

Sicko ook bij ons?

| Dirk Van Duppen |



"Het is verbazingwekkend dat zo velen in Europa of in Canada willen experimenteren met vermarkting in de gezondheidszorg, ondanks het feit dat deze vermarkting in de Verenigde Staten overduidelijk een verschrikkelijke mislukking is geworden."

(Prof. Marcia Angell, voormalig hoofdredacteur van *The New England Journal of Medicine* en wetenschappelijk adviseur voor SiCKO)⁽¹⁾

"Des te meer Europa haar gezondheidszorg privatiseert, des te meer gaan jullie Amerikaanse toestanden kennen."

(Michael Moore op de persvoorstelling van SiCKO in Rome)

Dirk van Duppen

Huisarts bij Geneeskunde voor het Volk te Deurne en initiator van het kiwimodel voor geneesmiddelen.

dirk.vanduppen@gvhv.be



Het andere gezicht van de 'American Dream'

Voor alle duidelijkheid, 'SiCKO', de nieuwe Michael Moore-documentaire, gaat niet over de 47 miljoen Amerikanen die geen ziekteverzekering hebben, wel over de meer dan 250 miljoen verzekerden. Enkele anekdoten: een vrouw heeft een ernstig verkeersongeval en wordt bewusteloos naar het hospitaal gevoerd. De verzekering weigert de ambulance te betalen want de vrouw had vooraf geen toestemming gegeven voor dit transport. Kafka? Kafka met dodelijke gevolgen. Een moeder brengt haar 18 maanden dochtertje Mychelle met braken, diarree en hoge koorts naar de spoedafdeling. De dokters stellen de diagnose van bloedvergiftiging en willen intraveneus antibiotica toedienen. De verzekering eist dat het kind wordt overgebracht naar een ander ziekenhuis waar zij een contract mee hebben.

“

Eén oproep van Moore op het internet om uitsluitingen en klachten te melden geeft op één week tijd 25.000 reacties.

Drie uur later, vijftien minuten na aankomst in het tweede hospitaal, sterft het kind.

De tragedie houdt niet op. De meest confronterende beelden komen van een controle-arts die getuigt voor een parlementaire onderzoekscommissie dat ze geen toelating gaf voor een behandeling van een patiënt die kort daarop overleed. De arts kreeg promotie. Want, zo vertelt ze geëmotioneerd aan de verbouwe-

reerde commissieleden, "het was mijn opdracht om met mijn medische ervaring de firma geld te besparen". Een heleboel mensen worden geweigerd voor aansluiting bij een ziekteverzekering omwille van 'te dun', 'te dik', gezondheidsrisico's of bepaalde aandoeningen in de voorgeschiedenis. Verzekeringsdeskundigen gaan als detectives op zoek naar ziektes in het verleden, die de patiënt zou kunnen verzwegen hebben bij aansluiting. Zo kunnen ze in geval van ernstige medische kosten de patiënt uitsluiten wegens 'fraude'. "Het was alsof we een moordzaak moesten onderzoeken", vertelt één van hen.

Veel inspanning om deze voorbeelden te vinden, moest de regisseur niet doen. Eén oproep van Moore op het internet om uitsluitingen en klachten te melden geeft op één week tijd 25.000 reacties. Om aan te tonen dat het ook anders kan, trekt Moore naar Canada, Frankrijk en Groot-Brittannië. Allemaal landen waar de levensverwachting hoger en de kindersterfte lager ligt en waar de ziekteverzekering niet in privéhanden is. In Engeland zijn de ouders van een pas geboren baby stomverbaasd wanneer Moore hen vraagt hoeveel de bevalling hen in het NHS-ziekenhuis gekost heeft. "Niets" is het voor ons evidente antwoord. Maar de parallelmontage met de Amerikaanse lotgevallen maakt het allemaal veel pijnlijker.

Een traan en een lach, maar ook harde feiten en cijfers

SiCKO is Michael Moore op zijn best. Met veel humor, telkens afgewisseld met sterk ontroerende scènes, sleept hij de kijker mee. "Humor

is echt nodig wanneer je in zo'n zwarte tijd moet leven", zegt de filmmaker. Al brengt Moore zijn verhalen niet altijd op de meest genuanceerde wijze, de beweringen in de film zijn stevig wetenschappelijk onderbouwd. Op de website vind je 'SiCKO' Factual Backup', de belangrijkste feiten en cijfers en hun gerenommeerde bronnen⁽²⁾. 's Werelds drie belangrijkste wetenschappelijke tijdschriften de *Lancet*, de *British Medical Journal* en de *New England Journal of Medicine* brengen elk uitgebreid een lovende filmbespreking⁽³⁾. Dit is nooit gezien.

De helft van de verzekerde volwassenen in de VS onder de 65 jaar, zegt in een recente studie dat ze in geval van een ernstige tegenslag met hun gezondheid, de medische kosten niet zouden kunnen betalen⁽⁴⁾. Bij de helft van de één miljoen Amerikanen die jaarlijks persoonlijk bankroet gaan, is dit te wijten aan medische kosten⁽⁵⁾. De VS heeft met zijn privé-geneeskunde een hogere kindersterfte en lagere levensverwachting dan de Europese landen of Canada. Nochtans kost de Amerikaanse geneeskunde zo'n 16% van het Bruto Nationaal Product (BNP) tegenover ongeveer 10 % in de meeste Europese landen⁽⁶⁾. In absolute termen bedragen de uitgaven aan gezondheidszorg in de VS gemiddeld 5.711 dollars per hoofd, dit is ruim tweemaal zoveel als bijvoorbeeld België met 2.828 dollars of Engeland met 2.389 dollars⁽⁷⁾. Cuba dat qua BNP per capita nog een land in ontwikkeling is, haalt voor het geheel van zijn bevolking betere gezondheidsresultaten dan de gemiddelde Amerikaan. Terwijl de sociaal achtergestelde bevolkingsgroepen in de VS, zoals de latino's, het gezondheidsniveau van een derde wereldland hebben.

“

Toen ik twintig jaar geleden afstudeerde waren remgelden in België nog symbolisch. Vandaag heb ik patiënten die schulden moeten aangaan om hun ziekenhuisfacturen af te betalen.

En de 'European Dream'?

Moore stelt in SiCKO de Europese gezondheidszorg nogal rooskleurig voor. Begrijpelijk als je vergelijkt met Amerikaanse toestanden. In realiteit wordt Europa echter geconfronteerd met een sluipende veramerikanisering van de zorg. In heel Europa waait er een wind van vermarkting, commercialisering en privatisering. In Frankrijk en in Nederland wil de overheid het franchisesysteem invoeren in de zorg. Dit betekent dat de patiënt de eerste paar honderd of soms duizend euro aan gezondheidszorg volledig uit eigen zak zal moeten betalen. Dat is sociaal onrechtvaardig want een arme betaalt dan naar verhouding veel meer van zijn inkomen aan zorg dan een rijke. Het is bovendien gevaarlijk voor de volksgezondheid, want het verhoogt de drempel voor toegang van de zorg, precies bij die mensen die het financieel moeilijk hebben en meestal ook medisch het meest zorg nodig hebben. Dat duwt naar privatisering want de verzekeringswereld krijgt daarmee een gigantische markt van private financiering in de schoot geworpen.

Toen ik twintig jaar geleden afstudeerde waren remgelden in België nog symbolisch. Wij konden als huisarts patiënten zonder problemen

laten opnemen in het ziekenhuis, zolang als dat nodig was, zonder de patiënt zwaar op kosten te jagen. Vandaag heb ik patiënten die schulden moeten aangaan om hun ziekenhuisfacturen af te betalen. Sommigen zieken krijgen zelfs een deurwaarder over de vloer. In vijf jaar tijd zijn de gemiddelde kosten van een gewone ziekenhuisopname voor de patiënt met 41% procent gestegen. Dat blijkt uit een CM-onderzoek waarvoor de ziekenhuisfacturen van de leden in de periode 1998-2004 tegen het licht werden gehouden. Het gemiddelde bedrag dat de patiënt moet uitgeven voor een hospitalisatie van minstens een nacht bedroeg in 2004 al 471 euro⁽⁸⁾.

De gemiddelde uitgaven die mijn patiënten in Deurne uit eigen zak moeten betalen verschillen aanzienlijk wanneer ze zich in het privé-ziekenhuis O.L.V. Middelaes (907 euro) laten opereren, ver-

geleken met het openbare Sint-Erasmus ziekenhuis (442 euro). Nochtans liggen beide ziekenhuizen dichtbij mekaar. Sinds 2004 is Sint-Erasmus geen OCMW ziekenhuis meer, maar verzelfstandigd in het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA)⁽⁹⁾. Sinds die verzelfstandiging is in de ziekenhuizen van ZNA een waarborg systeem ingevoerd. Op posters bij de balie van de consultaties wordt ook voor mensen die ongeletterd zijn of geen Nederlands kunnen lezen, het systeem in één oogopslag duidelijk gemaakt. Bovenaan de affiche staat een afbeelding van een paspoort + één van

een SIS kaart = 25 euro, daaronder: de afbeelding van het paspoort + een kruis over de SIS kaart = 50 euro, daaronder: kruis over paspoort + kruis over SIS kaart = 100 euro. Kortom, wie het meest kwetsbaar is en veelal het meeste zorgen nodig heeft, zal het meeste moeten betalen. Een kind met een bronchitis dat zich op consultatie aanbiedt, loopt kans in de Antwerpse ex-openbare ziekenhuizen te worden teruggestuurd als de moeder de waarborg niet kan betalen. Dat kind kan een longontsteking ontwikkelen en dan moet het wel via de spoed worden opgenomen voor hospitalisatie. Dat is natuurlijk

inefficiënt, maar bovenal onmenselijk en sociaal onrechtvaardig.

Patiënten die in een ziekenhuis een geconventioneerde specialist willen raadplegen, moeten weken, soms maanden wachten voor ze een afspraak kunnen krijgen. Een gecon-

ventioneerde arts heeft een conventie met het RIZIV ondertekend, waarbij hij zich verbindt om binnen bepaalde uren de normale tarieven aan de patiënt te vragen en geen extra-erelonen te innen. In ruil daarvoor stort het RIZIV een som voor het pensioensparen van de arts. Gaan deze patiënten bij de specialist privé dan kunnen ze onmiddellijk terecht. Ze betalen dan wel twee of driemaal het geconventioneerde tarief. 'Voorkruipt-zorg', bijvoorbeeld wanneer patiënten wachttijden kunnen ontlopen op basis van andere dan medische motieven, komt zo meer en meer voor.

“

Patiënten die in een ziekenhuis een geconventioneerde specialist willen raadplegen, moeten weken, soms maanden wachten voor ze een afspraak kunnen krijgen.

Privé-verzekeringen die uitsluiten

Marcel, een gepensioneerde arbeider van 69 jaar, moet acuut geopereerd worden wegens een buikvliesontsteking als gevolg van een diverticulitis. Dat zijn ontstekingen van enkele uitstulpinkjes van de dikke darm. De aanwezigheid van die uitstulpinkjes is een gevolg van een normaal verouderingsproces en wordt diverticulose genoemd. Marcel krijgt na zijn eerste operatie waarbij een deel van de darm werd weggenomen, een tijdelijke uitwendige anus of stoma in de buikwand. Een paar maand later, als de ontsteking in de buik genezen is, wordt Marcel een tweede keer geopereerd, om de dikke darm terug met de endeldarm te verbinden en het stoma te verwijderen. Marcel heeft uiteindelijk enkele weken hospitalisatie achter de rug. De specialisten vroegen hem of hij een hospitalisatieverzekering had, ja die had hij gelukkig. Ze hebben hem het dubbele ereloon gevraagd en hij mocht op een éénpersoonskamer. Handig als je nog moet leren je stoma te verzorgen. Prijskaartje: de man moest uit eigen zak meer dan 5.000 euro hospitalisatie en ereloonkosten ophoesten. En dan kwam als een donderslag bij heldere hemel het bericht van de verzekering: ze weigeren tussen te komen. Diverticulitis is een gevolg van een voorafbestaande diverticulose argumenteerde de verzekeringsmaatschappij. Ze hadden uitgeplozen dat Marcel al diverticulose moet gehad hebben nog voor hij de hospitalisatieverzekering had aangegaan. Het enige dat ik voor Marcel nog heb kunnen bekomen is dat de chirurg zijn supplementen liet vallen. Deze collega was zelf geschokt en reageerde ironisch: "Ja, dan kun je appendicitis ook al niet meer laten verzekeren, want

“

"Hospitalisatiepremie leerkrachten fors duurder", titelde *De Standaard* onlangs. Gepensioneerde leerkrachten met een polis bij Ethias betalen eensklaps 2,5 keer zoveel als vroeger.

de patiënt moest dan maar geen appendix gehad hebben."

Sluipende amerikanisering

In 2005 werd 68% van de gezondheidszorg in België gefinancierd door de overheid. Van de 32% private financiering betaalden de patiënten 21% uit eigen zak en de privé-verzekeringen de overige 11%⁽¹⁰⁾. In de nationale gezondheidsenquête⁽¹¹⁾ van 2004 rapporteerde 10% van de ondervraagden al eens medische zorgen te hebben uitgesteld omwille van financiële problemen. In Brussel bedroeg dit zelfs 18%. Vandaag wordt in toenemende mate gesproken van een 'gezondheidszorg met twee snelheden', waarin hooggeprijsde technologische vernieuwingen enkel toegankelijk zouden zijn voor diegenen die ze kunnen betalen, eventueel via een aanvullende private verzekering.

In ons land zijn nu al zeven miljoen mensen aanvullend privé verzekerd voor hospitalisatie. Maar de premies worden steeds duurder. "Hospitalisatiepremie leerkrachten fors duurder", titelde *De Standaard* onlangs⁽¹²⁾. Gepensioneerde leerkrachten met een polis bij Ethias betalen eensklaps 2,5 keer zoveel als vroeger. "Ik kan dat gewoon niet betalen van mijn pensioentje", zegt een gepensioneerde leraar grafische technieken uit Gent aan *De*

Standaard. "Voor mijn vrouw en mijzelf betaal ik plots 1.210 euro in plaats van 484. Dat is het pensioen van een hele maand. Waar moet ik dat vandaan halen? En waar haalt Ethias het recht in één keer zo fors op te slaan? Ik heb dertig jaar trouw premies betaald." Op een symposium van de CM over de commercialisering in de zorg werd gewaarschuwd voor grote buitenlandse beursgenoteerde groepen die azen op de meest winstgevendste delen van de Belgische gezondheidszorg⁽¹³⁾.

De oplossing = 'we and not me' = meer solidariteit

Michael Moore eindigt SICKO met een pleidooi voor meer solidariteit: 'ieder betaalt naar vermogen en ieder krijgt naar behoefte' of 'we moeten leven in een wereld van 'we and not me'. De verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in België steunt op de solidariteit, waarbij de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen. België heeft dankzij het solidariteitsbeginsel nog steeds een kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg. Dit systeem onderscheidt zich fundamenteel van een privaat verzekeringsstelsel, dat selecteert in functie van het risico en heeft als bedoeling winst te maken. Er bestaat een brede maatschappelijke consensus dat gezondheidszorg een basisrecht is. Dat geen enkele zieke minder goede medische zorgen mag krijgen omwille van de dikte van zijn portemonnee. Dat niemand voorrang mag krijgen op basis van andere dan strikt medische motieven.

De consequentie van deze basisprincipes is dat gezondheidszorg wezenlijk gebaseerd moet zijn op solidariteit, dit om twee redenen.

“

In ons land leven mannen met een lage scholing 5,5 jaar minder lang en vrouwen zonder diploma 25 jaar minder gezond dan mensen met een universitair diploma.

Vooreerst kent de behoefte aan gezondheidszorg een zeer ongelijkmatige verdeling: 10% van de bevolking, vooral chronisch zieken en bejaarde patiënten, verbruiken 75% van de uitgaven. Ten tweede hebben mensen met de minste middelen en minste kansen het meeste nood aan zorg. Een recente studie van de Koning Boudewijnstichting toont aan dat in ons land mannen met een lage scholing 5,5 jaar minder lang leven of vrouwen zonder diploma 25 jaar minder gezond leven dan mensen met een universitair diploma⁽¹⁴⁾. Om in zo'n omgeving van dubbele ongelijkheid een doelmatige en toegankelijke gezondheidszorg te waarborgen, is solidariteit nodig. Solidariteit betekent noodzakelijkerwijze een transfer van 'rijke en gezonde' naar 'arme en zieke' mensen. Vanuit deze ethiek van solidariteit worden de beschikbare middelen verdeeld volgens wie het meeste nodig heeft (*behoefte*) en niet zoals bij marktwerking volgens wie het meeste kan betalen (*koopkracht*) of er het meeste kan aan verdienen (*winstbejag*).

Robuust wetenschappelijk bewijs over zeven kwalen van de vermarkting in de zorg

"De bewering dat privatisering van voorzieningen leidt tot grotere efficiëntie wordt verworpen door robuuste wetenschappelijke bewijs-

voering met de ervaring in de VS, waar dit fenomeen het sterkst veralgemeend is, en nu ook met de ervaring in Engeland door de toenemende vermarkting binnen de NHS", aldus professor Allyson Pollock. Zij wordt wereldwijd erkend als de wetenschapper die het meeste onderzoek heeft gedaan naar de gevolgen van de privatisering in de gezondheidszorg. Zij heeft daarover ook veelvuldig gepubliceerd in toptijdschriften zoals de *Lancet* en de *British Medical Journal*⁽¹⁵⁾. In de wetenschappelijke literatuur zijn volgende zeven kwalen als gevolg van vermarkting, commercialisering of privatisering uitgebreid beschreven. Ook bij onze bovenburen in Nederland waar de vermarkting van de zorg recent is binnengesloopen, steken deze zeven kwalen in sneltempo de kop op⁽¹⁶⁾.

Eén: tweedeling in de zorg. De markt kent geen moraal en heeft geen belang bij solidariteit. Zoals eerder gezegd, leidt winstbejag noodzakelijkwijze naar een geneeskunde met twee snelheden: één voor de rijken en één voor de niet-rijken.

Twee: risicoselectie en risicokapitaal. Private verzekeringsmaatschappijen zijn vooral geïnteresseerd in jonge, rijke en gezonde klanten. Als je aan één van die drie kenmerken niet voldoet wordt je minder interessant en kun je uitgesloten worden. De nationale openbare gezondheidszorgverzekering biedt veiligheid en zekerheid voor allen, omdat het risico wordt gespreid over het breedst mogelijke maatschappelijk draagvlak, over heel de

samenleving. Dit valt weg bij privatisering, waar de gezondheid van mensen in handen komt van financieel risicokapitaal.

Drie: verspilling en slechte geneeskunde. Onderconsumptie voor wie het nodig heeft en niet kan betalen, overconsumptie en medicalisering bij mensen die wel kunnen betalen, kortom slechte geneeskunde. Specialisten gebruiken patiënten met vette verzekeringspolsen om exorbitante erelonen op te strijken. Gevolg: hoge uitgaven voor de verzekeringsmaatschappijen die deze op hun beurt gaan

afwentelen op de verzekerden door verhoging van de premies. Dat bemoeilijkt verder de toegankelijkheid voor deze aanvullende verzekeringen en leidt dus opnieuw tot meer tweedeling in de zorg.

Vier: kwaliteitsverlies in de zorg. Het marktprincipe heeft geen langetermijnbelang. Iets wat zeer belangrijk is in de zorg. Preventie, bij uitstek onderdeel van zorg gericht op lange termijn, zal minder aandacht krijgen. Want de ingesteldheid van de markt staat op "zoveel mogelijk zorg leveren aan een zo laag mogelijke prijs". Gevolg: bekibbeling op kwaliteit, scholing en arbeidsomstandigheden voor het personeel. Privatisering en winstjacht leiden tot voortdurende verhoging van de werkdruk en tot onderbetaling van het personeel. Ziekenzorg is bovenal mensenzorg. De motivatie, de menselijke houding en de bekwaamheid van de zorgverleners en hun beschikbare tijd voor de patiënt zijn daarbij cruciaal. Dit alles komt onder druk te staan.

“

Privatisering en winstjacht leiden tot voortdurende verhoging van de werkdruk en tot onderbetaling van het personeel. Ziekenzorg is bovenal mensenzorg.

Vijf: gebrek aan samenwerking. Bij privatisering komt concurrentie boven de zo noodzakelijke samenwerking in de zorg. Vermarkting leidt tot versnippering, chaos en verspilling in plaats van doelmatige planning en samenwerking. Het leidt tot fragmentering en verlies van gezondheidsgegevens nodig voor wetenschappelijk onderzoek. Om meer winst te maken doen private instellingen wetenschappers betalen voor gezondheidsdata, terwijl deze gegevens in een openbare gezondheidszorg gemeengoed zijn.

Zes: meer bureaucratie en hoge 'overhead'-kosten. Empirisch onderzoek zowel in de VS als in Europa heeft aangetoond dat de administratieve kosten bij private maatschappijen in de zorg twee tot drie keer zo hoog liggen dan bij non-profit of publieke instellingen. Dit komt omdat vermarkting gepaard gaat met het aantrekken van topmanagers, wiens topnoten concurrentieel moeten zijn in opwaartse zin. Anderzijds is er nood aan een sterk bureaucratisch controleapparaat voor zorgverleners en hun 'klanten'. Want hun kosten moeten daarentegen zoveel mogelijk gedrukt worden, concurrentieel in neerwaartse zin. Bovendien betekent markt concurrentie en concurrentie betekent marketing en reclame, nog een andere belangrijke bron van de hoge 'overhead' kosten. In de geneesmiddelensector wordt bijvoorbeeld 30% van de verkoopprijs gespendeerd aan reclame. Vermarkting en concurrentie brengen tevens hoge kosten mee voor advocatenbureaus die alle mogelijke contracten moeten opstellen of die van de concurrenten moeten aanvechten, of voor consultancybureaus die de markt en haar concurrenten in kaart moeten brengen.

Zeven: duurdere zorg, verschraving en minder keuzevrijheid. Concurrentie leidt noodzakelijkerwijze tot overnames en fusies, marktconcentratie en tenslotte marktverdeling en monopolievorming. Vervolgens kunnen deze privé-instellingen hun prijzen opleggen: de hoogst mogelijke prijs die de zieke bereid of in staat is te betalen, voor een zo laag mogelijke keuzevrijheid. Dat creëert het meeste winst. Bovendien geeft concentratie aan economische macht de mogelijkheid tot het beïnvloeden van politieke beslissingen via lobbywerk of zelfs erger. Dit is gevaarlijk voor de democratie.

Tot slot...

Moore beperkt zijn engagement niet tot het maken van een film. De verontwaardiging die zijn film bij het publiek oproept enerzijds en zijn enthousiasme voor het alternatief anderzijds, zet hij om in praktische instrumenten, zoals petities, achtergrondteksten, modelbrie-

“

De kwaliteit van een beschaving kan gemeten worden aan de zorg die zij besteedt aan de zwakste leden van de samenleving, *in casu*: de zieke mensen.

ven aan volksvertegenwoordigers of manifestaties. Allemaal te vinden op zijn websites www.michaelmoore.com en www.SICKO.cure.org. Het alternatief van een 'single-payer' nationale, sociale en op solidariteit gebaseerde gezondheidszorgverzekering wordt gesteund door een concreet wetsvoorstel in het Amerikaans Congres. Het wordt onderbouwd

door een wetenschappelijke studie, van de hand van drie Harvard-professoren, waaronder Marcia Angell, gepubliceerd in de prestigieuze *Journal of the American Medical Association* (JAMA). Op zijn websites of via YouTube kun je Michael Moore, in zijn eigengereide stijl, aan het werk zien op de grote tv-stations zoals CNN, op manifestaties van verpleegkundigen in Californië of in het statige Amerikaans Congres zelf.

de zieke mensen. Gezondheidszorg moet een basisrecht blijven. Zoals Michael Moore ons laat zien staan wij voor de uitdaging ervoor te zorgen dat SiCKO zich hier niet verder ontwikkelt. Daarom is het 'Actieplatform Gezondheid en Solidariteit' gevormd. Beide grote vakbonden, beide grote mutualiteiten, ngo's, academici enz., zowel Franstalig als Nederlandstalig, maken er deel van uit (zie www.gezondheidsolidariteit.be).

De kwaliteit van een beschaving kan gemeten worden aan de zorg die zij besteedt aan de zwakste leden van de samenleving, *in casu*.

Gezondheidszorg mag geen koopwaar worden. Die boodschap geldt voor België én voor Europa.⁽¹⁷⁾

1) Persoonlijke correspondentie van auteur DVD met Marcia Angell, 15 augustus 2007.

2) www.michaelmoore.com

3) Faith McLellan. *Prescription for change*, The Lancet 2007. 369: 2151-2152. Hacker JS. *Healing Our SiCKO Health Care System*, N Engl J Med 2007. 357:733. Douglas Kamerow. *No laughing matter*. BMJ, Jul 2007; 335: 47.

4) *Consumer Reports health insurance survey reveals 1 in 4 people insured but not adequately covered* Washington, DC: Consumers Union, 2007.

5) Himmelstein DU, Warren E, Thorne D, Woolhandler S. *Illness and injury as contributors to bankruptcy*. Health Aff (Millwood) 2005; Suppl Web Exclusives W5-63- W5-73.

6) *Trends in European health care*, 2007. Roland Berger Strategy Consultants. OECD 2005 data.

7) Human Development Report 2006.

8) De evolutie van de uitgaven voor de gezondheidszorg in België. CM - Themadossier. Nr. 8 - september 2006.

9) Berekend via www.cfm.be. Het betreft hier de gemiddelde uitgave uit eigen zak bij CM-leden voor verblijf op een kamer voor twee personen wegens een heelkundige ingreep.

10) Trends in European health care. 2007. Roland Berger Strategy Consultants. OECD 2005 data.

11) Gezondheidsenquête België 2004. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. <http://www.wiph.fgov.be/epidemiologie/crospnl/hisnl/his04nl/hisnl.pdf>

12) *De Standaard*, 5/6/2007.

13) *De Standaard*, 17/02/07.

14) *De Standaard* 1/06/07.

15) De meeste publicaties van Pollock in de *British Medical Journal* zijn vrij on-line te raadplegen op www.bmj.com. Zij publiceerde twee boeken over de vermarkting en privatisering van de NHS: Allyson M Pollock. NHS Plc. *The Privatisation of Our Health Care*, London. Verso 2004; *The New NHS: A Guide to Its Funding, Organisation and Accountability*, London. 2007.

16) Martin Buijssen, Andre dne Exter, Agnes Kant. Behoed de zorg voor marktfundamentalisme, *NRC Handelsblad*, 24 juni 2004. Agnes Kant, Koos van der Velden, Harald Aarts, Jaap vander Heuvel. Nieuw zorgstelsel pakt negatief uit voor patiënt, *De Volkskrant*, 17 november 2005. Agnes Kant, Martin Buijssen. Niemand wil dikke bult-zorg, *De Volkskrant*, 7 februari 2006.

17) Lees ook: Dirk Van Duppen, Luc Hutsebaut, Dirk Coeckelbergh. Het kiwi-model voor geneesmiddelen. *De gids op maatschappelijk gebied*, mei 2005.