

HET NIEUWE ZORGSTELSEL EN HET RECHT OP GEZONDHEID

NAAR MEER ONGELIJKHEID EN UITSLUITING?

In 2006 werd het nieuwe verzekeringsstelsel ingevoerd. Het past binnen het streven van de overheid om zich grotendeels terug te trekken uit de gezondheidszorg en meer marktwerking toe te laten, met als doel grotere doelmatigheid. Maar leidt dat niet automatisch tot meer ongelijkheid en uitsluiting van kwetsbare groepen? Martin Buijsen, Universitair hoofddocent Recht & Gezondheidszorg bij het Erasmus Medisch Centrum, beschouwt in dit artikel het nieuwe zorgstelsel met een filosofische blik: (schaarse) zorg wordt volgens hem steeds vaker verdeeld vanuit het principe van verdienste in plaats van behoefte. Wat zijn daarvan de consequenties voor het recht op gezondheid?

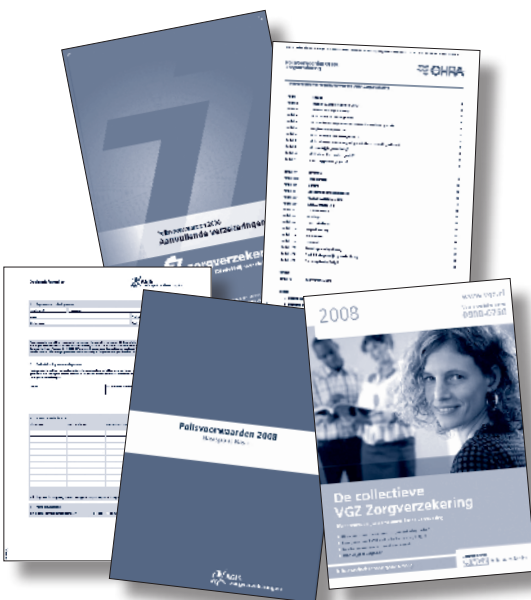
Aan het nieuwe Nederlandse zorgstelsel ligt een aantal nieuwe wetten ten grondslag. De belangrijkste is de op 1 januari 2006 in werking getreden Zorgverzekeringswet (Zvw), de vervanger van de oude Ziekenfondswet. De Zvw verplicht iedereen zich te (laten) verzekeren tegen het in die wet genoemde risico, te weten de behoefte aan basiszorg. Op zorgverzekeraars rust vervolgens een acceptatieplicht: desgevraagd moeten zij met (of ten behoeve van) iedere verzekeringsplichtige een zorgverzekering afsluiten. Risicoselectie en premiedifferentiatie zijn verboden.¹ Verzekeringsplichtigen van 18 jaar en ouder moeten premie betalen, kinderen onder de 18 zijn vrijgesteld. Afhankelijk van hun draagkracht kunnen ver-

zekerden aanspraak maken op een zorgtoeslag, te verstrekken door de fiscus. Op deze wijze heeft iedereen in gelijke mate toegang tot basiszorg, in ieder geval op papier.

De stelselwijziging heeft plaatsgevonden om de te verwachten stijgingen van de kosten van de zorg te beteugelen. Wetten als de Zvw zetten ook aan tot meer marktwerking, waarmee de overheid hoopt de aanbieders van zorg tot efficiëntere dienstverlening te bewegen. Iedereen staat het immers vrij van verzekeraar te veranderen. Is de premie te hoog, of de dienstverlening pover, dan kan eenmaal per jaar de keuze voor een andere verzekeraar gemaakt worden. Zorgverzekeraars moeten dus met elkaar in de slag om de gunst van de verzekerden. Om zich een zo groot mogelijk aandeel op de verzekerdenmarkt te verwerven, dienen zij ten behoeve van hun cliënten scherp in te kopen op de zorgmarkt. Die zorg moet vanzelfsprekend laaggeprijsd en van goede kwaliteit zijn. Vervolgens is het de bedoeling dat de aanbieders van zorg met elkaar concurreren om contracten met de verzekeraars. Een zorgaanbieder die productiever is dan andere, en efficiënter werkt, zal aantrekkelijker zijn voor een zorgverzekeraar.

Verdelende rechtvaardigheid

Zo zou het allemaal moeten werken. Ondanks dat de zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel over aanzienlijk meer 'marktmacht' beschikken, blijft die van de zorgaanbieders



onverminderd groter. Zorg is nu eenmaal een schaars goed en vooralsnog is van echte concurrentie tussen zorgaanbieders niet of nauwelijks sprake. Het punt is echter dat men met de keuze voor marktwerking ongemerkt ook gekozen heeft voor een ander verdelingsprincipe, voor andere ideeën van rechtvaardigheid en gelijkheid in de context van de gezondheidszorg.

Het recht op gezondheidszorg is een mensenrecht, neergelegd in tal van verdragen. Voor

Naar verdienste als principe?

Met andere woorden, in de gezondheidszorg behoren alleen behoefte aan zorg (oftewel gebrek aan gezondheid) en verschillen in behoefte (oftewel verschillen in gezondheid) te tellen. Het nieuwe zorgstelsel heeft dit uitgangspunt verlaten. Het werkelijke probleem is dat er sinds 1 januari 2006 in de zorg met een heel andere blik naar (verschillen tussen) mensen gekeken wordt. Met de keuze voor marktwerking lijkt men ook verdienste als principe

Gezondheidszorg is een schaars goed en dient een zo wezenlijk belang, dat de verdeling ervan rechtvaardig zal moeten zijn

iedereen, zo wil het internationale recht, dient kwalitatief goede gezondheidszorg toegankelijk te zijn, in zowel feitelijke als financiële zin. Uit dat recht valt af te leiden dat in de gezondheidszorg 'verdelende rechtvaardigheid' een bijzondere betekenis heeft. Gezondheidszorg is een schaars goed en dient een zo wezenlijk belang, dat de verdeling ervan rechtvaardig zal moeten zijn. Ieder het zijne, zo wil het klassieke adagium, maar in de gezondheidszorg is dat niet aan eenieder naar *verdiens*te (zoals in de sport of in de wetenschap), maar aan eenieder naar *behoef*te. Louter behoefte aan zorg (objectief vaststelbare behoefte welteverstaan) doet al een aanspraak op zorg ontstaan. Dit in het mensenrecht op gezondheidszorg gebakken idee van rechtvaardigheid geeft weer een bijzondere inhoud aan het beginsel van gelijkheid. Ook in de zorg moeten gelijke gevallen uiteraard gelijk behandeld worden en geldt een verbod op discriminatie. Nu worden ook in de gezondheidszorg mensen natuurlijk verschillend behandeld, maar dat is niet verkeerd zolang daarbij maar geen ander onderscheid gemaakt wordt dan op grond van verschillen in behoefte. Worden bij de verstrekking van zorg andere criteria gehanteerd, dan komt dat neer op een niet te rechtvaardigen onderscheid, op discriminatie dus.

van verdelende rechtvaardigheid in de zorg te hebben geïntroduceerd, met alle gevolgen van dien. Zo is het volstrekt in overeenstemming met de logica van het nieuwe systeem dat zorgverzekeraars bij zorgaanbieders exclusiviteit bedingen ten behoeve van hun verzekerden. In maart 2006 werd bekend dat het Leidse Diakonessenhuis met Zorg & Zekerheid (Z&Z) was overeengekomen dat cliënten van deze zorgverzekeraar minder lang op een staaroperatie (basiszorg) hoeven te wachten dan polishouders van andere verzekeraars. Z&Z had geld beschikbaar gesteld voor de behandeling van staar buiten kantoortijden maar had tevens bedongen dat deze extra capaciteit uit-



Foto: Nicholas Monu

sluitend ten bate van Z&Z-verzekerden benut zou worden.

Bepalend voor de snelheid waarmee men geholpen wordt, is dus niet langer uitsluitend de mate van behoefte maar ook de zorgverzekeraar en de polis die men gekozen heeft. In het nieuwe zorgstelsel geldt het maken van de juiste keuzes door verzekeringsplichtigen als verdienstelijk. Is dat vermogen er niet, dan heeft dat nadelige gevolgen. Er zijn signalen dat zorgverzekeraars in toenemende mate op tal van wijzen voorrang en exclusiviteit bedingen. In welke mate dat resulteert in niet te rechtvaardigen verschillen in de toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen is niet bekend. In het bestek van de onderzoeksopdracht ten behoeve van de wetsevaluatie die op dit moment wordt uitgevoerd, is deze zeer wezenlijke vraag alvast niet opgenomen.

Zorg voor illegalen

Maar er is meer: verzekeringsplichtig in de zin van de Zvw zijn slechts in Nederland woonachtige ingezetenen. Mensen die niet rechtmatig in Nederland verblijven, zijn uitgesloten van een Zvw-zorgverzekering. Verdienstelijk is dus ook het hebben van een geldige verblijfstitel. Nu bestond de Koppelingwet ook al voor 1 januari 2006. Toen konden illegalen zich evenmin verzekeren volgens het ziekenfonds, maar toegang tot noodzakelijke medische zorg was er wel omdat bekostiging van die zorg min of meer van overheidswege geschiedde. Omdat zorgaanbieders financieel afhankelijker geworden waren van zorgverzekeraars (hoe zouden zij anders tot meer efficiency te bewegen zijn?), en die laatsten natuurlijk uitsluitend ten behoeve van hun eigen cliënten inkopen, kwam het financiële risico van 'illegalenzorg'

bij de zorgaanbieders te liggen. Ten tijde van de invoering van de Zvw waren het dan ook de ziekenhuisdirecties die vonden dat er vraagtekens te plaatsen waren bij wat gold als medisch noodzakelijke zorg. Moest noodzakelijke zorg niet worden onderscheiden in urgente en niet-urgente zorg? En hadden onverzekerden wel recht op dat laatste? Die discussie, die eigenlijk nog steeds gaande is, werd voor de stelselwijziging nauwelijks gevoerd.²

De stelselwijziging is ingegeven door het streven naar kostenbeheersing en meer efficiency. Dat zijn legitieme doelen. Echter, enige reflectie leert dat ook de keuze is gemaakt de zorg vooral in te richten op de vraag van mensen die *kunnen* (omdat zij een verblijfstitel hebben, omdat zij verstandige keuzes maken, omdat zij beschikken over de juiste informatie omtrent zorgaanbod en eigen gezondheid, omdat zij beschikken over voldoende middelen, et cetera). Het recht op gezondheid gaat echter uit van de noden van de zwakkeren, niet van de wensen van de sterkeren. Terecht, en het zou van beschaving hebben getuigd indien de Nederlandse overheid dat ook had gedaan.

Tekst: Martin Buijsen, Universitair hoofddocent Recht & Gezondheidszorg, Instituut BMG, Erasmus Medisch Centrum/Erasmus Universiteit Rotterdam (m.buijsen@erasmusmc.nl)

Noten

1. Met risicoselectie wordt bedoeld het uitsluiten van verzekerden met potentieel hogere gezondheidsrisico's, bijvoorbeeld ouderen, mensen met obesitas, rokenden, etc. Premiedifferentiatie is het hanteren van hogere premies voor mensen die in dergelijke risicogroepen vallen.
2. Meer informatie over dit onderwerp vindt u in de twee volgende artikelen in dit nummer.

Het recht op gezondheid gaat uit van de noden van de zwakkeren, niet van de wensen van de sterkeren
