

Opting out

Ooit, ik schat zo rond het jaar 2012, zal het ministerie van VWS op het idee komen om een reünie te houden van alle wetenschappers en leden van maatschappelijke organisaties die tussen 1987 en 2012 hebben meegewerkt aan de vele nota's en rapporten over de stelselwijziging en het basisverzekeringspakket, die in die periode zijn geschreven. Een creatieve ambtenaar zal een aantrekkelijk ochtendprogramma in elkaar draaien met voordrachten van prominente ex-commissieleden (cardioloog Ad Dunning, ethica Inez de Beaufort, ex-WRR raadslid Louise Gunning, ex-staatssecretaris Simons, ex-Philips topman Wisse Dekker). De middagsessie wordt begonnen met een lezing van een beleidssocioloog die zal proberen te verklaren waarom in het onderwijs de ene na de andere zinloze en/of vreselijke stelselwijziging voortvarend werd doorgezet (de Mammoetwet, de basisvorming, het studiehuis, de samenvoeging van MAVO en LBO, de twee-fasen structuur, de wet Modernisering Universitair Bestuur, de bachelor-master structuur), terwijl de bijna objectief noodzakelijke stelselwijziging in de gezondheidszorg nimmer is gerealiseerd. Vervolgens zal een wetenschapsdynamicus in een fascinerend betoog uiteenzetten hoe de opeenvolgende rapport-producerende commissies fungeerden als wetenschappelijk netwerk: wie leerde wie waar kennen, en tot welke coproducties en nieuwe onderzoeksgroepen hebben die contacten geleid? Een sombere ambtenaar zal aan het eind van de dag onthullen hoeveel manuren er zijn gaan zitten in de deliberaties over het stelsel en het pakket.

Maar tot het zover is moeten wij natuurlijk gewoon ons werk doen. Afgelopen maandag verscheen *Contouren van het basispakket*, opgesteld door een speciale commissie onder auspiciën van de Gezondheidsraad. Die commissie stelde zich twee vragen: (1) Wat moet er in het basispakket en waarom en (2) Kun je mensen verplichten om zich te verzekeren voor het hele basispakket? Op de eerste vraag luidt het antwoord als volgt. In het pakket moeten al die behandelingen die bewezen leiden tot een aanzienlijke reductie van de 'ziektelast', en dat dan tegen zo laag mogelijke kosten. Met andere woorden, in geval van ziekte: de dokter stelt vast wat je mankeert. Als jouw aandoening objectief gezien en in vergelijking met andere aandoeningen een hoge 'ziektelast' met zich meebrengt (je hebt veel pijn, of je kunt niet meer werken) heb je recht op een effectieve behandeling (als die bestaat), tegen zo laag mogelijke kosten. En in het geval van preventie: als inenting x een grote ziektelast kan voorkomen tegen betrekkelijk geringe kosten moet inenting x in het pakket.

Het prettige van deze benadering is dat alle modieuze gebabbel over 'vraagsturing' een beetje naar de achtergrond verdwijnt. Patiënten hebben recht op medisch geïndiceerde en werkzame zorg naar medisch vastgestelde behoefte. Met individuele wensen en vraagsturing heeft dat nauwelijks iets te maken. Als jij zelf meent dat je iets mankeert terwijl jouw (nemen we aan deskundige) dokter dat niet met je eens is krijg je geen zorg. Als jij zelf meent dat homeopathische medicijnen jouw kwaal zouden kunnen genezen genereert dat in elk geval geen recht op homeopathie via het basisverzekeringspakket. En als jij zelf een dure behandeling prefereert terwijl een goedkope behandeling net zo effectief is, zul je alleen de goedkope behandeling aantreffen in het basispakket.

Op vraag 2 geeft de commissie een fascinerend antwoord. Volgens de commissie bestaat er een categorie voorzieningen die wel thuis horen in het basispakket maar waarvoor geen verzekeringsplicht geldt. Voorzieningen met een 'opting out' clause, zou je kunnen zeggen. Je betaalt voor die voorzieningen je verplichte solidariteitsdeel, maar je verzekert je niet zelf. Mocht jij later onverhoopt die voorziening nodig blijken te hebben, dan zul je haar zelf moeten betalen. Volgens de commissie zou het grote voordeel hiervan zijn dat verzekerden meer keuzevrijheid krijgen en zo krijgen we langs een andere kant dan toch de vraagsturing weer terug. Aan wat voor voorzieningen moeten we in hemelsnaam denken? Niet aan onbewezen alternatieve geneesmiddelen, want die horen niet thuis in het basispakket. Niet aan

extra dure behandelingen die ook voor minder hadden gekund, want daar geldt hetzelfde voor. Waaraan dan wel? De reageerbuisbevruchting, suggereert de commissie in een voetnoot. Daarvan is inderdaad voorstelbaar dat je snapt dat anderen die nodig hebben, maar dat je er zelf niet aan zou willen, zelfs niet als je onvruchtbaar zou blijken te zijn. Een reageerbuisbevruchting is bovendien niet onoverkomelijk duur. Mocht je je later bedenken, dan kun je het geld voor zo'n ingreep wel bij elkaar krijgen. Maar willen we echt dat soort maatwerk gaan leveren? Want als je die kant uit denkt ga je natuurlijk ook opting out clauses invoeren voor abortus, prenatale diagnostiek, baarmoederhalsuitstrijkjes en borstkankerscreening. Voor je het weten hebben we een prachtig basispakket met interessante opting out clauses voor mannen. Op vrouwen gerichte verzekeringsmaatschappijen kunnen dan pakketten aanbieden met omgekeerde opting out clauses (voor prostaatkanker screening? voor impotentie en mannelijke infertiliteit? voor voetbal-knieën en judo-ongevallen?). Gelukkig geeft de commissie zelf al aan dat haar opting out clauses het basispakket "minder transparant" zouden maken. Dat zou ik bij deze willen onderstrepen. Laten we het met die stelselwijziging nu niet nog ingewikkelder gaan maken dan het al is.