgegeven en voor een hoger opgeleide gemiddeld € 2000, terwijl de eerste daarvoor gemiddeld € 2000 per jaar betaalt en de hoger opgeleide € 4000. Dit zijn generaliseringen die geen oplossing bieden omdat ze niet op achtergronden en oorzaken ingaan. Het is bekend dat de kosten van gezondheidszorg vooral in de twee laatste levensjaren gemaakt worden, men noemt dat wel "compressie van morbiditeit aan het einde van het leven". Het heeft dan ook niet zoveel zin om deze kosten om te slaan over de totale levensduur. De vraag is verder wat onder gelijke zorg moet worden verstaan: dezelfde consumptie van dezelfde zorgvoorzieningen of gelijke kosten? De constatering dat hoog opgeleide mensen minder uitgeven aan zorg dan lager opgeleiden vraagt een veel meer gedetailleerde verklaring. Betekent het dat minder hoog opgeleiden ongezonder leven of dat zij werken in beroepen en/of omstandigheden die ongezonder zijn? En zou daar dan ook niet aan gewerkt moeten worden?

Wouter Bos noemde in het interview IVF, als een zorgvoorziening waarin de kostenverschillen onacceptabel groot zijn. Maar behoort IVF dan tot de zorg waarop de mens van nature recht heeft? Het belangrijkste punt dat hij aanroerde was echter de mogelijke uitruil bij ouderen van kwaliteit van leven tegen levensduur. Is dat wel een echte ruil? Heel veel mensen en beleidsmakers vinden van wel. Toch worden twee zaken die van een geheel verschillende orde zijn gewaardeerd alsof zij vergelijkbaar zouden zijn en dat is niet het geval. De kwaliteit van leven komt in brede zin overeen met welzijn en zeker niet alleen met fysieke en geestelijke gezondheid. En kwaliteit van leven is niet synoniem met gezondheid. Anderzijds is zelfs voor de geringste kwaliteit van leven een noodzakelijke voorwaarde dat het leven zelf er is. In de vergelijking wordt de term leven in twee verschillende betekenissen gebruikt. Het leven behoort tot het wezen van de persoon, de kwaliteit van leven is variabel en afhankelijk van door wat die persoon beleeft, ondervindt en doet. De duur van het leven, die ons geschonken wordt als eigen aan het leven zelf, is niet vergelijkbaar met de kwaliteit ervan en kan er dus ook niet voor uitgeruild worden. Door verlies aan perspectief kan het leven als van geen waarde worden ervaren, maar dat verlies aan perspectief mag geen reden zijn om dan maar voor de dood te kiezen. Dat perspectief is immers de hoop die ons richt op ons werkelijke doel, de vereniging met de Schepper, voorbij de natuurlijke dood. Dat perspectief maakt dat het leven zolang het er is altijd waard is om geleefd te worden. Daarom is het ook onaanvaardbaar om te kiezen voor de dood door weigering van een zinvolle en proportionele behandeling of door actieve levensbeëindiging. Daar is dus de oplossing tot bezuiniging niet te vinden.

Ook voor oude mensen moet dus de zorg beschikbaar blijven die het leven beschermt zolang als dat mogelijk is en iedereen moet vrij zijn om uit de beschikbare middelen die mogelijkheden te kiezen die moreel verantwoord zijn en een redelijke verhouding hebben tussen de lasten en het resultaat dat ervan verwacht kan worden. Een



leeftijdsgrens of een ander getalsmatig criterium is onmogelijk op moreel verantwoorde wijze te geven. De mens behoudt tot zijn natuurlijke dood de rechten die hem van nature toekomen, o.a. een zorgzame opvang door zijn medemensen in sociaal opzicht en qua medische verzorging. We noemen dat het socialiteitsbeginsel, wat betekent dat we allen als kinderen van dezelfde Vader deel uitmaken van één mensengemeenschap. Dat is een van de grondslagen van het beginsel van solidariteit, waarvan het rapport zegt dat die onder druk komt te staan. Daarop berust weer de keuze voor collectieve voorzieningen.

In de verdeling van de middelen en mogelijkheden van de gezondheidszorg en de opname ervan in een basaal verzekeringspakket of andere wijze van toedeling zal allereerst gekeken moeten worden naar wat werkelijk noodzakelijk is. Het voorbeeld van de IVF dat Wouter Bos naar voren bracht is ongelukkig gekozen. Het is een kostbare voorziening die ethisch gezien veel vragen oproept en niet noodzakelijk is voor leven of gezondheid. Ze wordt door de katholieke Kerk moreel onaanvaardbaar geacht, omdat ze ingaat tegen Gods bedoeling met huwelijk en voortplanting. De lezer kan zelf meer voorbeelden bedenken van niet noodzakelijke of onvoldoende verantwoorde voorzieningen die de basiszorgverzekering nu biedt.

De conclusie van het CPB-rapport begint met de opmerking dat bij een doorgaande ontwikkeling van de kosten vraagtekens gezet kunnen worden bij een gelijke toegang tot de zorg voor iedereen. Een bezinning op wat werkelijk nodig is moet aan verdere regulering, die met de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet in gang is gezet, voorafgaan.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Teloorgang solidariteit in de zorg dreigt

Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek, jaargang 19, nr. 4, 2009, p. 101-103

door prof. mr. dr. Martin Buijsen, hoogleraar Recht & Gezondheidszorg, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Faculteit der Rechtsgeleerdheid Erasmus Universiteit Rotterdam



Wie herinnert zich nog de omstreden no-claimteruggaveregeling? Deze regeling behelsde een systeem van eigen betalingen, dat op 1 januari 2005 werd opgenomen in de toenmalige Ziekenfondswet. Van voor dat doel opgehoogde premie gelden kon – afhankelijk van de mate van zorgconsumptie – teruggaaf verkregen worden. Na de stelselwijziging ging de regeling over naar diens opvolger, de Zorgverzekeringswet. Inmiddels is de regeling vervangen door een verplicht eigen risico. Het is genoegzaam bekend dat eigen betalingen verzekerden aanzetten tot meer terughoudend gebruik van medische voorzieningen. Dat heeft weer tot gevolg dat de kostenstijging in de gezondheidszorg afneemt, wat uiteindelijk voor diezelfde verzekerden resulteert in gemiddeld lagere kosten.

TGE 4 2009, Teloorgang solidariteit in de zorg

Destijds koos men voor de no-claimteruggave omdat het vriendelijker geacht werd dan het verplichte eigen risico. Dat systeem van eigen betalingen kampt namelijk altijd met een liquiditeitsdrempel. De verzekerden die zorg gebruiken, ontvangen immers een rekening die zij direct of kort daarop moeten voldoen. Lage inkomensgroepen moeten zich dan afvragen of en hoe zij die rekening kunnen voldoen. En ook zullen verzekerden met hoge zorgkosten (zoals mensen met een chronische aandoening en ouderen) al vroeg in het



jaar een bedrag ter waarde van maximaal het eigen risico moeten opbrengen.

Toch heeft de no-claimteruggaveregelings niet lang standgehouden. Niet alleen bleek er nauwelijks remmende werking van uit te gaan (de gevolgen van zijn gebruik van medische voorzieningen zag de verzekerde pas achteraf), ook had de regeling van meet af aan grote maatschappelijke en politieke onvrede tot gevolg. Het systeem bracht namelijk ook met zich mee dat sommige verzekerden – chronisch zieken en gehandicapten – vanwege hun gezondheidssituatie helemaal nooit aanspraak konden maken op een teruggave. Dit werd gezien als onrechtvaardig. Bovendien sprak men van een aantasting van het solidariteitsbeginsel. Het zorgstelsel wordt immers vooral gedragen door de bereidheid van de gezonde mens om te betalen voor het gebruik van gezondheidszorg door de ongezonde mens. Hoe zat het daarmee? Sterker nog, van de regeling kon zelfs worden volgehouden dat de eerste via zijn nOlnale premie bijdroeg aan de teruggaven die de laatste ontving. (1) Wie zich de verhitte discussies over de no-claimteruggaveregelings herinnert, in het parlement maar vooral ook daarbuiten, kan niet anders dan zich verbazen over het welhaast totale gebrek aan verontwaardiging over de praktijken van enkele zorgverzekeraars.

Herverzekeren van het eigen risico

Zoals gezegd maakte de no-claimteruggaveregelings plaats voor een verplicht eigen risico, dat momenteel € 155 bedraagt voor iedere verzekerde van 18 jaar of ouder. (2) Daarnaast staat de wet ook een vrijwillig eigen risico toe. Zorgverzekeraars mogen voor de verzekering van personen van 18 jaar of ouder verzekeringsvarianten aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover zij een korting op de grondslag van de premie dienen te verlenen. (3)

Op 21 juli jl. wees de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (de CG-Raad) op een wel heel bijzondere verzekeringsconstructie. (4) Enkele zorgverzekeraars hebben bedacht dat studenten en seizoenarbeiders bij het nemen van een basisverzekering kunnen kiezen voor het nmaximale bedrag aan vrijwillig eigen risico. Gevoegd bij het verplichte eigen risico bedraagt het totale eigen risico dan € 655, waartegenover de verzekeraar uiteraard een fikse korting kan verlenen. Zij bedacht ten voorts dat deze verzekerden het risico van het onverhoopt moeten opbrengen van een bedrag van maximaal het eigen risico konden herverzekeren, namelijk via goedkope aanvullende ziektekostenverzekeringen bij diezelfde zorgverzekeraars. Studenten en seizoenarbeiders kunnen op deze manier tot soms wel 30 procent op hun ziektekostenverzekering besparen.

Het standpunt van de regering

Een prima regeling voor mensen van wie bekend is dat zij krap bij kas kunnen zitten, zo lijkt het. Een goede oplossing voor het klassieke liquiditeitsprobleem. Wat zou er nu mis kunnen zijn met een dergelijke constructie? Helemaal niets, althans volgens minister Klink van VWS. Net voor het Kamerreces antwoordde de bewindsman op Kamervragen die een constructie betroffen van de Rabo-bank, waarbij aan studenten korting werd geboden op de ziektekostenverzekering. (5) De premiekorting van € 300 bestond uit 10 procent korting op de basisverzekering, 15 procent op de aanvullende verzekering en een lagere pre-mie die hoort bij een vrijwillig eigen risico van € 300. Op de vraag of de constructie feitelijk toch niet neerkwam op een ontduiking van het in de Zorgverzekeringswet vervatte verbod op premiedifferentiatie gaf de minister een ontken-nend antwoord. Hij wees erop dat de wet op dit verbod narnelijk een uitzondering kent: bij een zogenaamde col-lectiviteit is een korting op de premiegrondslag mogelijk van nmaximaal 10 procent voor de bij die collectiviteit aangesloten verzekerden. (6,7) Voorts liet hij weten dat de door de Rabobank gecontracteerde zorgverzekeraar, Interpolis, de prenie voor zijn verzekeringsproduct niet afhankelijk maakt van aan de persoon van de aspirant-verzekerde gerelateerde factoren als leeftijd, gezondheid, etc. Dat zou inderdaad ontoelaatbaar zijn, aldus de bewindsman. Echter, het is niet Interpolis maar de Rabobank die ervoor gekozen heeft on1 voor een specifieke doelgroep – studenten – een collectieve verzekering af te sluiten. Dat mag weer wel, en zolang de op de basisverzekering verleende korting niet hoger is dan 10 procent, mankeert er volgens minister Klink niets aan het arrangement.



Omdat de verleende korting op de aanvullende ziektekostenverzekering en het herverzekeren van het (vrijwillige) eigen risico buiten de reikwijdte van de Zorgverzekeraars liggen, kan er evenmin sprake zijn van verboden risico-selectie. In antwoord op de vraag of het vrijwillig eigen risico niet misbruikt wordt om tot risicoselectie te komen, antwoordde de minister dat er geen indicaties zijn dat er bij het aanbod van de Rabobank wordt geselecteerd op gezondheidskenmerken. Feit is natuurlijk wel dat Inter-polis, de huisverzekeraar van die bank, door de constructie in staat gesteld wordt jonge en daarmee doorgaans gezonde mensen aan zijn verzekerdenbestand toe te voegen. Mensen die vaak weinig zorg nodig hebben. Goedkope klanten dus, waar veel aan kan worden verdiend. De vraag of zulke constructies uiteindelijk niet leiden tot uitholling van het aan het stelsel ten grondslag liggende solidariteitsbeginsel – het punt dat ook de CG-Raad wilde maken – liet de minister van VWS onbeantwoord. (8)

Adder onder het gras

Collectiviteiten blijken voor zorgverzekeraars dus prima instrumenten te zijn om marketingactiviteiten te ontplooiën in de richting van aspirant-verzekerden met een – wat dan heet – gunstig risicoprofiel. Ook al zijn het wassen neuzen. Zo biedt Agis fikse kortingen aan aspirantverzekerden die aangeven een profiel te hebben op netwerksite Hyves. Deze zorgverzekeraar weet natuurlijk heel goed dat deze site vooral onder jongeren een hip imago heeft. Minister Klink heeft hiernee geen problemen zolang er – nogmaals – maar sprake is van een collectieve verzekering en de maximale korting op de basisverzekering niet hoger is dan 10 procent.

Maar bij de constructies waarop de CG-Raad doelt, van onder andere zorgverzekeraars CZ en Zilveren Kruis Achmea, zijn geen collectiviteiten betrokken. De eerdere uitlatingen van de bewindsman doen vermoeden dat hij hier evenmin juridische beren op de weg zal zien: het herverzekeren van het eigen risico van de basisverzekering ligt immers buiten het bereik van de Zorgverzekeringswet. Echter, het herverzekeren van dat eigen risico gebeurt door het nemen van een (soms wel zeer goedkope) aanvullende ziektekostenverzekering bij diezelfde zorgverzekeraar. En die verzekering is een rechttoe rechtaan schadeverzekering. Daarop is inderdaad niet de Zorgverzekeringswet van toepassing, maar wel het reguliere verzekeringsrecht van het Burgerlijk Wetboek. (9) En dat recht verzet zich niet tegen aan het schadeverzekeringsbedrijf inherente praktijken als prentdifferentialiatie en risicoselectie.

Nu zullen jonge gezonde mensen vrij gemakkelijk een dergelijke aanvullende verzekering kunnen nemen, maar voor chronisch zieken of doorgaans ongezonderen ouderen ligt dat anders. Als zij al niet geweigerd worden, dan zullen zij meer dan waarschijnlijk toch een premie moeten betalen die aanmerkelijk hoger ligt. Het prijsniveau van de 50+-verzekeringen die de zorgverzekeraars in kwestie aanbieden, ligt alvast beduidend hoger.

De chronisch zieke of minvermogenende oudere, die ook al minder goed een hoog eigen risico kan nemen, laat staan het wettelijk toegestane maximum van € 500 per kalenderjaar, heeft dus niet in dezelfde mate toegang tot een aanvullende ziektekostenverzekering, waarmee – als het erop aan komt – klaarblijkelijk ook noodzakelijke gezondheidszorg bekostigd kan worden.

Ondermijning van de solidariteit

Van oudsher kent Nederland een zorgstelsel dat op de sociale verzekeringsgedachte is gebaseerd. Dat uitgangspunt is op 1 januari 2006 niet verlaten. Met de herziening van het stelsel bedoelde men de toegang tot betaalbare en kwalitatief goede noodzakelijke medische zorg ook in de toekomst veilig te stellen voor mensen die dat nodig hebben. Met de vergrijzing van de bevolking en de gestage uitbreiding van het aantal diagnose- en behandelmogelijkheden zal de behoefte aan gezondheidszorg alleen maar toenemen. Om meer presterend vermogen in het systeem te krijgen, meer doeltreffendheid en vooral meer efficiency, besloot men overheidssturing plaats te laten maken voor concurrentie, in eerste instantie vooral tussen zorgverzekeraars. Op de zorgverzekeringsmarkt zouden deze niet elkaar in de slag moeten om de gunst van de



aspirantverzekerde. Nominale premie, service en kwaliteit van gecontracteerde zorg zullen de laatste dan tot een keuze voor een verzekeraar en een polis moeten bewegen. (10) Maar een verzekering tegen de kosten van noodzakelijke gezondheidszorg is nog steeds wat anders dan een commerciële schadeverzekering. Het eerste dient namelijk te geschieden binnen zekere sociale randvoorwaarden, tot uitdrukking komend in een aantal harde wettelijke waarborgen, zoals de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en het wettelijk verzekerde basispakket (de zogenaamde solidariteitselementen van de Zorgverzekeringswet). In het nieuwe stelsel is het zorgverzekeraars wettelijk niet toegestaan mensen voor een verzekering tegen de kosten van noodzakelijke gezondheidszorg te weigeren. (11) Selectie van aspirant-verzekerden op gezondheidsrisico's alsook van risico-inschatting afhankelijke premiestelling zijn volstrekt ongeoorloofd. En wat geldt als noodzakelijke gezondheidszorg wordt bovendien niet door de verzekeraars bepaald, maar door de wetgever. (12) Wil men zich ook verzekeren tegen de kosten van nietnoodzakelijke zorg, dan doet nlen dat maar aanvullend. Met alle inbreuken die gemaakt zijn op het reguliere verzekeringsrecht is het verzekeren tegen de kosten van noodzakelijke gezondheidszorg in Nederland dus nog steeds een sociale aangelegenheid, waarvan het wezen wordt uitgemaakt door de solidariteit van de gezonde mens met de ongezonde mens. Maar de gezonde burgers die gebruikmaken van de besproken constructies dragen minder bij in de kosten die gemaakt worden door de zorgbehoeftigen. Hierdoor worden die lasten gedragen door minder schouders, en dus drukken die lasten meer op de schouders van diezelfde zorgbehoeftigen.

Veel van de bezwaren die destijds de no-claimteruggaveregeling golden, kunnen ook worden aangevoerd tegen de herverzekeringsconstructies van enkele creatieve zorgverzekeraars. Overwegingen van solidariteit en rechtvaardigheid noopten de overheid enkele jaren geleden deze regeling te vervangen door een verplicht eigen risico, gekoppeld aan een zeer complex en administratief buitengewoon bewerkelijk systeem van financiële compensatie voor nauwkeurig afgebakende groepen van patiënten. (13)

Juridisch-technisch mankeerde er niet zoveel aan de noclaimteruggaveregeling. En als we de minister van VWS willen geloven met de uitsluitend aan gezonde burgers geboden mogelijkheid van herverzekeren evenmin, met alle implicaties voor de solidariteit vandien. Maar zelfs wie bereid is hem in zijn enge legistische redenering te volgen, zal het weinig moeite kosten om in te zien dat deze uitkomst zich niet verdraagt met een beginsel waarvan men maar blijft volhouden dat het ook aan het nieuwe zorgstelsel ten grondslag ligt. (14)

Noten

1. Tweede Kamer, 2006-2007, 31 094, nr. 3, p. 1-2.
2. Artikel 18a, eerste lid van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
3. Artikel 19 lid 2 Zvw.
4. Zie onder meer Algemeen Dagblad van 21 juli 2009.
5. Tweede Kamer, 2008-2009, 3047.
6. Artikel 18 lid 2 Zvw, en zie Tweede Kamer, 2008-2009, 3047, p. 6422.
7. Artikel 18 lid 5 Zvw.
8. Tweede Kamer, 2008-2009, 3047, en zie supra noot 5.
9. Artikelen 7: 925-986 BW.
10. Tweede Kamer, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 1-6.
11. Artikel 3 Zvw.
12. Artikel 10 Zvw.
13. Artikel 118a lid 1 Zvw jo. Artikel 3a.I Besluit zorgverzekering.
14. M. Buijsen, 'Solidariteit in de zorg verder ondermijnd', in Nederlands Dagblad van 30 juli 2009.

Samenvatting

Sinds enige tijd bieden zorgverzekeraars verzekerden de mogelijkheid om zich in te dekken tegen de kosten van



noodzakelijke gezondheidszorg als gevolg van een hoog eigen risico. Voor slechts enkele euro's per maand kunnen zij dit risico herverzekeren via de aanvullende ziektekostenverzekering. Volgens minister Klink van VWS is dit wettelijk geoorloofd. De constructie komt de solidariteit en de rechtvaardigheid in de zorg echter niet ten goede.

Summary

Some Dutch social health care insurers offer reinsurance against deductibles through very cheap complementary health care insurance policies. According to the government such arrangements are not contrary to the law. But since they favour the young and healthy, and exclude people with bad health, such schemes are detrimental to the basic ideas of solidarity and justice underlying the Dutch health care system.

Overgenomen met toestemming van Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek en Uitgeverij van Gorcum.

Het einde van de gewetensbezwaarde ambtenaar?

Katholiek Nieuwsblad, 25 april 2008

door Peter Schalk, directeur van de Reformatorisch Maatschappelijke Unie

[KatholiekNieuwsblad](#)

De Commissie Gelijke Behandeling stuurt erop aan dat iedere trouwambtenaar bereid moet zijn homohuwelijken te sluiten. Dat leidt feitelijk tot beroepsuitsluiting van gewetensbezwaarde ambtenaren.

De samenleving vindt het maar niets als je op het standpunt staat dat God het huwelijk bedoeld heeft als een unieke verbintenis tussen één man en één vrouw. Dat was dan ook de reden dat het zogenaamde homohuwelijk in Nederland wettelijk werd geregeld. Dat er ambtenaren van de burgerlijke stand zijn die vanuit hun geloofsovertuiging hieraan niet kunnen meewerken werd onderkend, en er werd een praktische oplossing bedacht door de toenmalige staatssecretaris Cohen. Hij gaf aan dat de gemeenten dat praktisch op konden lossen, en dat is dan ook zo gebeurd. Natuurlijk ontstonden er een paar startproblemen, maar die werden netjes opgelost.

Een voorbeeld daarvan is de casus van een lid van de Reformatorisch Maatschappelijke Unie (RMU), inmiddels zes jaar geleden. De RMU vroeg destijds aan de Commissie Gelijke Behandeling (CGB) om een oordeel over het feit dat een RMU-lid te horen had gekregen dat ze niet behoefde te solliciteren als buitengewoon ambtenaar van de burgerlijke stand voor de gemeente Hattem, omdat ze op grond van gewetensbezwaren weigerde zogenaamde homohuwelijken te sluiten. De CGB oordeelde dat de gemeente Hattem haar boekje te buiten was gegaan. De RMU werd in het gelijk gesteld. Maar als de RMU vandaag met dezelfde casus zou aankomen, zou de uitspraak diametraal tegenovergesteld zijn. De CGB ziet geen ruimte meer voor de gewetensbezwaarde ambtenaar.

Ommezwaai

Dat was overigens eerlijk gezegd geen verrassing. Alles wees erop dat de uitspraken uit het verleden onder druk stonden. Sinds het aantreden van het vierde kabinet-Balkenende, waarin de ChristenUnie voluit meedraait, is wel duidelijk geworden dat de maatschappij geen boodschap meer heeft aan die praktische oplossing van Cohen. Een enkele zinsnede in het regeerakkoord over de positie van gewetenswaarde ambtenaren riep een stroom van reacties op.

Deze reacties werden aangewakkerd door de belangrijkste exponent van de homobeweging, het COC, dat een sterke lobby heeft richting de politiek, maar ook richting andere organen in het maatschappelijke leven. De



voorzitter van het COC, de heer Frank van Daalen, zei dezer dagen zelfs in het Radio 1-journaal dat hij vele gesprekken heeft gevoerd met de Commissie Gelijke Behandeling, en dat deze strijd gewonnen is. Volgens hem heeft de CGB nu het licht gezien. Inmiddels is het echter donkerder aan het worden in de maatschappij. Want de ommezwaai die de CGB maakt, heeft nogal wat consequenties.

Grondrechten

Het advies van de CGB maakt duidelijk dat de weging van de grondrechten in het geding is. Door de CGB wordt de godsdienstvrijheid nu begrensd door het gelijkheidsbeginsel, en dat gebeurt ook nog eens op een oneigenlijke manier. De CGB stelt namelijk dat een gemeente de ruimte geeft om te discrimineren als ze een ambtenaar in dienst heeft die geen homohuwelijk wil sluiten. De gemeente geeft die ruimte echter in het geheel niet, zolang en voor zover zij blijft zorgen dat elk huwelijk in de betreffende gemeente gesloten kan worden. Wat de CGB nu doet, is in feite de mogelijkheid leggen bij elk trouwpaar om een persoonlijke claim te leggen op elke willekeurige ambtenaar van de burgerlijke stand. Dat is een vreemde redenering. Een stelletje dat wil trouwen wendt zich tot de burgerlijke stand, en vraagt om de uitvoering van hun voornemen. Dat stelletje heeft volgens de Nederlandse wetgeving het recht om te trouwen, dus zorgt de gemeente voor een trouwambtenaar. Klaar!

Uitsluiting

De lijn die nu gekozen wordt, leidt in feite tot beroepsuitsluiting. Als het advies van de CGB wordt overgenomen, dan is het einde dienstverband voor (buitengewone) ambtenaren van de burgerlijke stand. De CGB wil namelijk dat iedereen, dus elke ambtenaar afzonderlijk, bereid moet zijn het zogenaamde homohuwelijk te voltrekken. Dat betekent dat ambtenaren begrensd worden in hun rechten als staatsburger.

Iedereen mag blijkbaar gewetensbezwaren hebben zoals de wet aangeeft, behalve de ambtenaar. Een ambtenaar moet zijn geloofsovertuiging maar in de garderobe van het gemeentehuis hangen, en zich volkomen neutraal gaan gedragen in zijn werk. Dat zouden we hun aan willen doen, die hun beste krachten willen inzetten als ambtenaar ten dienste van overheid en burgers. Dat is pas ongelijkheid, dat is zelfs beroepsuitsluiting. Een groep mensen wordt buitengesloten op grond van hun levensovertuiging, terwijl hun levensovertuiging op geen enkele wijze schade berokkent aan een andere mens. Daarmee wordt de democratie in feite aangetast. De kracht van de democratie gaat immers uit van ruimte voor iedereen, ook voor de gewetensbezwaarde ambtenaar. En dit kan ook nog consequenties hebben voor andere beroepsgroepen.

Als godsdienstvrijheid begrensd wordt door het gelijkheidsbeginsel, dan wordt het ijs van de gewetensbezwaarde werknemer wel heel dun.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Hiv, aids en het strafrecht

Katholiek Nieuwsblad, 30 november 2007

door Martin Buijsen, universitair hoofddocent gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

KatholiekNieuwsblad

Diverse malen werden hiv-geïnfekteerde personen die bewust onbeschermd seksuele contacten hadden met anderen, door de strafrechter veroordeeld. De Hoge Raad vernietigde deze vonnissen echter. Dat is moeilijk te begrijpen, maar waarschijnlijk wel verstandig.



Nederlandse strafrechters hebben zich recent enkele malen gebogen over de vraag naar de strafbaarheid van hiv-geïnfekteerde personen die – wetende van hun besmetting – onbeschermd seksuele contacten aangingen met anderen. De slachtoffers in deze zaken wisten van niets. Maken zulke personen zich niet schuldig aan (poging tot) doodslag of (poging tot) zware mishandeling, al dan niet gepleegd met voorbedachten rade?

Ongetwijfeld tot teleurstelling van de aangevers, en vermoedelijk onbegrijpelijk voor grote delen van de bevolking, vernietigde de Hoge Raad enkele malen de uitspraken van lagere rechters die in zulke zaken tot veroordeling en strafoplegging waren overgegaan. Bijzonder ophefmakend was de uitspraak die de Hoge Raad deed op 20 februari van dit jaar. In die zaak had besmetting van het slachtoffer met het hiv-virus plaatsgevonden en stond wetenschappelijk vast dat het slachtoffer de infectie inderdaad had overgehouden aan het onbeschermd seksuele contact met de verdachte. Bovendien had de laatste volgens een door de politie opgemaakt proces-verbaal verklaard bewust te hebben gelogen over het feit dat hij hiv-positief was.

Commotie

De hoogste Nederlandse rechter oordeelde dat de verdachte weliswaar door de bewezen verklaarde gedragingen het gevaar in het leven heeft geroepen dat het slachtoffer met het hiv-virus besmet zou raken, maar niet zodanig dat gesproken zou kunnen worden van een aanmerkelijke kans op besmetting. De verdachte had zijn partner inderdaad voorgelogen. Dat kan van belang zijn voor de vraag of hij willens en wetens de kans heeft aanvaard dat hij zijn partner zou besmetten, maar voor de vaststelling van de grootte van die kans is het niet relevant. Dat de kans daadwerkelijke besmetting in de medische wereld groot geacht wordt – wetenschap die door de lagere strafrechter wel werd gebruikt – was voor de Hoge Raad onvoldoende om te kunnen spreken van een aanmerkelijke kans. Mede in verband met de volksgezondheidsbelangen ten aanzien van het bijzondere gevaar van hiv-besmetting diende volgens de Raad terughoudendheid te worden betracht bij het aanvaarden van strafrechtelijke aansprakelijkheid voor gevaarzettend gedrag als dit. Om deze reden weigerde hij aan de statistieken het gewicht toe te kennen dat nodig is om te kunnen spreken van een aanmerkelijke kans. Geen aanmerkelijke kans, dan ook geen echte opzet, en als die niet aanwezig is, dient vrijspraak te volgen. Aldus geschiedde, met de nodige commotie in de media als gevolg.

Bot strafrecht

Voor de leek is dit oordeel waarschijnlijk moeilijk te begrijpen, zeker omdat het slachtoffer in deze zaak ook echt besmet was. Waarom nu die terughoudendheid?

In zijn arrest verwees de Hoge Raad naar het standpunt van de Nederlandse regering in dezen. Die heeft zich geschaard achter het beleid dat UNAIDS, het VN-samenwerkingsverband ter bestrijding van hiv/aids, uitdraagt: de ziekte moet bestreden worden met inachtneming van alle mensenrechten, het recht op leven en het recht op gezondheidszorg in het bijzonder.

Daarbij past een bescheiden rol van het strafrecht. Zo bedoelt het strafrecht individuele daders tijdelijk te weerhouden van het berokkenen van verdere schade aan anderen, bijvoorbeeld door hen op te sluiten. Maar een gevangenisverblijf voorkomt verdere verspreiding van het virus niet, integendeel. Op de tweede plaats bedoelt het strafrecht individuele daders te rehabiliteren. Maar er is weinig of geen bewijs dat geldboetes en vrijheidsstraffen deze daders in het vervolg weerhouden van risicovol gedrag. Seksueel gedrag en drugsverslaving zijn zeer complex: de mogelijkheden van het 'botte' strafrecht tot blijvende correctie van gedrag zijn hier zeer beperkt. Andere middelen lenen zich daarvoor veel meer.

Om diezelfde reden kunnen vraagtekens worden gezet bij de afschrikkende werking die hier van strafrechtelijke sancties zou moeten uitgaan. Meer dan waarschijnlijk zijn de effecten zeer gering, als preventie en toegang tot zorg en ondersteuning er al niet door belemmerd worden. En de derde functie van het strafrecht, die van de retributie, heeft weliswaar niets met preventie van doen, maar wanneer overheidsbeleid zichtbaar ingegeven



wordt door de zucht naar vergelding, kan dat leiden tot vooroordelen, stigmatisering en discriminatie. De bereidheid om op de aanwezigheid van het virus te testen en tijdig geneeskundige hulp te zoeken kan er ernstig door worden ondermijnd.

Rechtsgevoel

Het lijkt niet met het rechtsgevoel te stroken dat in een zaak als deze, waar de onbeschermd seksuele contacten veelvuldig waren en het risico van besmetting navenant hoger, de Hoge Raad zich terughoudend opstelt. Toch doet hij er waarschijnlijk wel verstandig aan. De hoogste Nederlandse rechter heeft begrepen dat het strafrecht hier niets vermag. Het te dienen justitiële belang weegt simpelweg niet op tegen dat van de volksgezondheid. Bovendien heeft de Hoge Raad helemaal niet gezegd dat het strafrecht in zaken van hiv-besmetting per definitie zinloos is. Men kan er gevoeglijk van uitgaan dat waar besmetting door de dader echt gewild wordt, hij bepaald anders zal oordelen.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Rechtspraak dreigt handicap negatief te kwalificeren

Herman Nys over levenskwaliteit in christelijk perspectief

Tertio, 10 januari 2007

door Katrien Verreyken

Biojurist Herman Nys schuwt de controverse niet. In het debat over abortus bij baby's met een ernstige handicap vraagt hij zich af of een foetus recht heeft op levensbeëindiging. Bovendien meent hij dat de euthanasiewet op haar laatste benen loopt. Nys zet zijn ideeën uiteen op het symposium 'Kwaliteit van leven in christelijk perspectief' op 19 en 20 januari.

Kan de waarde van het leven onder een bepaald minimum zakken? Heeft het leven een essentiële waarde die het onder alle omstandigheden behoudt en die moet worden gerespecteerd? Als we aannemen van wel, zijn er dan wegen waarlangs we mensen kunnen helpen die waarde te (her)ontdekken? Dat zijn de vragen waar het symposium 'Kwaliteit van leven in christelijk perspectief' op 19 en 20 januari aandacht aan wil besteden. Het is een initiatief van de Stichting Medische Ethiek in samenwerking met het vormingscentrum Guislain vzw en het Internationaal instituut kanunnik Triest.

Herman Nys, medisch jurist en directeur van het Leuvense Centrum voor biomedische ethiek en recht, spreekt over abortus bij baby's met een ernstige handicap.

U waarschuwt voor de ethische consequenties van 'wrongful life'-vorderingen. Wat mogen we onder die term verstaan?

“'Wrongful life' – ongewenst of niet-beoogd leven – is een juridische uitdrukking die slaat op een vordering tot schadevergoeding door een kind met een handicap tegen de arts die oorzaak is van die handicap. De vraag is of rechters die vordering al dan niet mogen toestaan. De term dekt immers een hele lading. Als het kind bij de conceptie gezond was, maar door een medische ingreep tijdens de zwangerschap gehandicapt raakt, is het logisch dat de ouders recht op een schadevergoeding hebben. Maar wat als het kind bij de conceptie al een ernstige afwijking heeft en de arts een foute prenatale diagnose stelt of afziet van een gevraagde diagnose, en het kind tegen de wil van de ouders gehandicapt ter wereld komt? Kunnen ouders en kind dan een schadevergoeding eisen?



In onze westerse maatschappij is er een trend om de vordering toe te staan. Precedenten zijn de zaak-Perruche in Frankrijk van november 2000 en de zaak-Kelly in Nederland van maart 2005. In de zaak-Kelly wilde een zwangere vrouw een prenatale diagnose laten uitvoeren om zeker te zijn dat haar kind geen ernstige genetische aandoening had. Anders zou ze voor zwangerschapsafbreking kiezen. De arts vond dat er geen aanleiding tot een diagnose was, maar het kind werd toch met de familiale aandoening geboren. In de zaak-Perruche had een van de kinderen rode hond toen de moeder zwanger was. Ze vroeg de arts om een test, omdat besmetting met rode hond tot ernstige verminkingen bij de foetus kan leiden. De test werd uitgevoerd en de resultaten waren goed. Toch kwam het kind gehandicapt ter wereld. De artsen erkenden de medische fout en in beide gevallen hebben hoge rechtsinstanties de eis tot schadevergoeding goedgekeurd."

Als de medische fout geen handicap heeft veroorzaakt, kunnen moeder en kind dan een schadevergoeding eisen?

"Laten we beginnen met de moeder: je kunt zeggen dat haar de mogelijkheid van een zwangerschapsafbreking is ontnomen door het niet of foutief uitvoeren van de diagnose. Maar in ons land heeft een vrouw niet zomaar recht op een zwangerschapsafbreking. Na twaalf weken is abortus alleen nog mogelijk als vaststaat dat het kind een ernstige en ongeneeslijke handicap heeft, maar dat is nu eenmaal moeilijk vast te stellen, zeker achteraf.

Stel dat bij ons het recht op zwangerschapsafbreking toch bestond, dan nog moet de vrouw voor de diagnose duidelijk te kennen hebben gegeven dat ze bij een eventuele handicap voor een zwangerschapsafbreking zou kiezen. Hoe registreer je dat?

Een prenatale diagnose is bovendien in de eerste plaats bedoeld om mensen voor te bereiden op moeilijke beslissingen. In die discussie wordt een negatieve prenatale diagnose sowieso een pad tot zwangerschapsafbreking. De prenatale diagnostiek wordt niet meer geplaatst in een relatie van een moeder die leeft met een gehandicapt kind en recht heeft op solidariteit. Je vertrekt van het zelfbeschikkingsrecht. Zo worden alle elementen van solidariteit in een samenleving ondermijnd. Ethisch gezien vind ik dat een onrustwekkende evolutie."

En wat is de fout van de arts ten opzichte van het ongeborn kind?

"Dat is een moeilijkere vraag. De arts heeft inderdaad ook een verplichting ten aanzien van de foetus, maar moet hij ook kosten wat het kost voorkomen dat het kind zonder handicap wordt geboren? De arts krijgt hier geen keuze: als er geen remedie voor de handicap bestaat, moet hij tot abortus overgaan. Heeft het kind recht op abortus? Franse en Nederlandse rechters zeggen hier impliciet 'ja', maar juridisch gezien heeft de foetus daar geen recht op. Als je wrongful life aanvaardt, zeg je eigenlijk dat het ongeborn kind het recht heeft te beslissen niet te leven. Het eist dan een schadevergoeding voor het feit dat het bestaat. Dat kan niet."

Is de schuld ten opzichte van de moeder niet voldoende om een schadevergoeding te eisen?

"De moeder vraagt vooral een materiële schadevergoeding om de opvoedings- en de medische kosten te dekken. Ze heeft immers de verplichting het kind tot achttien jaar op te voeden. Haar schadevergoeding loopt daarom maar tot het einde van de onderhouds- en opvoedingsplicht. Maar een gehandicapt kind heeft langer zorg nodig, dus vanaf achttien jaar begint de schadevergoeding voor het kind. Het kind vraagt bovendien ook smartengeld, omdat het moet leven met een handicap."

Om een schadevergoeding te kunnen toekennen, moet de rechter eerst de schade bij het kind vaststellen, niet?

"Ja, en ook dat is moeilijk. Om de schade te bepalen, moet je de toestand met de fout vergelijken met de toestand zonder de fout. Maar de toestand zonder de fout is in dit geval de dood. Je vergelijkt dus het leven met een handicap met 'geen leven'. Die vergelijking gaat niet op. Juridisch gezien is er dus geen schade vast te stellen. In Nederland hebben de rechters dan maar het leven met een handicap vergeleken met een leven



zonder handicap. Maar op die manier zeg je dat een leven met een handicap minder waarde heeft dan zonder handicap. Rechters spreken dan een oordeel uit over de kwaliteit van leven. De schadevergoeding is dan de prijs die wordt betaald om het verschil met gezond leven goed te maken. Wrongful life-vorderingen geven een negatieve kwalificatie aan een leven met een handicap.

Geen wonder dat heel wat gehandicaptenorganisaties in Frankrijk protesteerden tegen het vonnis. Onder druk van artsenorganisaties is nu in de Franse wet op de patiëntenrechten opgenomen dat 'niemand schade kan hebben geleden alleen door het feit geboren te zijn'. In ons land denkt men er ook aan die vorderingen te verbieden. Het wetsontwerp van minister van Volksgezondheid Rudy Demotte (PS) over 'foutloze vergoeding van medische schade' bevat zo'n verbod."

Als ze geen schadevergoeding krijgen, hoe kun je mensen met een ongewenst gehandicapt kind dan wel helpen?

"Door maatschappelijke solidariteit. Als de gehandicapte en zijn gezin geen geld krijgen, dan moet de samenleving erop toezien dat ze wel alle mogelijkheden krijgen, zoals aangepaste infrastructuur, toegang tot tewerkstelling en onderwijs, enzovoort.

Kijk, het leven is niet te allen tijde een absolute waarde voor mij. Ik wil niet zover gaan dat in geen enkel geval zwangerschapsafbreking of levensbeëindiging mogelijk is. Maar we moeten onze mogelijkheden met respect aanwenden. Eind september heeft ons Centrum voor biomedische ethiek en recht een eredoctoraat uitgereikt aan Wivina Demeester. Het door haar opgerichte Huize Monnikenheide voor mensen met een mentale handicap staat voor een bio-ethisch model waarin solidariteit en respect voor de menselijke waardigheid de centrale waarden zijn. Die waarden mis ik ook in het huidige euthanasiedebat."

U staat niet positief tegenover de euthanasiewet en de mogelijke uitbreiding daarvan.

"Nee, ik blijf me verbazen over het gemak waarmee ethische problemen in wetten worden gegoten. Bovendien denk ik dat de euthanasiewet over tien jaar niet meer bestaat. De wet faalde in haar doelstelling: euthanasie is niet transparanter geworden. Artsen melden euthanasie niet als ze denken dat niet alle wettelijke voorwaarden zijn vervuld. Ze hoeven geen sancties te vrezen, want er is toch te weinig controle op de overlijdensaangiften. In Nederland onttrekken artsen zich aan de bureaucratie van de euthanasiewet door voor palliatieve sedatie te kiezen.

Euthanasie wordt bovendien almaar meer beschouwd als gewoon medisch handelen. Het is een verlengstuk van palliatieve zorg geworden, wat ik niet toejuich. Zo creëer je een recht op euthanasie, wat een plicht voor de artsen inhoudt om euthanasie uit te voeren. Men stelt nu een doorverwijsplicht voor voor artsen die weigeren euthanasie uit te voeren, zeggend om de continuïteit van de zorg te waarborgen. Maar als ze geen andere arts bereid vinden, moeten ze het toch zelf doen.

Ons land en Nederland gelden als koplopers voor euthanasie, maar geen enkel ander land volgt ons. Door het ontbreken van elke vorm van controle die naam waard – de euthanasiecommissie zond nog geen enkel geval door naar het parket – lijkt onze euthanasiewet me zelfs niet meer conform de bescherming van de rechten van de mens. Maar het zal tijd vragen voor die conclusie wordt getrokken."

Het Symposium 'Kwaliteit van leven in christelijk perspectief' werd gehouden op 19 en 20 januari 2007 in het Vormingscentrum Guislain te Gent.

Zie ook berichtgeving Katholiek Nieuwsblad

Overgenomen met toestemming van Tertio.



Keuringsartsen wel degelijk onder druk

Katholiek Nieuwsblad, 15 september 2006

door Louis van Overbeek, zelfstandig onderzoeker naar de hervorming van de WAO

[KatholiekNieuwsblad](#)

De hervorming van de WAO leidt ertoe dat verzekeringsartsen hun geweten geweld aandoen, patiënten schade berokkenen en zo hun medische eed schenden. De vertrouwenscrisis bij het UWV blijkt glashard uit een rapport, dat minister De Geus vorig jaar in het debat met de Kamer heeft verdonkeremaand.

Minister De Geus heeft de Tweede Kamer onjuist en onvolledig geïnformeerd over de verscherpte herkeuringen in de WAO. Deze opzettelijke misleiding door de minister van Sociale Zaken vond plaats tijdens het debat over de crisis bij uitvoeringsorganisatie UWV in het najaar van 2005. Dit volgt uit een recentelijk opgedoken rapport van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) met de titel Probleemsituaties en dilemma's in de verzekeringsgeneeskunde.

Schade aan patiënten

Dit rapport is door de NVVG, zoals zij het zelf in het voorwoord uitdrukt, "niet actief in de publiciteit gebracht", maar stamt reeds uit september 2005 en is wel "onderdeel geweest van bespreking met UWV en SZW (Sociale Zaken)". Het moet dus de minister bij het Kamerdebat bekend zijn geweest. In het rapport worden enquêteresultaten gepresenteerd waaruit blijkt dat ongeveer de helft van de verzekeringsartsen bij UWV van oordeel is dat zij bij toepassing van de door het ministerie en het UWV-management voorgeschreven keuringsmethode hun cliënten schade toebrengen en gedwongen worden de grenzen van hun geweten te overschrijden. Deze uitkomsten maken het onmogelijk vol te houden, zoals de minister bij dit cruciale punt in het debat deed, dat er binnen UWV geen vertrouwenscrisis bestaat.

Druk management

Ook de verzekering van de minister dat er door het UWV-management geen druk op artsen wordt uitgeoefend, wordt in het rapport weerlegd. In de conclusies leest men namelijk: "Dat de verzekeringsarts onder druk staat om zijn werk op een bepaalde wijze te doen is tamelijk onmiskenbaar. De helft tot eenderde ervaart deze druk in betekende mate. De druk wordt met name ervaren vanuit het UWV en de regelgeving...".

In plaats van met het nu verschenen rapport werd de politiek ten tijde van het debat geconfronteerd met een ander, namelijk een intern UWV-rapport opgesteld door organisatieadviseur Joep Choy en getiteld "Het woord is aan de professionals". Hierin wordt weliswaar eveneens van een 'moreel dilemma' van de keuringsartsen gesproken en melding gemaakt van de onrust binnen UWV, maar de resultaten van de enquêtes komen er niet in voor, zodat een harde, cijfermatige onderbouwing ontbreekt. Ook komt de druk van het management op de keuringsartsen nauwelijks ter sprake. Dit - afgezwakte - rapport-Choy veroorzaakte, toen het 'gelekt' werd, niettemin opschudding. Deze kon echter uiteindelijk door de minister worden gesust door een brief van de verzekeringsartsenverenigingen UWVA en NVVG te citeren waarin - in strijd met het achtergehouden eigen rapport "Probleemsituaties" - werd gesteld dat ondanks de ernst van het rapport-Choy er bij UWV geen sprake was van een vertrouwenscrisis. De minister kreeg hierop het vertrouwen van de Kamer.

'Steeds strenger oordeel'

Dat de situatie onder de verzekeringsartsen van UWV anders was dan de minister wilde doen geloven, blijkt ook uit de folder van het in dezelfde tijd gehouden NVVG-congres 'Naar eer en geweten', waarvoor het achtergehouden rapport (opnieuw volgens het voorwoord) de basis vormde. In deze congresfolder - die



inmiddels vrijwel nergens meer te vinden is – valt te lezen dat “van de verzekeringsarts een steeds strenger oordeel wordt verwacht, waarbij de eventuele sociale, emotionele of mogelijk zelfs ziekmakende gevolgen van dit oordeel niet mee mogen tellen.” De auteur vervolgt: “Het is dan ook te verwachten dat de steeds stringenter wetgeving een groot aantal verzekeringsartsen voor dilemma’s zal plaatsen. De geluiden hierover worden steeds vaker gehoord. Voor sommige verzekeringsartsen kan dit zelfs een reden zijn het vak te verlaten. Iedere verzekeringsarts wil immers naar eer en geweten handelen.”

Het verdonkeremaande rapport was ooit te vinden op: <http://wia-wao.nl/doc/dilemmasept05.pdf>. Het werd bekend dankzij een anonieme e-mail van een klokkenluider onder de toevoeging “Dit rapport is nooit gepubliceerd.” Later bleek het rapport – waarschijnlijk sinds juni 2006 – op de site van de NVVG te staan, waar het echter nooit door een buitenstaander is opgemerkt. Een speurtocht met Google naar de bekendheid van het rapport leverde geen enkele treffer op.

Nijpend tekort

Hetzelfde gold blijkbaar voor voorzitter Wijers van de NVVG, die zich, zoals hij in diverse interviews liet weten, niet met de handelwijze van de minister en het UWV-management rond de herkeuringsoperatie kon verenigen en in dezelfde periode werd opgevolgd door de hardliner Van Duijn. Aan verzekeringsartsen bestaat inmiddels bij UWV een zo nijpend tekort, dat een recent artikel over de problematiek van de moeizaam verlopende werving van nieuwe keuringsartsen in Medisch Contact de titel ‘Vissen in een lege vijver’ kreeg. UWV is inmiddels overgegaan tot het laten verrichten van herkeuringen door onbevoegden en laat deze in bepaalde gevallen maar helemaal achterwege. Hetgeen weer leidt tot een stortvloed aan Kamervragen en bezwaar- en beroepsprocedures. Het ware echter beter als de Kamer de minister terug zou roepen om hem alsnog te horen over het rapport dat hij al zo lang voor haar achterhoudt.

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).

‘Overheid breekt medisch geheim open’

Katholiek Nieuwsblad, 30 juni 2006

door Henk Rijkers

[KatholiekNieuwsblad](#)

Het nieuwe zorgstelsel heeft nefaste gevolgen voor de medische geheimhoudingsplicht. Met het invoeren van het nieuwe digitale diagnosesysteem worden patiëntgegevens doorgespeeld aan overheid en zorgverzekeraars. Volgend jaar gaat dit systeem ook gelden in de geestelijke gezondheidszorg. Psychiaters slaan alarm.

“Ik verplaats mijn praktijk over de grens naar België”, aldus een boze psychiater. “Na protest bij minister Hoogervorst, heb ik van hem schriftelijk antwoord gekregen dat het medisch geheim niet geldt voor de overheid en zorgverzekeraars. Ik weiger mee te werken aan de overdracht van vertrouwelijke gegevens van patiënten aan verzekeraars en de overheid. Dat is in strijd met mijn beroepseed.”

Marktgericht

Trammelant in psychiaterland? Ja, maar het gaat om een principiële zaak waar iedereen mee te maken heeft. De meeste mensen zal het namelijk ontgaan zijn, maar met het ondertekenen van uw nieuwe ziektekostenverzekering bent u akkoord gegaan met het vrijgeven van uw medische gegevens aan overheid en zorgverzekeraars. Weliswaar in geanonimiseerde vorm, maar toch: zelfs als je uitgaat van het onrealistische standpunt dat met die anonimisering nooit iets zal misgaan, is de vertrouwelijkheid tussen arts en patiënt in



beginsel verbroken. De reden waarom de overheid over deze gegevens wil beschikken is gelegen in de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). De gedachte erachter is dat een medische behandeling een 'product' is. Om die producten marktgericht te maken, heeft men de verschillende medische verrichtingen en zorghandelingen bij een bepaalde aandoening gecodeerd zodat een transparant sjabloon ontstaat met een prijskaartje. De specialist kan zo'n sjabloon declareren. Doordat die sjablonen digitaal zijn, en moeten worden ingeleverd bij een DBC Informatie Centrum (DIS) ontstaat daar een databank waaruit blijkt hoe er gewerkt wordt en hoe de kosten liggen. Op basis daarvan kan geconcurrereerd worden.

Een en ander kan tot gevolg hebben dat de verzekeraar je bijvoorbeeld voor een staaroperatie naar een ander ziekenhuis verwijst, omdat hij daar een voordelig contract voor staaroperaties heeft afgesloten. Kostenbeperking door marktwerking, dat is de gedachte.

Anonimisering

Volgend jaar moet die aanpak echter ook gaan gelden in de geestelijke gezondheidszorg. Dat betekent dat wie naar de psychiater gaat, rekening moet houden met onvoorziene gevolgen. Ook voor psychische aandoeningen liggen dan een aantal sjablonen klaar waar de psychiater van overheidswege de patiënt 'in moet passen'. Maar bij het declareren gaat de in deze gevallen wel heel gevoelige patiëntinformatie digitaal een eigen leven leiden. We spreken erover met een psychiater, die in afwachting van een bezwaarschrift wegens gewetensbezwaren, nog anoniem wil blijven. "De diagnoses verdwijnen naar de zorgverzekeraar en naar de overheid, dat betekent ook naar de belastingdienst, het DIS (het DBC informatiesysteem), daar hoort dan ook weer een DIS onderhoudsstichting bij, en zo gaat het maar door. Het is gigantisch." Maar de gegevens zijn toch geanonimiseerd? "Tja, je kunt ze wel anonimiseren, maar daaruit volgt nog niet dat je er recht op hebt. Naar mijn stellige overtuiging is wat een patiënt je toevertrouwt, in beginsel niet overdraagbaar, Ook niet geanonimiseerd." Is het prijsgeven van medische gegevens in strijd met de medische beroepscode? "Ja, dat volgt eruit. Als medicus verplicht je je altijd alles te zullen doen wat goed is voor de patiënt en je te onthouden van alles wat schadelijk voor hem is. Dat houdt in dat je alleen iets naar buiten brengt, als de patiënt je dat verzoekt."

Depressie

Veel psychiaters hebben echter ook problemen met het DBC-systeem als zodanig. "In ons vak is dat een absurde zaak. Een diagnose wordt in dit systeem immers gebaseerd op symptomen. Nu is de psychiatrie een vak waarin je met de symptomen rekening houdt, en die ook probeert te verlichten, maar het gaat erom de oorzaak te bereiken. Mijn ervaring en die van de meeste beroepsgeenoten is dat de moeilijkheidsgraad en duur van de behandeling meer gebonden zijn aan de oorzaken dan aan de symptomen. Laat ik een voorbeeld geven. Ik kan me voorstellen dat iemand een depressie heeft, maar dat hij in vijf tot tien zittingen en wat ondersteunende medicatie zoveel verlichting krijgt, dat hij weer op eigen benen verder kan. Maar er zijn ook mensen waarbij het allemaal ingewikkelder ligt, terwijl je toch aan de buitenkant alleen maar het symptoom van een depressie hebt, maar dan veel hardnekkiger en langduriger."

Vertrouwen

Hoe durft de overheid dit uitgerekend deze categorie patiënten aan te doen? "Als je bekendmaakt aan patiënten dat het doorspelen van hun diagnose wetgeving is, klappen ze allemaal dicht. Dat heeft een nefaste invloed op de behandeling. Je komt daardoor nog minder van hen te weten. Je moet je goed realiseren wat voor mensen psychiatrische patiënten zijn. Vaak hebben zij nooit echt vertrouwen kunnen opbouwen. Nooit geleerd zichzelf afhankelijk te maken, werkelijk kunnen geloven dat iemand werkelijk tegenover jou zijn belofte zal nakomen. Juist deze mensen moeten nog leren te onderscheiden aan wie ze hun vertrouwen kunnen geven en aan wie niet. Dus er mag helemaal geen vertrouwenskwestie spelen, anders vrees ik dat velen de weg naar de psychiatrie helemaal niet meer zullen vinden. Ik vind het ontstellend dat de beroepsverenigingen over het



algemeen tamelijk kritiekloos met dit alles akkoord zijn gegaan.”

U heeft bezwaar gemaakt bij minster Hoogervorst. Die heeft geantwoord dat het medisch geheim niet geldt voor de overheid en zorgverzekeraars. Hoe kan hij nu zo iets beweren? “Ja, dat vraag ik me dus ook af. Kennelijk is de overheid net zo iets als Onze-Lieve-Heer. Die mag ook alles weten.”

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).

Ongelijke behandeling in de gezondheidszorg

Katholiek Nieuwsblad, 2 juni 2006

[KatholiekNieuwsblad](#)

door Martin Buijsen, universitair hoofddocent gezondheidsrecht aan het Erasmus Medisch Centrum, en André den Exter, universitair docent Europees recht aan de Radboud Universiteit Nijmegen

Het zal niemand zijn ontgaan dat Nederland een nieuw zorgstelsel heeft. De meeste lezers zullen zich nog wel herinneren dat in de aanloop naar de stelselwijziging meermaals gewezen werd op het gevaar van tweedeling in de zorg. Nog geen halfjaar verder lijkt deze vrees te zijn bewaarheid.

Enkele gebeurtenissen op een rijtje. Na het van kracht worden van de Zorgverzekeringswet, op 1 januari 2006, stelden enkele grote ziekenhuizen in de Randstad voor om noodzakelijke zorg te onderscheiden in urgente en niet-urgente zorg. Onverzekerden zouden dan nog slechts noodzakelijke medische zorg verleend moeten krijgen indien en voor zover deze spoedeisend is. Onverzekerden in de zorg zijn een probleem van alle tijden, maar voor de stelselwijziging vond men dat niemand van noodzakelijke zorg verstoken mocht blijven. Nu werd een zeer wezenlijk verschil in behandeling bepleit, nota bene door zorgaanbieders, dat begin mei reeds beleid bleek te zijn geworden. In Medisch Contact schreven twee Rotterdamse ‘straatdokters’, huisartsen die hulp verlenen aan illegalen en dak- en thuislozen, dat ziekenhuizen steeds vaker onverzekerden weigeren te behandelen. Patiënten zonder een identiteits- of verzekeringsbewijs worden dikwijls al bij de receptie van ziekenhuizen weggestuurd, zonder dat iemand heeft beoordeeld of hij dringend medische hulp behoeft.

Marktwerking

Een tweede gebeurtenis. In maart van dit jaar werd bekend dat het Leidse Diaconesseziekenhuis met Zorg & Zekerheid was overeengekomen dat cliënten van deze zorgverzekeraar minder lang op een staaroperatie hoeven te wachten dan polishouders van andere verzekeraars. Dit bericht trok nauwelijks aandacht; enige jaren geleden zou dit verschil in behandeling bij de verlening van noodzakelijke zorg beslist voor meer commotie hebben gezorgd. Frappant was ook de rechtvaardiging van dit arrangement. Zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraar sprak van ‘een logisch gevolg van marktwerking’.

‘Dikke bult-zorg’

Een laatste gebeurtenis ten slotte. Bij zijn afscheid als voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (in januari 2006) brak Floris Sanders een lans voor wat nadien ‘dikke bult’-zorg is gaan heten. Mensen die er een ongezonde leefstijl op na houden, mensen die roken, te weinig bewegen, te dik zijn enzovoort, zouden meer zorgpremie moeten betalen. In de toekomst zullen de kosten van de gezondheidszorg naar verwachting sterk stijgen, aldus de scheidende RVZ-voorzitter, en om nu niet te veel te vergen van de solidariteit tussen burgers zou het verstandig zijn om ‘leefstijlgerelateerde’ zorgkosten geheel of ten dele voor rekening te laten komen van diegenen die ervoor verantwoordelijk zijn. Het debat over deze kwestie duurde beslist langer dan voorheen



zou hebben gekund.

Andere criteria

Deze geschiedenissen getuigen van een omslag in het denken over het recht op gezondheidszorg die zich in Nederland lijkt te hebben voltrokken. Voor 1 januari werd dit recht ook hier begrepen als het recht van eenieder op toegang (zowel feitelijk als financieel) tot gezondheidszorg van voldoende niveau.

Aldus verstaan is dit recht ook als mensenrecht opgenomen in tal van verdragen. Aldus verstaan impliceert dit recht niet dat verschillen in de toegang tot zorg niet voor mogen komen, maar wel dat deze slechts te rechtvaardigen zijn door verschillen in behoefte aan medische hulp. Degene die de zorg het meeste heeft, ontvangt haar het eerste. Sinds de jaarwisseling hebben echter andere criteria ingang gevonden. Verschillen in behandeling zijn kennelijk ook op heel andere gronden te billijken: het verzekerd zijn, de keuze voor een zorgverzekeraar, en zelfs zoiets als 'eigen schuld' wordt als rechtvaardigingsgrond overwogen.

Nationaal debat

Is dit alles niet in strijd met het recht op gezondheidszorg zoals dat als mensenrecht in verdragen is vastgelegd? Ook de medische ethiek, zoals opgetekend in tal van gedragsregels, is in dit opzicht glashelder: verschillen in behandeling zijn slechts op objectieve medische gronden te rechtvaardigen. Hoe kan het dan dat (ziekenhuis)artsen deze praktijken dulden? Stemmen zij er stilzwijgend mee in? Of worden zij door derden (ziekenhuismanagement, zorgverzekeraars) gedwongen hun beroepsmoraal te verloochenen?

Over keuzevrijheid en solidariteit in de zorg is voldoende gezegd en geschreven. Het is de hoogste tijd voor een nationaal debat over de betekenis van gelijkheid in de gezondheidszorg. Op 16 juni geven politici, beleidsmakers en wetenschappers hiertoe een eerste aanzet, op een symposium dat aan de Erasmus Universiteit zal plaatsvinden.

Het symposium 'Gelijkheid en het recht op zorg' vond op 16 juni plaats aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).

EU-experts: 'recht op abortus gaat voor gewetensvrijheid'

door Jan Peeters

Katholiek Nieuwsblad, 13 januari 2006

[KatholiekNieuwsblad](#)

Het recht op gewetensvrijheid van medisch personeel is ondergeschikt aan het recht van vrouwen op abortus daar waar abortus legaal is. Dat stelt het 'EU-netwerk van onafhankelijke experts op het gebied van mensenrechten' in een advies aan de Europese Commissie.

Directe aanleiding is het ontwerpverdrag – eventueel uitmondend in een concordaat – tussen het overwegend katholieke Slowakije en het Vaticaan. Daarin is bepaald dat katholieke instellingen en katholiek medisch personeel niet mee hoeven te werken aan abortus, sterilisatie, anticonceptie en andere ethisch bezwaarlijke behandelingen.

Op verzoek van de Europese Commissie en het Europees Parlement heeft het EU-netwerk voor mensenrechten



het ontwerpverdrag getoetst aan verschillende Europese en internationale verdragen en conventies. Het moest onderzoeken of de status van het eventuele verdrag boven de nationale en zelfs de grondwet gaat en of deze overeenkomst in strijd is met de fundamentele rechten van de Europese Unie.

De grondrechtenexperts concluderen dat de meeste EU-lidstaten inzake abortus vormen van gewetensbezwaren erkennen voor medisch personeel. Zij wijzen erop dat de lidstaten “gebonden zijn aan een aantal gemeenschappelijke waarden, die zijn neergelegd in het Handvest van de Fundamentele Rechten van de Europese Unie”.

Onder verwijzing naar de jurisprudentie van het VN Mensenrechtencomité stellen de experts dat waar het ‘recht’ op abortus en dat op gewetensbezwaren botsen “het een niet opgeofferd mag worden voor het andere”, (...) “zelfs niet wanneer dit is vastgelegd in een concordaat dat de status heeft van een internationaal verdrag tussen de Heilige Stoel en een staat”.

Om de balans te bepalen tussen “het recht op religieuze gewetensbezwaren en andere rechten die onder internationale mensenrechten worden toegekend, is het noodzakelijk afzonderlijk de verschillende rechten te beschouwen die door een misbruik van het recht op religieuze gewetensbezwaren worden bedreigd”.

‘Risico’s’

Als voorbeeld noemen de experts de “restrictieve abortuswet” in Polen die “verergerd wordt door ziekenhuizen en artsen die vaak op grond van gewetensbezwaren weigeren legale abortussen uit te voeren”. Dit kan ertoe leiden “dat vrouwen overgaan tot een onveilige, illegale abortus, die risico’s inhoudt voor hun leven en gezondheid”.

Officieel werd in Polen in 2004 193 keer abortus gepleegd, maar volgens een regeringswoordvoerder naar schatting 50.000 tot 70.000 illegale abortussen. Volgens de Poolse Federatie voor Vrouw en Gezinsplanning, een pro-abortus lobbyorganisatie, zou dat cijfer ergens tussen de 80.000 en 200.000 per jaar liggen.

De grootste “moeilijkheden” vormen de “morele factoren”, op de “allereerste plaats de godsdienstigheid van de Polen”, de “politieke factoren”, waartoe de sterke invloed van conservatieve partijen wordt gerekend die de “anti-abortuspolitiek delen die door de katholieke Kerk wordt gepropageerd” en de medisch-ethische gedragscode die “artsen de mogelijkheid geeft abortus te weigeren op morele gronden”.

Niet erkend recht

Het EU-netwerk erkent dat het Europees Hof voor de Mensenrechten geen recht op abortus kent op basis van het Europese Conventie voor de rechten van de mens, maar dat in de internationale wetgeving dat recht wordt erkend waar het uitdragen van de zwangerschap de gezondheid van vrouwen bedreigt.

Bovendien, schrijven zij, “lijkt de consensus te groeien dat, waar de regulering van abortus te restrictief is, in het bijzonder waar abortus onder alle omstandigheden strafbaar is of slechts enkele uitzonderingen kent, de praktijk van illegale abortus onder onveilige omstandigheden het recht op leven bedreigt”.

“Dit brengt het VN-comité voor Economische, Sociale en Culturele Rechten tot de aanbeveling de abortuswetten in sommige staten te liberaliseren (...).”

Daarnaast beroepen de experts zich op de Internationale Conventie over de Uitbanning van Discriminatie tegen Vrouwen (CEDAW), dat stelt dat waar medici bepaalde reproductieve ingrepen weigeren, de staat daarin moet voorzien.

Eisen

“Of het recht op religieuze gewetensvrijheid expliciet in een concordaat is erkend, of dat het ontleend wordt aan



(...) internationaal erkende mensenrechten, de nationale grondwet of specifieke wetgeving, dient dit recht zo te worden geregeld dat, daar waar abortus legaal is, geen vrouw beroofd wordt van toegang tot de medische zorg van abortus."

Dit betekent volgens het EU-netwerk van onafhankelijke experts dat staten op de eerste plaats een "effectieve remedie" moeten bieden tegen iedere weigering abortus uit te voeren. Ten tweede dat de weigerende medicus verplicht wordt de vrouw in kwestie door te verwijzen naar een gekwalificeerde arts die de abortus wel uit wil voeren. En ten derde, dat de staat erin voorziet dat er gekwalificeerde abortusartsen beschikbaar zijn, ook in afgelegen gebieden.

Euthanasie

Hoewel het ontwerpverdrag tussen Slowakije en de Heilige Stoel daarover niet gaat, trekken de experts hun advies door ten aanzien van euthanasie en homoseksualiteit.

"Ofschoon euthanasie noch hulp bij zelfdoding als zodanig onder de Europese Conventie voor de rechten van de mens wordt erkend, noch door enig ander internationaal mensenrechteninstrument, mag het recht op religieuze gewetensbezwaren, dat artsen moet worden toegekend die gevraagd worden euthanasie te plegen of hulp bij zelfdoding te verlenen, in landen waar euthanasie of hulp bij zelfdoding legaal is, niet zo worden uitgeoefend dat het iemand in de praktijk berooft om zijn of haar rechten uit te oefenen die door de wet zijn toegestaan."

Apothekers wordt ieder recht ontzegd op gewetensbezwaren, omdat iedereen recht heeft op anticonceptie. De grondrechtenexperts willen dit recht uitbreiden met een recht op seksuele voorlichting.

Functie-eisen

Voorts mogen katholieke instellingen aan personeel alleen specifieke eisen stellen wanneer dit van belang is voor de functie, aldus het advies aan de Europese Commissie. Maar dat geldt niet, wanneer de functie geen rechtstreekse relatie heeft met de godsdienstige overtuiging van de instelling. Als voorbeeld wordt een arts genoemd.

Met nadruk wordt gesteld dat "discriminatie op grond van seksuele oriëntatie door een Kerk of religieuze organisatie onder geen enkele omstandigheid gerechtvaardigd kan zijn". "Zelfs waar het als gerechtvaardigd beschouwd kan worden religie of overtuiging als voorwaarde te stellen voor een functie, rechtvaardigt dit geen discriminatie op andere gronden." Een en ander zou kunnen betekenen dat de onlangs gepubliceerde instructie die homoseksuelen uitsluit voor de priesteropleiding en het priesterschap strijdig is met de Europese regelgeving.

Ofschoon het netwerk van experts erkent dat kerkelijke organisaties personeel werven dat met hun uitgangspunten sympathiseert, mogen "niet-katholieken niet minder voorkeur hebben", tenzij dit voor de functie strikt noodzakelijk kan worden geacht.

"Voor zover dergelijke vereisten kunnen worden beschouwd als ongelijke behandeling op grond van de opinies van de sollicitant op zaken als de legitimiteit van abortus of de aanvaardbaarheid van homoseksualiteit, moet eraan worden herinnerd dat iedere vorm van discriminatie op politieke overtuiging verboden is volgens de Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten."

Bij het opstellen van het advies is intensief gebruik gemaakt van informatie van non-gouvernementele organisaties die op internationaal vlak lobbyen voor vrije abortus, anticonceptie en acceptatie van homoseksualiteit. Uit correspondentie blijkt dat daarbij een belangrijke bijdrage is geleverd door *Catholics for a free Choice*.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.



De zorg is niet zomaar een markt

Katholiek Nieuwsblad, 25 november 2005

KatholiekNieuwsblad

De nieuwe Zorgverzekeringswet zal veel mensen in de problemen brengen. Martin Buijsen, universitair hoofddocent Gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit, geeft aan wie en waarom.

De nieuwe Zorgverzekeringswet, die op 1 januari in werking treedt, zal het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg drastisch hervormen. Sommigen spreken zelfs van de meest drastische sociale ingreep sinds de Tweede Wereldoorlog. De overheid hoopt hiermee meer keuzevrijheid voor de burger en goedkopere en betere kwaliteit van zorg te bewerkstelligen. Nu zal geen enkel weldenkend mens met deze doelstellingen problemen hebben, maar het is zeer de vraag of de nieuwe wet zo zal uitpakken.

De nieuwe wet stoelt op de gedachte dat de aanbieders van gezondheidszorg dingen naar de gunst van een gering aantal inkopende, financieel zeer machtige zorgverzekeraars (feitelijk vijf), die op hun beurt met elkaar in de slag gaan op de Nederlandse verzekeringsmarkt. Kunnen de diensten van zowel aanbieders als verzekeraars van zorg tegen een zo optimaal mogelijke prijs-kwaliteitverhouding worden afgenomen, dan is de burger spekkoper.

Bijzondere morele eisen

Toch is de logica van deze gedachtegang niet zo dwingend als zij lijkt. Het is allerm minst vanzelfsprekend dat marktwerking in deze context de effecten zal hebben die men ervan verwacht. Van oudsher is de zorg namelijk een van de weinige domeinen waar men aanvaardt dat een rechtvaardige verdeling van schaarse goederen op basis van behoefte geschiedt. Zorg dient men te ontvangen zodra men zorg behoeft. Daar komt bij een breed gedeeld besef dat de toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg voor iedereen gelijk behoort te zijn. Aan de gezondheidszorg worden door de samenleving dus bijzondere morele eisen gesteld en het is zeer de vraag of de overheid dat voldoende heeft beseft. De zorg is niet zomaar een markt.

Wat de discussies en beschouwingen over de stelselherziening verder typeert, is de afwezigheid van het besef dat succesvolle markten zelden of nooit het product van ontwerp zijn. Markten komen spontaan op en een goed werkende markt is – anders dan men vaak denkt – allesbehalve chaos en anarchie. Markten worden beheerst door talloze spelregels, spelregels die op voorhand eigenlijk niet te kennen zijn. Omdat het creëren van een succesvolle markt op zichzelf dus al een welhaast onmogelijk karwei is, en omdat – gegeven de bijzondere eisen – de gehoopte effecten van marktwerking in de gezondheidszorg niet erg waarschijnlijk zijn, vrezen velen chaos en paniek na de invoering van de wet op 1 januari 2006.

De gevolgen

Nu zit niemand op chaos te wachten. En gezegd moet worden dat men druk doende is dit te voorkomen. De meer dan vierhonderd extra krachten die momenteel bij de Belastingdienst de aanvraagformulieren voor de inkomensafhankelijke zorgtoeslag verwerken, de duizenden mensen die momenteel de belcentra van de zorgverzekeraars bemannen en de nieuwe polissen klaarmaken, de talloze medewerkers van de zorgaanbieders die momenteel nieuwe patiëntenadministraties inrichten et cetera. Maar zelfs de grote zorgverzekeraars, die omwille van de lieve vrede ervoor gekozen hebben elkaar toch maar niet op prijs te beconcurreren, lijken nu toch wat nerveus te worden. Nu de datum van de stelselwijziging snel nadert, blijken telkens nieuwe problemen op te doemen. Zo blijkt de gelijktijdige invoering van twee soorten eigen bijdrage (eigen risico en no claim) administratief erg bewerkelijk te zijn.



Serieuzer zijn de gevolgen op de korte termijn voor de burgers, of liever gezegd: voor bepaalde categorieën van burgers. De Belastingdienst heeft inmiddels becijferd dat ongeveer vijftien procent van de burgers die voor de zorgtoeslag in aanmerking komt, zich niet heeft gemeld. De voorlichting heeft dus een zeer grote groep burgers nog niet weten te bereiken. Bovendien zal de fiscus de zorgtoeslag (een bedrag van zo'n 400 euro) van tevoren op de privé-rekening van de rechthebbenden storten en wel in de maand december. Nu is december een dure maand en te vrezen valt dat velen het uitgekeerde bedrag voor andere doeleinden zullen gebruiken, zoals het delgen van schulden, en vervolgens onverzekerd raken omdat ze later hun verzekeringspremie niet meer kunnen betalen.

Vooralsnog reageert minister Hoogervorst laconiek op alle signalen. Hij voelt in ieder geval weinig voor het idee de zorgtoeslag op de rekening van de zorgverzekeraar te storten, dat bedrag vervolgens van de premie af te trekken, en de premie ten slotte op de uitkering in te houden. Het is buitengewoon bedenkelijk dat juist diegenen die er problemen mee zullen hebben – de daklozen, de geestelijk zieken, de chronisch zieken, de ouderen, de armlastigen – tot boekhouding worden aangezet.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.