

Martin Buijsen

hoogleraar gezondheidsrecht,
Erasmus Universiteit, Rotterdam

Gonnie Korteland

advocaat bij Van Beem de Jong
Advocaten, Den Haag

BELONEN GEZOND GEDRAG ONDERMIJNT GEZONDHEIDSZORG



Gezondheid niet afdwingen met geld

Moeten mensen die roken, drinken, te veel eten en te weinig bewegen meer betalen voor hun zorgverzekering dan mensen die dit ongezonde gedrag niet vertonen? De RVZ vindt van wel. Maar volgens hoogleraar gezondheidsrecht Martin Buijsen moet geld niet de motivatie zijn om gezond te leven.



De Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) adviseert om gezond gedrag voortaan financieel te belonen via de basiszorgverzekering. Bijvoorbeeld door polishouders die jaarlijks meedoen aan bewezen effectieve vormen van preventie of een conditietest, in aanmerking te laten komen voor een korting. Omwille van de solidariteit die aan het collectief gefinan-

cierde zorgstelsel ten grondslag ligt, zou meer wederkerigheid in het systeem moeten worden ingebracht, aldus de RVZ. De nettobetalers zal slechts solidair willen blijven wanneer hij zijn zuurverdiende geld niet aan 'onnodige' zorg ziet opgaan, aan zorg die verstrekt wordt als gevolg van gezondheidsproblemen die een ander over zichzelf heeft afgeroepen. Daarom is het zaak de individuele burger meer aan te spreken op de eigen verantwoordelijkheid voor zijn leefstijl.¹

In het debat over financiële differentiatie naar leefstijl in de basiszorgverzekering zijn twee belangrijke argumenten tegen het voorstel tot op heden onderbelicht gebleven.

Noodlottige verandering

Het eerste argument is het eerlijkhedenargument en heeft te maken met ongelijkheid en onrechtvaardigheid. De bekende Amerikaanse politiek filosoof Michael Sandel constateert dat onze samenleving is opgeschoven van het *hebben* van een markteconomie naar het *zijn* van een marktsamenleving; sociale relaties worden gevormd naar het evenbeeld van de markt.^{2,3} Sandel noemt dit een van de belangrijkste ontwikkelingen van onze tijd. Hij spreekt zelfs van de meest noodlottige verandering van de afgelopen dertig jaar.⁴

De vrees dat marktwerking in de zorg ongelijkheden tot gevolg heeft, bestaat al sinds de stelselherziening van 2006. Voorstanders van deze herziening wijzen erop dat het juist is om te spreken van gereguleerde concurrentie. Weliswaar zijn zorgverlening, zorgverzekering en zorginkoop in het nieuwe stelsel 'vermarkt', maar van echt vrije markten kan nauwelijks gesproken worden. Het stelsel is van waarborgen voorzien. Gezien datgene wat men met concurrentie probeert te bewerkstelligen – meer kwaliteit van zorg tegen lagere kosten – valt het met de prijs van de ongelijkheid nogal mee. Althans, in de ogen van de voorstanders. De burger met de smalle beurs heeft immers onverminderd toegang tot basiszorg. De zorgtoeslag maakt dat de premielast niet onevenredig

veel drukt op zijn besteedbare inkomen. De wettelijke acceptatieplicht van de zorgverzekeraar, en het daarin besloten verbod op premiedifferentiatie, maken dat ook eventuele gezondheidsrisico's en -problemen geen afbreuk doen aan zijn toegang tot noodzakelijke zorg.

Eigen schuld

Tegenstanders van de stelselherziening laten niet na te benadrukken dat verschillen in behandeling onvermijdelijk zijn. Ondanks de zorgtoeslag zal de burger met de smalle beurs het toch houden bij de naturapolis met de laagste nominale premie. En de 'zorgconsument' die goed geïnformeerd de juiste afwegingen maakt, heeft beslist beter toegang.

Toegang tot noodzakelijke zorg is een mensenrecht

Voor de burger die dit nalaat, en dus mindere toegang heeft, geldt: eigen schuld...⁵

Tegenstanders wijzen er bovendien op dat niet iedereen in gelijke mate toegang heeft tot de benodigde informatie, alle inspanningen van de Nederlandse Zorgautoriteit ten spijt. Ook zal niet iedereen die informatie even goed kunnen verwerken. Met andere woorden, niet iedereen zal voor zichzelf het beste kunnen kiezen. Met de marktwerking zijn meritocriteria als het ware de zorg binnengesmokkeld; verdeling van het schaarse goed dat gezondheidszorg nu eenmaal is, zou niet volgens dergelijke criteria behoren te geschieden.⁶ En daar hebben zij een punt.

Toegang tot noodzakelijke zorg is tot mensenrecht verheven. Zorg van voldoende kwaliteit behoort niet alleen

voor iedereen beschikbaar te zijn, maar ook voor iedereen in gelijke mate bereikbaar, zowel in termen van afstand, tijd en informatie, als in termen van betaalbaarheid.⁷ Of iemand nu vermogend is of niet, hoogopgeleid is of niet, een verblijfstitel heeft of niet, is irrelevant. De in Nederland verblijvende onvermogene illegaal die noodzakelijke zorg behoeft, dat wil zeggen: zorg die in het basispakket zit, mag deze niet worden geweigerd.⁸ En of de leefstijl van een zorgbehoevende mens nu wel of niet debet is aan zijn gezondheidsprobleem, doet evenmin ter zake. 'Eigen schuld' is niet een principe dat past bij de rechtvaardigheid die eigen is aan dit levensterrein. Met betrekking tot de toegang tot noodzakelijke gezondheidszorg zijn verschillen in behandeling inderdaad te rechtvaardigen, doch uitsluitend op grond van verschillen in behoefte, vast te stellen aan de hand van objectieve medische criteria.⁹ Alle andere verschillen komen op dit gebied neer op discriminatie.

Prijskaartje

Het corruptieargument, het tweede argument, is moeilijker te vatten. Het gaat hierbij om de corrumperende werking die van markten uitgaat. Door aan de goede dingen van het leven een prijskaartje te hangen, zo betoogt Sandel, zetten we de deur open voor corruptie.¹⁰ In dit geval van onze houding tot onze gezondheid. De RVZ wil de verantwoordelijkheid van burgers voor hun gezondheid vergroten. Maar zouden mensen werkelijk gezonder gaan leven omdat ze dan minder hoeven te betalen voor hun zorgverzekering? De eigen gezondheid zou toch belangrijk genoeg moeten zijn om uit eigen beweging af te vallen, meer te bewegen, te stoppen met roken etc. Kan van de mens die uit eigen beweging gezond gedrag vertoont, niet gezegd worden dat hij zich op een juiste manier verhoudt tot zijn lichamelijke welzijn? En als dat zo is, als een goede gezondheid niet alleen een kwestie van BMI maar ook van juiste houding is, van zelfrespect misschien,

kan dan van iemand die door geld bewogen wordt zijn leefstijl te veranderen niet gezegd worden dat hij weliswaar het goede doet maar om de verkeerde redenen?¹¹ Zo iemand is immers niet intrinsiek gemotiveerd. En hij zal door een dergelijke stimulans ook nooit werkelijk overtuigd raken. Want uiteindelijk is dat wat echt nodig is. En wat meer is, voor de 'deugnieten' die zich door een financiële *incentive* niet tot verandering van gedrag laten bewegen, geldt eigenlijk hetzelfde. Voor hen zal een extra bijdrage immers nooit meer zijn dan de prijs die nu eenmaal voor een bepaalde lifestyle betaald moet worden.

Goede gezondheid is ook een kwestie van zelfrespect

Wie zal hen van de werkelijke waarde van een goede gezondheid doordringen? Het geven van korting op de zorgpremie aan mensen die meedoen aan bewezen effectieve vormen van preventie of een conditietest is een vorm van omkoping, die afbreuk doet aan de eigenlijke waarde van gezondheid. Zouden we ons geen zorgen moeten maken over de ondermijning van een goede houding van mensen ten opzichte van hun gezondheid door dergelijke vormen van manipulatie? Of is dat hopeloos ouderwets idealisme? ¹² ■

contact

buijsen@bmg.eur.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en meer artikelen over het bevorderen van gezond gedrag vindt u bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.

TERUGTREITEREN

De kattenbak moet verschoond. Grit en een oude Volkskrant. Mijn oog valt op een interview met de burgemeester van Amsterdam. Ik lees dat volgens Eberhard van der Laan getreiter het best bestreden kan worden met getreiter. Onverbeterlijke treitergezinnen waar alle hulpverleners hun tanden op kapot hebben gebeten, zullen voortaan door Amsterdam worden teruggetreiterd. Eberhard 'pikt het niet langer'. Bij het lezen van het artikel denk ik terug aan de tijd dat de huisartsenpost nog niet bestond. De dokter moest zelf zijn boontjes doppen en in voorkomende gevallen een formule bedenken om met treiterpatiënten om te gaan. Elke waarneemgroep had er wel een of meer van, meestal patiënten met een therapieresistente persoonlijkheidsstoornis.

Ik herinner me mijnheer Jansen. Overdag weigerde hij iedere vorm van hulp maar 's nachts belde hij veelvuldig onder invloed van alcohol om te vertellen dat hij niet kon slapen en zijn huis in de brand zou steken als de dokter niet kwam. De dokter kwam niet, maar de telefoontjes verstoorde wel mijn nachtrust.

Na overleg met collega's heb ik toen besloten om terug te treiteren. Als ik 's nachts door iemand anders werd geconsulteerd, belde ik even mijnheer Jansen om te vragen hoe het met zijn slaapprobleem ging. Woest werd hij. Hoe ik het in mijn kop haalde hem wakker te bellen. Ik legde rustig uit dat ik me alleen maar zorgen om hem maakte en hem daarom belde, maar hem zeker niet lastig wilde vallen. Na twee van deze nachtelijke telefoontjes liet hij me met rust.

Misschien een idee voor artsen en ondersteunende hulpverleners op de huisartsenpost en de SEH? Protocolletje terugtreiteren?

Jos van Bommel