

# Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg

Essays en maatschappelijk debat

Zoetermeer, 2005

## **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 368 73 11

Fax 079 362 14 87

E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

### Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Quantes, Rijswijk

Uitgave: 2005

ISBN: 90 5732 163 7

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 368 73 11) onder vermelding van publicatienummer SIG 05/04.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<i>Drs. F.B.M. Sanders</i>	
<b>Solidaire mensen en anonieme bureaucraten</b>	<b>7</b>
<i>Hein Albeda, stichting Rekenschap</i>	
Solidaire mensen	12
Solidariteit en anonieme bureaucraten	13
Mensen en waarden veranderen	15
Afnemend sociaal vertrouwen	13
Geen onverschilligheid voor kwetsbare individuen	16
Houdbaarheid van solidariteit: terug naar mensen	17
Meer eigen verantwoordelijkheid en wederkerigheid	19
Hoe kom je tot houdbare solidariteit?	21
Overheid levert ook een bijdrage	24
<b>Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: schipperen tussen rechtvaardigheid, doelmatigheid en betrokkenheid</b>	<b>27</b>
<i>Leo van der Geest, NYFER</i>	
Woord vooraf	31
1 Solidariteit ter discussie	32
2 Solidariteit: tussen betrokkenheid en rechtvaardigheid	33
3 Toenemend beroep op solidariteit	38
4 Grenzen aan de solidariteit?	40
5 Hoe solidair voelen burgers zich?	44
6 De zorg terug naar de burger	46
7 Bouwstenen voor een solidaire gezondheidszorg	50
8 Tot slot	56
Literatuur	57

**Debattenreeks Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: 59**  
*thematische verslaglegging*

Woord vooraf	63
Debat Care sector	65
Debat Cure sector	69
Debat met politiek- maatschappelijke organisaties	73
Debat met public Health	76
Debat met zorgverzekeraars	80
Debat met patiënten en consumenten	83
Overzicht publicaties RVZ	89

## Voorwoord

Op 28 april 2005 bood de Raad minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het signalement Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg aan. De Raad heeft vervolgens, mede op verzoek van het ministerie van VWS, een uitgebreid nazorgprogramma uitgevoerd dat bestond uit een maatschappelijk debat over analyse en oplossingen voor het probleem met de houdbaarheid van solidariteit. In een zestal debatten hebben vele betrokkenen hieraan een bijdrage geleverd. Speciaal bedanken moet ik de mensen die de debatten in wilden leiden met scherpe en adequate presentaties.

Het resultaat ligt nu voor u. Hein Albeda van de Stichting Rekenschap heeft een essayistisch pamflet geschreven waarin hij de denkrichting van de Raad afzet tegen de opvattingen over solidariteit in vroegere tijden. Leo van der Geest van NYFER heeft een impressie van de debatten gemaakt. Hij heeft samen met Lars Heuts ook de verslaglegging voor zijn rekening genomen.

U treft mijn afsluitende opvattingen over dit onderwerp aan in een afzonderlijke brief. Ik hoop u daarmee te overtuigen van de noodzaak de risicosolidariteit in de zorgsector te clausuleren. Dát was de centrale stelling in het signalement van de RVZ. En die hebben wij in deze publicatie verder uitgediept. Discussie hierover in politiek en zorgsector is onvermijdelijk, naar mijn mening. Met deze publicatie voedt de RVZ deze discussie. Dit en een volgende kabinet kunnen daar hun voordeel mee doen.

Drs. F.B.M. Sanders



# Solidaire mensen en anonieme bureaucraten

Hein Albeda  
Stichting Rekenschap

stichting **rekenschap**



## Inhoudsopgave

Solidaire mensen	12
Solidariteit en anonieme bureaucraten	13
Mensen en waarden veranderen	13
Afnemend sociaal vertrouwen	15
Geen onverschilligheid voor kwetsbare individuen	16
Houdbaarheid van solidariteit: terug naar mensen	17
Meer eigen verantwoordelijkheid en wederkerigheid	19
Hoe kom je tot houdbare solidariteit?	21
Overheid levert ook een bijdrage	24



**We zitten in de Romeinse tijd. De aanvoer van graan naar de stad is van kapitaal belang, eerst uit Sicilië, later uit Egypte. De bestuurders van de stad willen de controle op de graanhandel bewaren uit schrik voor hongersnood. De graanhandel geniet daarom van enkele voordelen. Zo draagt de staat de gevolgen van de piraterij. In de 3de eeuw v. Chr. is de senaat verplicht om de militaire transporten aan burgers af te staan. Gezien de uitgestrektheid van de veroverde gebieden is de Romeinse vloot niet meer in staat zelf in alle transporten te voorzien. Om handelaars aan te trekken stelt de staat zich borg voor alle schade, veroorzaakt door onweer, aan de transporten van levensmiddelen die voor de troepen bestemd zijn. ([www.nationalesuisse.be](http://www.nationalesuisse.be))**

In dit essay over houdbare solidariteit in de gezondheidszorg ga ik terug naar het ontstaan van verzekeringen en de op solidariteit gebaseerde zorgverzekeringen. Ik zoek terug om de vragen van nu over de houdbaarheid van de solidariteit te kunnen beantwoorden.

De overheid is reeds lang verbonden met het afdekken van risico's die individuen moeilijk zelf kunnen dragen. Het bovenstaand voorbeeld toont dat de eerste vormen van verzekeringen al ver in de oudheid terug te vinden zijn. Het is tevens een tijd waarin de verzekeringsfraude uitgevonden wordt. Zo vinden we op de eerder aangehaalde site dat twee Etruskische handelaars oude boten in slechte staat met waardeloze goederen bevrachten. Ze lieten ze zinken in volle zee, de matrozen werden gered met speciaal daartoe voorziene schepen. De buitensporige rekening presenteerden ze aan de Romeinse overheid.

Verzekeringen zijn dus al oud en ontstaan uit welbegrepen eigenbelang. De vraag of verzekeringen houdbaar zijn is daarmee ook al oud.

Ook houdbare solidariteit is niet nieuw.

Wat is solidariteit? De inhoud van het begrip kan in de loop der jaren veranderd zijn. Ik gebruik de Van Dale. Dit woordenboek geeft het volgende aan: *“het bewustzijn van saamhorigheid en bereidheid om de consequenties daarvan te dragen.”* In haar oratie gebruikt Komter het begrip solidariteit *“zoals de klassieke sociologen in de negentiende eeuw dat deden, namelijk als datgene wat mensen samenbindt, het sociale cement van de samenleving”*<sup>1</sup>. Solidariteit gaat in dit essay over mensen die zich verantwoordelijk voelen voor elkaar omdat zij zich met elkaar verbonden voelen.

## Solidaire mensen

Dit element van solidariteit in de verzekering was bij de Romeinse verzekering nog niet te vinden. De Romeinse senaat zal zich zeker hebben afgevraagd of deze verzekering houdbaar was, als de kosten van de verzekering sneller zouden groeien dan de economie (als ze die begrippen al zouden onderscheiden). Dat is echter niet waar het om gaat bij houdbare solidariteit.

Toch ligt de oorsprong van solidariteit in een verzekering ook al ver terug in de tijd. Daarvoor gaan we naar de Middeleeuwen.

**We staan in de late Middeleeuwen. Handelaars en ambachtslieden verenigen zich in ambachten per beroep, een gilde. Zowel de meesters als de leerlingen en de gezellen maken er deel van uit. De gilden kennen een soort onderlinge hulpkas. Daarbuiten bestaat er ook een kas voor hulp en bijstand aan weduwen en wezen van overleden gildeleden. De bijdragen moeten de begrafeniskosten dekken en soms ook nog een financiële steun uitkeren aan de overlevenden. Ook bestaan er gemeentelijke hulpfondsen, de brandgilden. Hun doel is bijstand te verlenen aan de leden in geval van brand. Het fonds wordt gevoed door de bijdrage van de leden. Bovendien doet men beroep op de openbare liefdadigheid. ([www.nationalesuisse.be](http://www.nationalesuisse.be))**

Dit systeem met een onderlinge hulpkas heeft zich verder ontwikkeld. Allerlei beroepsgroepen hadden een eigen kas waaruit schade door brand gedekt kon worden. Brand was zo erg dat een individu de schade niet zelf kon dragen. Het kon iedereen overkomen. Door de kleine schaal kende men elkaar en sprak men elkaar ook aan op zorgvuldigheid. Mensen hadden een eigen verantwoordelijkheid voor preventie. Het werden de onderlinge waarborgmaatschappijen zonder winstoogmerk die soms tot op de dag van vandaag bestaan.

De zorg werd ook door mensen zelf georganiseerd. De kerk was van oorsprong een belangrijke factor om deze zorg in een soepele infrastructuur te passen. De arbeidersbeweging nam deze taak ook op zich. Nog steeds zijn in de welzijnssector en de gezondheidszorg kerkelijke of socialistische achtergronden te vinden.

## Solidariteit en anonieme bureaucraten

Dit historisch patroon van liefdadigheid, reagerend op armoede en slechte gezondheid, veranderde aan het begin van de twintigste eeuw in een anticiperend patroon: de zorg voor de volksgezondheid. Zo ontstond een structuur uit initiatieven van artsen en leken (kerken, arbeidersbeweging). Daarin bepaalden leden van kruisverenigingen het beleid rond preventieve en verpleegkundige voorzieningen. Coöperatieve ziekenfondsen binnen de socialistische zuil beheerden onder lekenbestuur ziekenhuizen, apotheken en zelfs huisartspraktijken. Zowel het coöperatieve ziekenfonds als de kruisverenigingen kwamen voort uit schaarste aan voorzieningen.<sup>2</sup>

In Nederland en andere Europese landen ontwikkelde zich in de loop van de twintigste eeuw een meer of minder door de overheid gereguleerd verzekeringssysteem. Solidariteit onderging zo een verandering. De solidariteit van de kleine, homogene gemeenschappen veranderde in de op nieuwe samenwerkingsvormen gebaseerde solidariteit van de geïndustrialiseerde samenleving.

De stappen naar de verzorgingsmaatschappij werden gezet. Dat gaf een goede impuls. De aanpak werd degelijker, professioneler. De zorgstructuur verbeterde. De sfeer van liefdadigheid verdween, mensen kregen recht op zorg. De structuur veranderde, de mensen en de samenleving waren ook veranderd.

## Mensen en waarden veranderen

Solidariteit in de postindustriële maatschappij is minder vanzelfsprekend dan bij de oude gilden en in de industriële maatschappij. Dat is niet vreemd. Burgers zijn beter opgeleid, kritischer, mondig en individualistischer. De maatschappij is cultureel diverser, grenzen vervagen. De inrichting van het werk dat mensen doen is anders. Trouw aan het bedrijf is niet meer vanzelfsprekend. De waarden in de samenleving veranderen. Vrijheid en eigen keuze zijn steeds belangrijker.

Paul Schnabel weet de verandering goed te vangen in “Trends, dilemma’s en beleid”<sup>3</sup> van het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Planbureau. In onderstaande tabel stelt Schnabel kwantitatief individualisme tegenover kwalitatief individualisme:

	Kwantitatief individualisme	Kwalitatief individualisme
Belangrijkste principe	Gelijkheid van alle mensen	Vrijheid van ieder mens
Verbonden met	Staat en wetgeving	Samenleving en maatschappij
Oriëntatie	Legalistisch en rationeel	Moreel en emotioneel
Nadruk op	Mens als tel-eenheid, gelijk	Mens als leefeenheid, uniek
Accent op	Gelijke rechten en plichten	Bijzondere en persoonlijke kwaliteiten
Voorkeur	Voor gelijke kansen	Voor eigen mogelijkheden en keuzes
	Zonder aanzien des persoons	Uitgaand van de persoon

Schnabel stelt dat de verzorgingsstaat in bijna al zijn arrangementen zeer sterk kwantitatief individualistisch is ingesteld, terwijl de samenleving steeds sterker kwalitatief individualistisch bepaald wordt. Er is een streven naar meer individuele vrijheid. (Wat overigens niet wil zeggen dat waarden als gelijke rechten en plichten geen rol meer spelen.)

Ook intermediaire organisaties kunnen niet meer optreden namens de achterban. De achterban is diverser, individuen maken hun eigen keuzen. Deze veranderende waarden of het gewicht dat men aan bepaalde waarden hecht, heeft gevolgen voor de arrangementen die de overheid ontwerpt rond de sociale zekerheid en zorg.

Voor de opstelling van ambtenaren heeft het gevolgen. Het klassieke rationele bureaucratie-model is er op gericht om betrokkenheid van ambtenaren bij het individu minimaal te houden. Dit moet willekeur, corruptie en andere uitwassen voorkomen. Zonder aanzien des persoons werken is een belangrijk ideaal in het kwantitatief individualisme. Optimale dienstverlening vraagt van de ambtenaar aan het loket juist persoonlijke betrokkenheid bij de klant en inleving in zijn unieke situatie.

Het zonder aanzien des persoons werken werkt een bepaalde anonimiteit in de hand. De ambtenaar of bureaucraat is ingesteld om te anonimiseren. Hoe iemand heet en wat zijn achtergrond is, mag geen rol spelen. Dat past niet bij het individualistische karakter dat de samenleving steeds meer krijgt en de persoonlijke benadering die burgers wensen.

Maar wat is de oplossing? Dat is moeilijker. Betrokkenheid die er toe zou leiden dat gelijke gevallen niet gelijk behandeld worden stuit toch snel op weerstand. De waarde van gelijkheid is immers niet verdwenen. De overheidsbureaucraten vervangen door bureaucraten van commerciële verzekeraars geeft hetzelfde probleem, hoogstens wordt het minder zichtbaar. Een deel van het antwoord ligt in de erkenning dat gevallen veel minder vaak gelijk zijn dan we denken. Daar past een bijzondere betrokkenheid bij.

Maar er ligt een fundamenteeler probleem. Dat zit in het vertrouwen in de instituties.

## Afnemend sociaal vertrouwen

Individualisering en een toenemende waarde die mensen hechten aan vrijheid zijn belangrijk. Er is echter nog een belangrijke trend: een afnemend vertrouwen.

Dat burgers minder vertrouwen hebben in instituties en bestuurlijke elites is te verklaren. Zo zijn burgers mondiger en beter opgeleid. Zij kunnen beter controleren (en fouten ontdekken). Zij merken dat ze de elite onterecht op een voetstuk hadden gezet. Maar de onvrede is ook gegroeid als reactie op de technocratische verklaringen die achtereenvolgende kabinetten gebruikten om de noodzakelijke herstructureringen te duiden. Leunend op Europa (het moet nu eenmaal) werd geen steun gezocht voor herstructurering en invoering van marktwerking. Burgers voelen zich misleid.

Vertrouwen in instituties daalt, maar ook in mensen, of liever in de moraal van mensen. Het dalend vertrouwen in de overheid en politieke partijen is bekend, afnemend vertrouwen in instituties krijgt minder aandacht, maar dat er ook minder vertrouwen in elkaar is, horen we meestal niet.

Toch is er duidelijk minder vertrouwen in elkaar. In het onderzoek “De moraal in de publieke opinie”<sup>4</sup> blijkt de Nederlandse bevolking sinds 1970 pessimistischer te zijn geworden over gedrag en zeden van anderen. De normen en waarden zijn wel duidelijk. Maar het vertrouwen dat anderen zich er aan houden is geringer. Daarom neemt de roep om controle toe, terwijl er groot draagvlak is voor een solidaire samenleving met een ruimhartige sociale zekerheid<sup>5</sup>.

Het afnemend vertrouwen was zelfs reden voor De Nederlandse Bank om een onderzoek te doen naar het vertrouwen. Vertrouwen is een noodzakelijke voorwaarde voor sociale cohesie en is een drijvende kracht achter economische ontwikkeling. Angst van De Nederlandse Bank is ook dat een dalend vertrouwen in de politiek ook het vertrouwen in DNB doet afnemen.

Opmerkelijk is dat Prast e.a. in de publicatie van De Nederlandse Bank onderzoek aanhalen waaruit zou blijken dat het *intermenselijk* vertrouwen de afgelopen 25 jaar is gestegen: van rond 45 procent in 1981 naar bijna 70 procent in 2005 (Prast 2005)<sup>6</sup>. Er is een verschil tussen het onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau en dit onderzoek naar intermenselijk vertrouwen. Prast e.a. stellen immers dat deze groei niet geldt voor het vertrouwen dat mensen zich houden aan door de overheid gestelde regels. Uit internationaal vergelijkend onderzoek blijkt

namelijk, dat Nederland slecht scoort op de burgerzin index, die meet in hoeverre mensen het overtreden van *overheidsregels* accepteren zoals ontduiken van de belastingen, zwartrijden op de tram en misbruik van sociale uitkeringen.

Het geeft te denken dat het vertrouwen in elkaar wel toeneemt, terwijl het vertrouwen in instituties en het vertrouwen dat men zich aan de overheidsregels houdt, afneemt. Een afspraak met elkaar vertrouwt men blijkbaar. Dit past bij wat ook wel de trend van decollectivering en deinstitutionalisering genoemd wordt. Anoniem vertrouwen is niet meer mogelijk.

## **Geen onverschilligheid voor kwetsbare individuen**

Dalend sociaal vertrouwen betekent niet automatisch onverschilligheid voor wat anderen overkomt. Onverschilligheid voor het ongeluk of de pech van een ander is een mogelijke reactie, maar niet de enige en niet een vanzelfsprekende. “Waar sociale uitsluitingsmechanismen vooral op het niveau van het individu werkzaam zijn, treedt er ook weer een ‘insluitings’reflex op, juist door de erkenning van ieder individu als gelijk en gelijkwaardig”, schrijft Schnabel in het inleidende hoofdstuk van het Sociaal en Cultureel rapport 2004. (SCP 2004)<sup>7</sup>

Het betekent ook niet dat mensen automatisch hun nut maximaliseren en onder collectieve arrangementen proberen uit te komen. De ruime meerderheid van de bevolking gedraagt zich netjes: vraagt geen uitkering aan als er geen recht is.<sup>8</sup>

Als er minder vertrouwen is in instituties en er minder vertrouwen is dat mensen zich houden aan overheidsregels, moet dat een rol spelen in het arrangement dat de samenleving politiek en maatschappelijk kiest in de zorgverzekering. Hoe combineren we de decollectivering, individualisering en de wens toch een verantwoordelijkheid te nemen voor kwetsbare individuen en hen mogelijkheid te bieden om een volwaardig leven te leiden?

Die wens is in de gezondheidszorg wel een uitgangspunt. Dat is minder vanzelfsprekend dan men zou denken. Bij het arrangement rond solidariteit in de zorg moeten we niet vergeten dat solidariteit al veel minder een vast uitgangspunt is van beleid. Met de liberalisering van de telecommunicatie en de energiemarkt zijn bijvoorbeeld stappen gezet.

In de wereld van telefonie was de “weduwe van Appelscha” beroemd. Het belang dat iedereen een telefoon heeft is groot. Een telefoonaanslui-

ting is nodig om volwaardig te kunnen participeren. Dat gold voor mensen in de stad, waar de aansluiting goedkoop is, maar ook voor iemand die ver weg woont, een alleenstaande in Appelscha dus. Daarom werden de kosten van die aansluiting mede door de stadsbewoners opgebracht. Daar zat ook een welbegrepen eigenbelang in. Bedrijven willen dat mensen telefonisch bereikbaar zijn, mensen willen de weduwe kunnen bellen, de waarde van een netwerk neemt toe als er meer mensen op aangesloten zijn en de kosten van een netwerk kunnen over meer mensen gespreid worden.

Die weduwe van Appelscha speelt nu geen rol meer in de telecommunicatie door de gestegen welvaart en alternatieve mogelijkheden. Er zullen nog steeds mensen zijn die voor een aansluiting op het vaste net in het landelijk gebied voor grotere investeringen staan. Dat de samenleving als geheel daar aan meebetaalt is echter niet meer vanzelfsprekend. Het idee is meer dat iedereen zelf mag en kan zorgen voor een telefoonaansluiting. Niet de arme weduwe van Appelscha is het beeld geworden, maar de vermogende oudere met een vakantiehuisje in Appelscha vangt de aandacht. Aan zijn aansluiting hoeft de samenleving toch niet mee te betalen?

De saamhorigheid is misschien niet verdwenen, maar de bereidheid om consequenties te dragen wel.

## **Houdbaarheid van solidariteit: terug naar mensen**

Bekijken we nu de vraag van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, dan blijkt de vraag of de kosten voor solidariteit nog wel gedragen kunnen worden in een nieuw daglicht te staan. Natuurlijk nemen de kosten toe, door vergrijzing en voortschrijdende medische technologie. Natuurlijk legt de groei van de zorgkosten een steeds groter beslag op de groei van het bruto nationaal product. Maar mensen vinden hun gezondheid zeer belangrijk en zijn bereid er veel geld voor te betalen, ook zonder regulering van de overheid doen ze dat. De gezondheidszorg is een sector die daardoor steeds belangrijker is voor de economie en zorgt voor innovatie.

Daarom is de vraag veel belangrijker of een collectieve oplossing, uitgevoerd door een institutie, het vertrouwen heeft van de mensen die betalen voor de volksverzekering om op die wijze toegankelijkheid voor iedereen te waarborgen.

De houdbaarheid is niet te vinden in de institutie zelf. Instituties zijn niet meer van de burgers zelf. De houdbaarheid heeft te maken met het vertrouwen dat mensen een eigen verantwoordelijkheid nemen. In een

samenleving die minder kiest voor collectieve arrangementen is het belangrijker terug te gaan naar de individuele betaler en gebruiker.

Die betaler en gebruiker zijn onbekenden van elkaar geworden. Dat was in een op gelijkheid gebaseerde samenleving niet zo erg. De acceptatie van de institutie en de overheid was groter. In een op vrijheid en eigen keuze gebaseerde samenleving is dat wel een probleem. Als verzekerde of belastingbetaler heeft de burger er belang bij de kosten zo laag mogelijk te houden. Wanneer bij de burger een hulpvraag ontstaat, verandert het perspectief en geniet het ontvangen van de best mogelijke zorg de hoogste prioriteit. Omdat men voor de kosten van de zorg verzekerd is, bestaat het gevaar dat mensen ervoor kiezen deze zoveel mogelijk door het collectief te laten dragen.

Als de lijn tussen betaler en vrager doorgesneden is, zal het draagvlak verminderen. In kleine kring kunnen mensen immers zien of anderen niet te gemakkelijk omgaan met het geld dat door het collectief is opgebracht. In de meer anonieme en cultureel diverse samenleving van nu is dat anders. Willen mensen betalen voor de anonieme gebruiker? Vertrouwen mensen erop dat anderen voldoende hun best doen om de kosten niet te laten oplopen? Beperking van de keuzevrijheid is dan geen oplossing, daarmee is het vertrouwen niet terug.

De houdbaarheid van solidariteit wordt bepaald door de vraag of het een wederkerigheid heeft. Kunnen we dat zelf zien, dan is er stelling de bereidheid om te betalen. Maar hoe zit dat bij de overheid die zonder aanzien des persoons werken hoog in het vaandel heeft staan? Het is juist van belang te weten dat de gebruiker zich zelf inspant.

Paul Schnabel geeft hier bij aan dat *“Het vrijheidsprincipe in toenemende mate (vraagt) om beheersing van gedrag en een hoge graad van civilisatie in de onderlinge omgang”*<sup>9</sup>.

Dit vraagt het terugdraaien van de stap waarbij de verzorgingsstaat de verantwoordelijkheid van mensen naar de staat overhevelde. Daardoor ging namelijk de betrokkenheid van burgers meer en meer verloren. De socioloog Cees Schuijt spreekt zelfs van *“...een overspannen overdracht van verantwoordelijkheden naar de overheid (...) die uitgelopen is op een anonimisering van verantwoordelijkheid”*<sup>10</sup>. De verhouding tussen collectieve verantwoordelijkheid en individuele verantwoordelijkheid is daarmee uit balans geraakt.

De eigen individuele verantwoordelijkheid moet weer teruggegeven worden.

Komter spreekt over het begrip ‘civiele solidariteit’ op een wijze die past bij de kwalitatieve invulling die de samenleving vraagt en ook gaat over beheersing van het eigen gedrag. Civiele solidariteit omvat volgens haar de volgende vier kenmerken: 1. zelfbeperking, controle van spontane impulsen en van het verlangen naar onmiddellijke behoeftebevrediging; 2. goede manieren, niet onbeschoft zijn; 3. erkenning en bejegening van andere mensen als medeburgers; 4. de bereidheid om privé-belangen aan publieke belangen te onderschikken. De vraag is of zij niet meer spreekt over eigenschappen die goede burgers moeten hebben dan over solidariteit. Kijken we om ons heen, dan zien we een toenemende behoefte aan civiele solidariteit, maar dan vooral een waarbij ‘de ander’ zich meer moet aantrekken van de civiele solidariteit.

Solidariteit heeft naar mijn idee als essentieel onderdeel de bereidheid consequenties te dragen van een gevoel van saamhorigheid. Houdbaarheid van de solidariteit heeft niet alleen te maken met financiële mogelijkheden, maar vooral met de vraag of er de bereidheid is om consequenties te dragen. Die bereidheid vraagt van de gebruikers zelf ook verantwoordelijkheid te nemen.

## **Meer eigen verantwoordelijkheid en wederkerigheid**

De gedachte dat mensen een eigen verantwoordelijkheid hebben om zaken te regelen, ondervindt een groeiende steun. Het SCP heeft de motieven gepeild van mensen rond de sociale zekerheid. Uit dit onderzoek<sup>11</sup> is naar voren gekomen dat er “een zeker draagvlak is voor de vormen van keuzevrijheid”. Hoewel de uitkomsten niet een op een bruikbaar zijn voor de gezondheidszorg, geeft het SCP-onderzoek wel aan dat de meeste mensen van mening zijn dat iedereen zelf vorm hoort te geven aan de eigen sociale zekerheid. Vooral het argument dat het bij de betreffende regelingen om ieders eigen belang gaat, is bepalend voor de mening over de introductie van keuzevrijheid. Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid, want het is ook hun eigen belang.

Met de toegenomen waarde die men hecht aan individuele vrijheid en keuze, komt zo een vorm van wederkerigheid in de arrangementen rond sociale zekerheid en zorg. Wat meer aandacht krijgt is dat solidariteit, ook met minder kansrijke mensen buiten de eigen kring, iets van beide zijden vraagt.

Solidariteit verliest draagvlak als mensen geen eigen verantwoordelijkheid nemen, waar dat wel mogelijk is.

Daarmee komt een principe terug dat in de oude gilden natuurlijk

ook aanwezig was. Iedereen heeft een eigen verantwoordelijkheid om de schade te beperken en mensen kijken of degene die van een vergoeding profiteert, wel een eigen verantwoordelijkheid heeft genomen. Eigen inspanning voor brandpreventie hoorde bij een brandverzekering. Hetzelfde gold bij droogte of juist waterschade op de akkers: mensen moesten een eigen verantwoordelijkheid nemen om zoveel mogelijk van de oogst te beschermen. Het claimen van waterschade bij overstromingen, in een gebied dat eigenlijk niet beschermd is door dijken, zou vroeger ook ongekend zijn geweest. Wie in een gebied woonde met kans op overstroming zorgde dat hij een plavuizen vloer had.

Deze wens van wederkerigheid zien we ook in de meningen over het stelsel van sociale zekerheid. Het SCP legde mensen de vraag voor of zij voorstander zijn van een model waarbij mensen verplicht worden te werken voor een uitkering. Hierbij zorgt de overheid ervoor dat uitkeringsontvangers een baan tegen het minimumloon krijgen aangeboden waarin zij nuttig zijn voor de samenleving, en is men verplicht dit werk te aanvaarden. De laatste tien jaar is het aantal voorstanders van deze optie gegroeid: 63% van de mensen beschouwt dit als een wenselijk vooruitzicht. Het aantal voorstanders is de laatste tien jaar iets toegenomen (van 59 naar 63%), maar opvallender is dat het aantal tegenstanders is afgenomen. Waar in 1993 bijna een derde (29%) zich tegen een dergelijk systeem uitsprak, gaat het nu om minder dan een zesde deel (16%).<sup>12</sup>

Die wederkerigheid (ik ben bereid te betalen als jij iets doet om de kosten te beperken) vinden we ook terug in de cijfers van prof W.A. Arts en prof R.J.A. Muffels in hun onderzoek voor ZonMW naar behoud van solidariteit. Er spreekt een wens uit dat mensen een eigen verantwoordelijkheid nemen, waar dat mogelijk is. De bereidheid om bij te dragen aan kosten voor medische behandeling is hoger bij ziektes of aandoeningen die te maken hebben met een hogere leeftijd of erfelijkheid. De bereidheid is lager bij risicogedrag of de keuze voor behandeling in het buitenland. Het nemen van een eigen verantwoordelijkheid speelt duidelijk mee in de bereidheid om mee te betalen.

Kenmerk	Algemeen model (ref. is medische noodzaak)
Leeftijd	1.25
Risicogedrag	-0.67
Erfelijkheid	0.41
Behandeling buitenland	-1.77

Tabel (bewerkt) uit Arts en Muffels, Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen 1,2 2005<sup>13</sup>

Dit is niet onverwacht. De burger kan niet onbegrensd zijn rechten doen gelden tegenover de gemeenschap. Hij heeft ook de morele plicht om rekening te houden met anderen en onnodig gebruik van voorzieningen

te vermijden. Onnodig gebruik kan soms teruggevoerd worden op eigen verantwoordelijkheid. Denk aan de verantwoordelijkheid om zelf maatregelen te nemen op het gebied van voeding, veiligheid en beweging.

De vraag blijft hoe ver men bereid is te gaan bij het straffen of belonen van gedrag. Hebben we het over bergbeklimmen of over obesitas? Moet het iemand met aanleg voor depressie kwalijk genomen worden dat hij een stressvolle baan met veel onzekerheid heeft? Hoe zit het met alcoholmisbruik? Verslaving is riskant gedrag, maar deels door aanleg bepaald. Bovendien blijkt uit onderzoek dat er systematische verschillen zijn in gezondheidsgedrag tussen mensen met hogere en mensen met een lagere sociaal-economische positie<sup>14</sup>, waardoor te beargumenteren is dat risicogedrag mede voortkomt uit de lagere sociaal-economische positie. Je moet blijkbaar sterker in je schoenen staan om niet te roken.

Waar het oorzakelijk verband niet eenduidig is en de effecten pas op langere termijn zichtbaar worden is een simpele beloning of straf moeilijk. Waar de verbanden duidelijk zijn en de effecten op korte termijn zichtbaar zijn is beloning of straf een goede zaak. Beloning en straf hebben macro-economisch gezien eenzelfde achtergrond: de een betaalt immers meer, opdat de ander beloond kan worden. Psychologisch werkt beloning vaak beter dan straffen, vooral waar het gaat om invloed op het gedrag voor de langere termijn.

Hier is het laatste woord nog niet over gezegd. Dat vraagt zeker terughoudendheid bij gedrag waar de schade pas op langere termijn zichtbaar wordt. Nog twijfelachtiger wordt dan of straffen voor ongezond gedrag overwogen zouden mogen worden. De straf ligt te ver af van het gedrag en de relatie is te zeer vatbaar voor kritiek.

## Hoe kom je tot houdbare solidariteit?

Het begrip solidariteit doet een appèl op mensen. Solidariteit vraagt saamhorigheid en *bereidheid om de consequenties daarvan te dragen*. Houdbare solidariteit heeft dus niet in de eerste plaats te maken met stijgende kosten, maar met de bereidheid om consequenties te dragen. Die bereidheid kan behouden worden als er meer elementen van wederkerigheid in het arrangement komen. Mensen moeten daarbij meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun keuzen.

Betekent dat een omarming van marktwerking? Niet per sé. Het gaat er immers niet om of tante Cor uit Terneuzen het ziekenhuis in Middelburg kiest in plaats van Maastricht en daarvoor een rekening gepresenteerd krijgt. Het gaat om gedrag, een eigen verantwoordelijk-

heid nemen en binnen de mogelijkheden waken voor een te hoge rekening die uiteindelijk bij burgers terug komt.

Het aardige van deze wederkerigheid is dat ze aansluit bij wensen van patiënten zelf. Zoals men er van uitgaat dat iedereen vorm hoort te geven aan de sociale zekerheid omdat het een eigen belang betreft, zo is er een duidelijke wens van patiënten om meer regie te krijgen over de eigen gezondheid.

Het teruggeven van een eigen verantwoordelijkheid vanwege de wederkerigheid heeft nog een ander effect. Dat is dat er (soms onbedoelde) efficiëntiewinst en kostenbesparing bereikt wordt. Zelfmanagement van de eigen gezondheidsklachten levert winst voor de patiënt zelf. De praktijk bewijst evenwel dat kostenbesparingen en doelmatigheidswinst optreden als neveneffect. Het gaat dan ook om patiënten met ernstige chronische ziekten, die veel en veel verschillende medische diensten gebruiken (astma, diabetes, artritis, hartfalen, depressie en klachten vanwege ouderdom). (SCP 2004<sup>15</sup>)

Wat zijn dan elementen die een meer wederkerig systeem moet hebben? Het gaat om het nemen van eigen verantwoordelijkheid. Belonen van goed gedrag past er in vooral als het gaat om bewuste keuzen die mensen kunnen maken. Het maakt minder anoniem, eigen gedrag doet er toe. Mensen spannen zich in voor hun gezondheid. Controle hoort daar ook bij. Anoniem ertussendoor glijpen omdat controle niet aardig is, kan niet meer. In een dergelijk systeem past ook meer gebruik maken van eigen bijdragen. Een ander element dat in het systeem moet blijven is dat niet alleen lage inkomensgroepen profiteren van solidariteit. Het is niet een overdracht van rijk naar arm, een liefdadigheid.

We zullen voor houdbare solidariteit terug moeten naar solidaire mensen en betrokken bureaucraten. Dat is een andere notie dan de angst voor toenemende kosten die een groeiend beslag doen op het overheidsbudget om de toegang tot de zorg te borgen. Het geeft niet aan dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geen gelijk heeft. Natuurlijk nemen de kosten toe en zijn de lasten scheef verdeeld. Evident testen stijgende kosten de bereidheid om te betalen meer dan dalende of verwaarloosbare kosten. Daarbij is het van belang te zien dat er een sterke vermogensaccumulatie is bij babyboomers. Deels ligt dit overigens op het terrein van inkomensbeleid en minder op de houdbaarheid van solidariteit in de gezondheidszorg.

Kijk ik naar de door mij bepleite maatregelen, dan spoort dat overigens deels heel goed met het advies van de Raad. Soms met een kleine wijziging, soms zijn voorstellen van de RVZ zodanig gericht op inkomensnivellering dat het minder relevant is. Een spaarregeling voor ziektekosten

valt helemaal buiten mijn idee over houdbare solidariteit. Een spaarregeling specifiek voor zorgkosten zou dan immers naast spaarregelingen voor de levensloop en eventueel andere spaarregelingen komen. Een specifieke spaarregeling werkt dan niet optimaal. Het is nuttiger om deze te combineren.

Ik kom tot 8 aanbevelingen rond wederkerigheid en tegengaan van verspilling.

1. Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid om te doen wat in hun mogelijkheden ligt om verspilling tegen te gaan. (Financiële) maatregelen die dat bevorderen passen bij houdbare solidariteit. Gedrag is een belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit van de gezondheidszorg, stelt de Raad. Dit geldt zeker voor zaken als therapietrouw en verantwoord medicijngebruik. Het begrip goed patiëntschap past hier. Juridische en medische verplichtingen liggen overigens vaak al vast in de Wgbo en de zorgverzekeringswet. Het lijkt mij goed mensen te belonen voor gezond gedrag, mits dit gedrag is waarbij de risico's op korte termijn duidelijk zijn. Tot een zeker maximum mag daarvoor door verzekeraars gebruik worden gemaakt van premiedifferentiatie en eigen betalingen. Dit stimuleert wederkerigheid. Straffen voor ongezond gedrag in de zin van een riskante levensstijl is niet aan de orde. Bij gepast patiëntschap zou het per geval bekeken moeten worden. Een patiënt uitsluiten van behandeling als deze zich onverantwoordelijk gedraagt is al mogelijk. Betalen bij niet opdagen op een afspraak is ook al mogelijk.
2. De spiegel van de vorige aanbeveling is dat mensen ook beter in staat worden gesteld om hun verantwoordelijkheid te nemen. Er is nog een wereld te winnen door voorlichting over gepast gedrag te organiseren. Beter geïnformeerde patiënten willen veelal minder zorg dan niet of slecht geïnformeerde patiënten. Patiënten moeten ruimte krijgen om mee te beslissen over de gewenste zorg en bij kunnen dragen aan evaluatie van de verkregen zorg. Ruimte voor zelfmanagement van de zorg en mogelijkheden voor patiëntenorganisaties om mee te praten over investeringen rond behandelingen passen daar bij.
3. Het basispakket vergoedt alleen behandelingen die bewezen waarde leveren voor de ziektelast van patiënten. Voor het vertrouwen van betalende is het nodig dat zinloze behandelingen niet worden vergoed. De invalshoek van de Raad ligt hierbij iets dichter bij de medische experts: 'evidence based', terwijl ik zou opteren voor 'value based'. Verder deel ik de invalshoek van de Raad. Beide

invalshoeken vragen het voorkomen van hoge vergoedingen voor behandelingen die geen meerwaarde leveren.

4. De eigen bijdragen stimuleren prudent gebruik van voorzieningen. De eigen bijdragen zijn laag in Nederland in vergelijking met andere landen. Wel is daarbij vanzelfsprekend dat het effect van de eigen bijdragen bekeken wordt. Hebben patiënten daadwerkelijk invloed op prudent gebruik en leidt de eigen bijdrage tot lagere zorgkosten als geheel? Daarom ligt het voor de hand dit alleen te doen waar de burger reële beïnvloedingsmogelijkheden heeft.
5. Een striktere scheiding tussen services en zorg ligt minder voor de hand dan het lijkt. Het is mogelijk dat services een grote bijdrage leveren aan snellere genezing. Besparen mensen dan op services en liggen zij vervolgens langer in het ziekenhuis? Dan zal deze scheiding geen bijdrage leveren aan houdbare solidariteit.
6. De zorg werkt ook activerend in de richting van participatie. De invalshoek van de Raad (arbeidsmarkt) is iets te beperkt. Het gaat om participatie, niet uitsluitend om betaalde arbeid. Onder die participatie kunnen allerlei maatschappelijk zinvolle activiteiten vallen, bijvoorbeeld mantelzorg. De bijdrage van mensen die ouder zijn dan 65 aan informele zorg is de laatste jaren gegroeid en zal naar verwachting verder groeien (SCP 2005<sup>16</sup>).
7. Ik sluit aan bij de stelling van de Raad over stimulansen voor bijdragen aan de zorg. De overheid stimuleert diegenen die vanuit hun taakopdracht of missie een bijdrage leveren aan meer algemene solidariteit- en vangnetfuncties in de gezondheidszorg. Deze stimulansen gelden vooral voor burgers die naar elkaar omzien (clausule 8b). Misschien zou deze stelling verbreed moeten worden. Het moet niet alleen gaan om concrete hulp vanuit een gevoel van solidariteit, maar ook om de waarde van solidariteit voor de maatschappij zichtbaar te maken.

## **Overheid levert ook een bijdrage**

8. De wederkerigheid geldt ook de overheid. Net als alle economische sectoren lijdt de zorg aan een teveel aan administratieve verplichtingen. Er zouden honderden miljoenen kunnen worden bespaard als er iets aan deze overdaad wordt gedaan (commissie-De Beer 2002<sup>17</sup>). Hoewel hiervan wellicht niet op korte termijn veel te verwachten is, dient de overheid duidelijk te maken dat het geld goed besteed is. Niet alleen de burger, ook de overheid heeft de taak verspilling tegen te gaan en te zorgen dat goed met het geld wordt omgegaan.

## Noten

- <sup>1</sup> A. Komter “Solidariteit en het offer”. Universiteit Utrecht, 2003.
- <sup>2</sup> E. Heydelberg “Klein onderhoud, over actieve solidariteit en gezondheidszorg”. De Balie, 1995.
- <sup>3</sup> CPB / SCP “Trends, dilemma’s en beleid”. Den Haag, 2000.
- <sup>4</sup> P. Dekker e.a. “De moraal in de publieke opinie”. SCP Den Haag, 2004 pg 80.
- <sup>5</sup> Onder andere te vinden in het McKinsey onderzoek 21 minuten.nl 2005.
- <sup>6</sup> H. Prast e.a. “Vertrouwen, cement van de samenleving en aanjager van de economie”, DNB 2005 p 42.
- <sup>7</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau “Sociaal en Cultureel Rapport 2004” hoofdstuk 1. Den Haag, 2004.
- <sup>8</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau “Sociaal en Cultureel Rapport 2004” pg 327. Den Haag, 2004.
- <sup>9</sup> P. Schnabel “Een sociale en culturele verkenning voor de lange termijn” p21 in SCP en CPB “Trends, dilemma’s en beleid”. Den Haag, 2000.
- <sup>10</sup> C. Schuyt aangehaald in Erik Heydelberg “Klein onderhoud, over actieve solidariteit en gezondheidszorg”. De Balie 1995.
- <sup>11</sup> S. Hoff en C. Vrooman “Zelfbepaalde zekerheden”. SCP Den Haag, 2002.
- <sup>12</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau “Sociaal en Cultureel Rapport 2004 h7 pg 337. Den Haag, 2004.
- <sup>13</sup> Muffels, R.J.A., & Arts, W.A. “Wat te doen? Van solidariteitsonderzoek naar beslissingsondersteunende modellen in de gezondheidszorg”. Sociale Wetenschappen, 2005, 48(1/2), 109-138.
- <sup>14</sup> K. Stronks en J. Hulshof “De kloof verkleinen”. ZonMw/ Van Gorcum Assen, 2001
- <sup>15</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau “Sociaal en Cultureel Rapport 2004” h9 pg 440. SCP Den Haag, 2004.
- <sup>16</sup> A. de Boer (red) “Kijk op informele zorg”. SCP Den Haag, 2005
- <sup>17</sup> Commissie Terugdringing Administratieve Lasten Zorgsector “Minder regels, meer zorg”. VWS Den Haag, 2002.



# Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg

Schipperen tussen rechtvaardigheid,  
doelmatigheid en betrokkenheid

Leo van der Geest





## Inhoudsopgave

	Woord vooraf	31
1	Solidariteit ter discussie	32
2	Solidariteit: tussen betrokkenheid en rechtvaardigheid	33
3	Toenemend beroep op solidariteit	38
4	Grenzen aan de solidariteit?	40
5	Hoe solidair voelen burgers zich?	44
6	De zorg terug naar de burger	46
7	Bouwstenen voor een solidaire gezondheidszorg	50
8	Tot slot	56
	Literatuur	57



## Woord vooraf

De publieke uitgaven aan gezondheidszorg zijn in de afgelopen decennia voortdurend toegenomen en alle prognoses wijzen er op dat deze ontwikkeling onverminderd doorzet. Dit betekent dat een steeds groter beroep op de solidariteit van burgers wordt gedaan. Mensen merken dat in hun portemonnee: er gaat steeds meer geld naar de zorg voor anderen. Het is de vraag of deze ontwikkeling op langere termijn ‘houdbaar’ is. Hoewel uit enquêtes blijkt dat de solidariteit met zieken nog altijd buitengewoon groot is, kunnen er vroeg of laat toch grenzen aan de betalingsbereidheid worden bereikt.

Om de discussie hierover te bevorderen heeft de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) in april 2005 een prikkelend signalement uitgebracht onder de titel *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg* (Jeurissen, 2005). Volgens de Raad kan de voortdurende toename van solidariteitsoverdrachten niet onbeperkt doorgaan. Willen we het maatschappelijk draagvlak voor solidariteit in de zorg in stand houden, dan moeten we ons preciezer gaan afvragen met wie we solidair zijn en tot hoever die solidariteit reikt. Het huidige ongedefinieerde solidariteitsbegrip moet worden vervangen door een meer ‘geclausuleerde’ solidariteit. De Raad doet ook praktische voorstellen om daar inhoud aan te geven.

In een serie debatten met patiënten(organisaties), medici, zorgverzekeraars, zorginstellingen, vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties, wetenschappers, politici, beleidsmedewerkers en andere betrokkenen uit de gezondheidszorg zijn deze ideeën besproken. Daarbij zijn interessante reacties naar voren gekomen. Aan NYFER is gevraagd om het RVZ-signalement en het commentaar daarop nog eens tegen het licht te houden en mogelijke richtingen aan te geven om het draagvlak in de samenleving voor solidariteit in de gezondheidszorg te waarborgen.

Het resultaat hiervan is dit essay. Het is geen conclusie maar een uitnodiging. Juist omdat solidariteit in de gezondheidszorg zo’n kostbaar goed is, is het van groot belang om verder na te denken over de vraag hoe de noodzakelijke solidariteit kan worden behouden en versterkt.

## 1 Solidariteit ter discussie

De gezondheidszorg in Nederland draait op solidariteit. Mensen met een hoog inkomen betalen mee voor mensen met een laag inkomen, gezonde mensen betalen mee voor (chronisch) zieken en jongeren betalen mee voor ouderen. Zonder die solidariteit zou er voor ouderen, chronisch zieken en mensen met een laag inkomen geen goede gezondheidszorg zijn. Dat is wat weinig Nederlanders willen. Daarom moeten we zuinig zijn op die solidariteit.

Voor die solidariteit bestaat een breed draagvlak in de samenleving. Uit onderzoek van het SCP blijkt dat veel burgers bang zijn voor een verschraling van de zorg (SCP, 2004). Men verwacht dat zieke mensen in 2020 veel meer dan nu afhankelijk zullen zijn van hun familie. 91% van de bevolking vindt dat onwenselijk. Verder verwacht men dat mensen met hoge inkomens in 2020 betere zorg zullen krijgen dan mensen met lage inkomens. Ook dat vindt 91% ongewenst. Tegelijkertijd hikt men wel tegen de oplopende kosten in de zorg aan. Er is een grens aan de bereidheid om voor alles te betalen. Voor mensen bijvoorbeeld die willens en wetens hun gezondheid in gevaar brengen door roekeloos gedrag en een ongezonde levensstijl, is men minder bereid te betalen dan voor anderen die volledig buiten hun schuld door ziekte of een handicap worden getroffen. Ook voor minder urgente behandelingen zoals flapoorcorrecties of borstvergrotingen is de betalingsbereidheid minder. Deze behandelingen zijn in 2005 uit het ziekenfondspakket geschrapt.

In *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg* dringt de RVZ er op aan de grenzen aan de solidariteit preciezer af te bakenen. Als een betere balans tussen solidariteit en de daarmee gemoeide kosten wordt gevonden, zou dat helpen de solidariteit intact te houden. Niet iedereen deelt overigens de mening over de analyse dat de grenzen van de solidariteit in zicht komen. In de debatten naar aanleiding van *Houdbare solidariteit* bleek bijvoorbeeld dat een aantal deelnemers zich helemaal niet in het beeld van een afbrokkelende solidariteit herkende. Voor een deel heeft dat te maken met begripsverwarring rond het begrip solidariteit. Daarom is het nuttig om eerst kort stil te staan bij de vraag wat eigenlijk met solidariteit in de zorg wordt bedoeld.

## 2 Solidariteit: tussen betrokkenheid en rechtvaardigheid

Volgens Van Oorschot (1998) is de basis van solidariteit dat mensen elkaar als lotgenoten herkennen. Mensen ervaren dat zij kwetsbaar zijn en verenigen zich in het besef dat onderlinge verbondenheid hen beter in staat stelt zich tegen de risico's van het leven te verweren. Het begrip 'solidariteit' in deze betekenis is dus verwant aan het begrip 'gemeenschap'. Met de opkomst van de moderne samenleving verandert dat. Onder invloed van individualisering, secularisering, rationalisering en andere 'moderniserings' vervagen traditionele gemeenschapsverbanden als belangrijkste organisatieprincipe. Rationele besluitvormings- en coördinatiemechanismen, belichaamd door markt en staat, komen daarvoor in de plaats. In dat proces past ook de ontwikkeling van de verzorgingsstaat waarin onderlinge vrijwillige arrangementen steeds meer worden vervangen door voor ieder geldende voorzieningen met een formeel, georganiseerd en verplicht karakter (De Swaan, 1996).

Met de ontwikkeling van de moderne verzorgingsstaat verandert dus de grondslag van het solidariteitsbegrip. Saamhorigheid en lotsverbondenheid verliezen terrein en geïnstitutionaliseerde (groeps)belangen gaan een prominenter rol spelen. Van Oorschot (1998) omschrijft dat als een ontwikkeling van *shared identity* naar *shared utility*. Deze ontwikkeling is niet alleen in de gezondheidszorg, maar ook op andere terreinen van de sociale zekerheid (arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, ouderdom) herkenbaar. Er is, met andere woorden, een verschuiving in de solidariteit van betrokkenheid naar doelmatigheid, rechtvaardigheid en rechtmatigheid.

### **Solidariteit als rechtvaardigheid**

Solidariteit als rechtvaardigheid wortelt vooral in de liberale filosofie die de samenleving ziet als een samenwerkingsverband van rationele individuen die verplichtingen tegenover elkaar aangaan uit een oogpunt van eigenbelang. Burgers zien er de voordelen van in om zich gezamenlijk in te spannen om onzekerheden en risico's op te vangen. Belangrijk daarbij is dat de lusten en lasten van de onderlinge samenwerking op een aanvaardbare (rechtvaardige) manier worden verdeeld, anders verdwijnt de animo om aan het samenwerkingsverband deel te nemen. Daarom worden aanspraken zorgvuldig afgebakend en gegoten in de vorm van rechten en verplichtingen. Het gaat hier dus in essentie om een soort verzekering tegen calamiteiten waarbij men elkaar nodig heeft om individuele risico's van rampspoed op te vangen. Houtepen en Ter Meulen (2001) noemen dit de 'koude' kant van solidariteit.

Door Rawls (1972) en anderen is dit begrip van rechtvaardigheid verbreed door te benadrukken dat ongelijkheden in onze samenleving in belangrijke mate te maken hebben met verschillen in aanleg en capaciteiten. Niemand van ons heeft inspraak in wat hem bij zijn geboorte is toebedeeld. Een rechtvaardige samenleving moet iedereen zoveel mogelijk gelijke kansen bieden en de lusten en lasten daarvan op een faire wijze verdelen over de leden van de samenleving. Dit kan worden bereikt door de opstellers van de verdelingsregels plaats te laten nemen achter een denkbeeldig gordijn (*veil of ignorance*) waardoor zij niet weten hoe de verdelingsregels uitpakken op hun eigen positie. Zo worden zij gedwongen regels te ontwerpen die geheel gebaseerd zijn op algemene, onpartijdige overwegingen. Op die manier resulteert een 'socialere' vorm van rechtvaardigheid. Uiteindelijk stoelt ook dit rechtvaardigheidsbeginsel op belangenafwegingen, maar het gevaar niet zelf tot de bevoorrechten te behoren dwingt beleidsmakers ertoe ook rekening te houden met de belangen van minder bevoorrechten.

#### **Solidariteit als betrokkenheid**

Toch laat de geïnstitutionaliseerde solidariteit die kenmerkend is voor de moderne verzorgingsstaat zich niet reduceren tot deze twee motieven, die uiteindelijk gebaseerd zijn op overwegingen van eigenbelang. Er is ook een 'warmere' kant van solidariteit. Betrokkenheid bij het welzijn van anderen, zorg voor de zwakkeren binnen een sociaal verband, naastenliefde e.d. spelen daarbij een belangrijke rol. Deze invulling van het solidariteitsbegrip komt voort uit een andere traditie, geïnspireerd vanuit de katholieke sociale leer, waarin de nadruk wordt gelegd op wederzijdse afhankelijkheid van individu en samenleving. Volgens deze opvatting komt de mens slechts volledig tot ontplooiing als onderdeel van een gemeenschap. Hiermee wordt de waarde van vrijheid en individualiteit niet ontkend, maar krijgt zij een andere betekenis. Vrijheid niet zozeer als vrijwaring van inmenging door derden, maar als individuele ontplooiing binnen waarden en idealen die in de samenleving leven. Deze betrokkenheid bij het welzijn van anderen wordt ingegeven door het besef deel uit te maken van een gemeenschap met gedeelde waarden en een gedeelde leefwereld. Dit belichaamt de 'warme' kant van het solidariteitsbegrip.

#### **Verschuivingen in het solidariteitsbegrip**

Door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen verschuift het accent van een op saamhorigheid berustende naar een op rechten en plichten gebaseerde notie van solidariteit. In de eerste plaats de individualisering, die wel wordt beschouwd als de dominante sociaal-culturele trend van onze tijd. Individualisering betekent niet dat mensen geen deel meer uitmaken van een gemeenschap, maar dat hun keuzevrijheid wordt vergroot. Zij kunnen bewuster kiezen tot welke gemeenschap zij willen behoren en maken tegelijkertijd ook deel uit van meerdere

verschillende gemeenschappen. Sociale verbanden blijven belangrijk, maar worden losser en informeler (SCP, 2004).

Dit losser worden van sociale verbanden is beeldend beschreven door Robert Putnam (2000) in zijn boek *Bowling alone*. Hierin beschrijft Putnam het afbrokkelende verenigingsleven in de Amerikaanse samenleving. De metafoer die hij daarvoor gebruikt is de bowlingbaan. Er wordt in de VS meer gebowld dan ooit tevoren, maar het bowlen in verenigingsverband is sterk afgenomen. Dit is niet alleen een bedreiging voor bowlingbaan-exploitanten omdat verenigingsleden veel meer bier en pizza's verorberen dan solo-bowlers, maar het heeft ook een bredere sociale betekenis omdat het contact tussen mensen van verschillende achtergronden vermindert. Daarmee neemt ook de kans af dat mensen kennismaken met en begrip ontwikkelen voor anderen die er soms heel andersoortige opvattingen op na houden. De terugloop van het bowlen in verenigingsverband is volgens Putnam geen geïsoleerd verschijnsel; het lidmaatschap van verenigingen, kerkgenootschappen, politieke partijen en andere sociale verbanden loopt over de volle breedte terug. Daarmee brokkelt het 'sociale kapitaal' in de samenleving af.

Dit sociale kapitaal vertegenwoordigt een belangrijke waarde. Steeds meer onderzoek bevestigt dat onderling vertrouwen, gezamenlijkheid, burgerschap, gedeelde waarden en normen, kortom de 'sociale infrastructuur', heel bepalend zijn voor de economische en sociale ontwikkeling (IMF, 2003). Sociaal kapitaal zorgt ervoor dat mensen in hun beslissingen rekening houden met de effecten daarvan op anderen. Het creëert *commitment* om sociale dilemma's of collectieve actieproblemen op te lossen, waardoor *free-rider* problemen en enge belangenbehartiging gemakkelijker kunnen worden overwonnen. Doordat het aldus transactiekosten vermindert en gecoördineerde actie vergemakkelijkt, draagt het bij aan de welvaart in een land of gemeenschap.

Toegesplitst op de gezondheidszorg denkt men onmiddellijk aan de rol die 'mantelzorg' in het totale zorgaanbod speelt. Naar schatting tweederde tot driekwart van de zorg voor kwetsbare ouderen bijvoorbeeld bestaat uit informele zorg door familie, vrienden, naasten en vrijwilligers (Jacobzone, 1999). Als die zorg verdwijnt omdat de gezamenlijkheid afneemt, leidt dat al snel tot geweldige tekorten in het zorgaanbod.

Een tweede belangrijke ontwikkeling is het voortschrijdend inzicht in oorzaak en gevolg van gezondheid en ziekte. De *veil of ignorance* wordt steeds doorzichtiger. Als we niet weten wie door ziekte wordt getroffen, zijn we solidair met het slachtoffer omdat het ook ons zelf kan overkomen. Maar als steeds duidelijker wordt dat gezondheidsschade het gevolg is van beïnvloedbare risico's is de solidariteit minder vanzelfsprekend. De medische wetenschap ontsluit voorheen onbekende

risico's en maakt ze daarmee in toenemende mate tot een individuele verantwoordelijkheid.

Een derde ontwikkeling is de bureaucrativering van de zorg, door Schuyt omschreven als een “overspannen overdracht van verantwoordelijkheden naar de overheid (...) die uitgelopen is op een anonymisering van verantwoordelijkheid”. Het is niet juist om uitsluitend laatdunkend te doen over deze formalisering van de zorg. De vermindering van willekeur, vriendjespolitiek, voorrangbehandeling enzovoort is een belangrijke verworvenheid. We zijn er trots op dat Jan met de Pet in beginsel hetzelfde recht op zorg heeft als Jan Peter Balkenende of prinses Maxima. Maar er zijn ook nadelen.

Omdat identificatie met de ontvanger van de zorg ontbreekt, wordt wederkerigheid steeds meer een zakelijke afweging. Zodra de gever vindt dat de ontvanger te hoge eisen stelt of het gewoonweg niet verdient, wordt de basis voor solidariteit al snel smaller. Bijvoorbeeld vermeend misbruik, riskante leefwijzen of overmatig beroep op zorg (ouderen) worden opgevat als redenen om de steun aan de verdelingsoperatie te beperken. In de liberale rechtvaardigheidsoptiek is er dan ook een sterke tendens om de claims van ontvangers naar beneden bij te stellen en de standaarden voor de plicht tot hulpverlening en ondersteuning zo laag mogelijk te houden, met als *bottomline*: welk minimum zijn wij tegenover onze medemens verplicht.

#### **Van een continentale naar een Angelsaksische solidariteit?**

De verschuiving van een op betrokkenheid naar een op rechtvaardigheid berustende solidariteit wordt ook wel aangeduid als een verschuiving van het continentaal-Europese naar het Angelsaksische model. Het Europese solidariteitsbegrip heeft primair betrekking op saamhorigheid met de leden van de gemeenschap. Deze opvatting wortelt in de politieke tradities van de sociaal-democratie en christen-democratie die lange tijd de continentale politiek domineerden en ook verantwoordelijk waren voor het ontstaan van de verzorgingsstaat. In de Angelsaksische traditie overheerst het liberalisme, dat vrijheid tot hoogste goed benoemt. In deze benadering krijgt solidariteit sterker de betekenis van rechtvaardigheid en staan individuele rechten en verplichtingen centraal.

Hoewel een strikt zakelijke solidariteit weinig steun onder de bevolking geniet is de aandacht voor verdelende rechtvaardigheid onmiskenbaar gegroeid. Dat heeft niet alleen te maken met de sterke groei van overdrachten waar de RVZ op wijst. Ook het losser worden van sociale verbanden speelt een belangrijke rol. Doordat er grotere verschillen in leefwerelden, denkbeelden en relatievormen ontstaan, worden de grenzen aan de solidariteit steeds nauwer getrokken.

Critici benadrukken dat deze opvatting van solidariteit weinig ruimte laat voor de ‘warme kant van het begrip’: de betrokkenheid bij het welzijn van anderen vanuit het besef deel uit te maken van een gemeenschap met gedeelde waarden en een gedeelde leefwereld. Een solidariteit waarin het verzekeringsmotief domineert, brokkelt af waar risico’s individualiseerbaar zijn en waar belangen helderder te onderscheiden zijn en sterker uit elkaar gaan lopen. Maar ook in het geval van solidariteit als betrokkenheid kunnen grenzen in zicht komen. Waar elementen van cultuur, traditie en levensstijl steeds meer een pluriform karakter krijgen, wordt de basis onder groepssolidariteit zwakker. De solidariteit staat dus langs beide kanten onder druk.

De spanning tussen rechtvaardigheid/wederkerigheid en betrokkenheid/saamhorigheid kwam als onderliggend thema ook steeds terug in de debatten die de RVZ heeft georganiseerd. In het algemeen was er brede steun voor de opvatting dat solidariteit geen blanco cheque impliceert en dat evenredigheid en wederkerigheid belangrijk zijn om solidariteit in stand te houden. Maar tegelijkertijd werd, onder meer vanuit een public health invalshoek, ook benadrukt dat gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk moet zijn en dat een te sterke nadruk op *quid pro quo* geen recht doet aan de solidariteitsbehoefte in de samenleving.

Uiteindelijk is het een kwestie van balanceren tussen betrokkenheid en rechtvaardigheid, waarbij een te sterke nadruk op betrokkenheid onhoudbaar is omdat traditionele gemeenschapsbanden losser worden en het uitsluitend koersen op rechtvaardigheid ongewenst is omdat dit tendeert naar een minimalistische invulling van de zorg voor naasten (Verburg en Ter Meulen, 2005).

### 3 Toenemend beroep op solidariteit

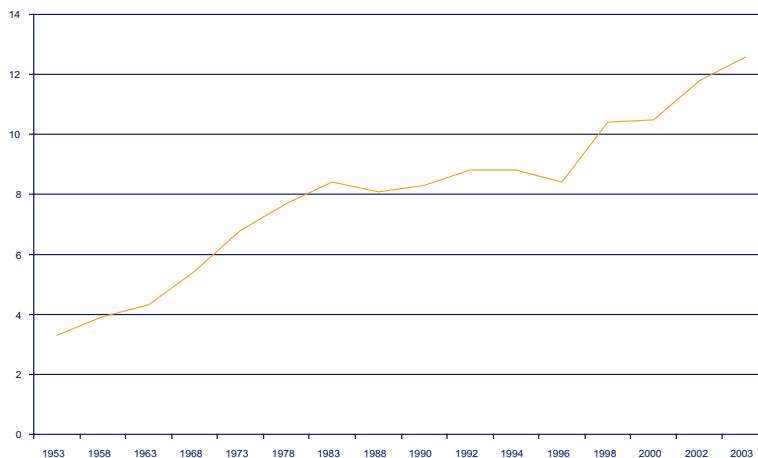
Tegen deze achtergrond is *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg* te zien als een uiting van het verschuivende perspectief waarin solidariteit steeds minder wordt gedefinieerd als betrokkenheid en steeds meer als een kwestie van (verdelende) rechtvaardigheid, gebaseerd op wederkerigheid en evenredigheid.

Dit blijkt uit de manier waarop de RVZ het begrip solidariteit operationaliseert, namelijk als de overdracht van (financiële) middelen tussen groepen in de bevolking om de gezondheidszorg van andere groepen te financieren. Deze overdracht neemt verschillende vormen aan:

- *Inkomenssolidariteit*: mensen met een hoger inkomen betalen mee aan de gezondheidszorg voor mensen met een lager inkomen.
- *Risicosolidariteit*: mensen die minder risico lopen om ziek te worden betalen mee aan de zorg voor mensen die meer risico lopen om ziek te worden.
- *Intergenerationale solidariteit*: jongere generaties betalen mee aan de hogere zorgkosten van oudere generaties.

Deze overdrachten nemen voortdurend in omvang toe. In de jaren vijftig van de vorige eeuw bedroegen de zorgkosten tussen de 3 en 4% van het bbp. Inmiddels ligt dit percentage boven de 10% van het bbp. De medisch-technologische ontwikkeling en de vergrijzing van de bevolking zijn belangrijke oorzaken van deze uitgavenstijging. Figuur 1 toont de ontwikkeling van de uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het bbp over de afgelopen vijftig jaar.

**Figuur 1 De zorgkosten zijn de afgelopen vijftig jaar voortdurend opgelopen (in % van het bbp)**



Bron: CBS, RVZ

Omdat gezondheidszorg voor het overgrote deel collectief wordt gefinancierd is de uitgavenstijging in de afgelopen decennia gepaard gegaan met steeds grotere overdrachten in de vorm van belastingen en premies, zo laat de RVZ zien. In de particuliere ziektekostenverzekering bijvoorbeeld zijn de premies sinds 1989 meer dan verdubbeld. De verplichte betaling van WTZ- en MOOZ-bijdragen voor de slechte risico's zijn nog veel sterker toegenomen (met een factor vier respectievelijk vijf). De AWBZ-premie (zorg voor ouderen en chronisch zieken) is tussen 1968 en 2005 van 5,25 naar 13,45% van het premieplichtig inkomen gestegen.

Hoewel de verdeling van de premielast over inkomensgroepen in de loop van de tijd weinig is verschoven, is het absolute niveau dus sterk toegenomen. Uit de economische theorie is bekend dat een hoger niveau van inkomensoverdrachten schade kan berokkenen aan de welvaart. Dat komt omdat de band tussen genieten en betalen zwakker wordt. Daarmee vermindert de prikkel om middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten. Dit gevaar wordt versterkt doordat delen van de gezondheidszorg gekenmerkt worden door een aanzienlijk 'moreel risico'. Als zorg schijnbaar 'gratis' is of tegen heel lage kosten beschikbaar wordt gesteld, lokt dat extra gebruik uit en vermindert het de prikkel om bijvoorbeeld door preventieve maatregelen een beroep op zorg te voorkomen of beperken. Het morele risico is extra groot doordat de behoefte aan zorg sterk persoonsgebonden en vaak moeilijk te objectiveren is.

In tegenstelling tot de inkomenssolidariteit is de risicosolidariteit in de gezondheidszorg in de afgelopen decennia wel sterk toegenomen, aldus de RVZ. De zorgkosten zijn zeer scheef verdeeld. Globaal geldt dat 30% van het zorgbudget wordt besteed aan 1% van de bevolking met de hoogste zorgkosten. 70% van het budget wordt uitgegeven aan de duurste 10% van de bevolking. In de AWBZ is deze verhouding nog schever: daar is 1,6% van de bevolking verantwoordelijk voor 75% van de totale kosten. In het verleden waren die verhoudingsgetallen minder scheef. In 1953 zorgden de 10% duurste verzekerden voor 43% van de totale uitgaven aan curatieve zorg.

Ook de intergenerationale overdrachten zijn in de loop van de jaren toegenomen. Dat heeft natuurlijk te maken met de vergrijzing: 65-plussers gebruiken ongeveer vier keer zoveel zorg als mensen onder de 65 jaar. Toch is dat niet de enige reden. Zo is het aantal ligdagen van 65-plussers in ziekenhuizen in de afgelopen twintig jaar sterker toegenomen dan men uitsluitend op grond van demografische trends zou verwachten. Een flink deel van de totale zorgkosten wordt besteed aan mensen in hun laatste levensjaar. Omdat veel ziekten in de duurste diagnosegroepen het karakter hebben van ouderdomsziekten, valt te verwachten dat de intergenerationele solidariteitsoverdrachten in de komende decennia nog sterk zullen toenemen.

## 4 Grenzen aan de solidariteit?

Op zich hoeft het helemaal geen probleem te zijn dat de gezondheidszorg duurder wordt. Tegenover de toegenomen kosten staan immers ook baten in de vorm van een langere levensduur en een verbetering van de kwaliteit van het (resterende) leven. Als mensen het er voor over hebben een steeds groter deel van hun inkomen aan hun gezondheid(szorg) te besteden, wat zou daar dan op tegen zijn?

Diverse deelnemers aan de debatten trokken de macro-economische noodzaak om grenzen te stellen aan de uitgavenstijging in de zorg in twijfel. Daarbij voelde men zich gesteund door de analyse van oud-CDA-fractievoorzitter De Vries (2005) dat de financiële gevolgen van de vergrijzing schromelijk worden overdreven. Uitgaven aan gezondheidszorg moeten niet alleen als kostenpost maar ook als investering worden gezien. In de afgelopen decennia zijn de zorguitgaven en de solidariteitsoverdrachten in de zorg ook voortdurend toegenomen zonder dat daarover een volksopstand is uitgebroken! Integendeel, toen in de jaren negentig de wachtlijsten in de zorg als gevolg van bezuinigingen opliepen, ontstond er groot politiek rumoer. En bij de verkiezingen van 1998 buitelden politieke partijen over elkaar heen om meer middelen voor de zorg te reserveren conform de wensen van de kiezer.

Toch zijn er minstens vijf redenen om er niet blindelings op te vertrouwen, dat het beroep op solidariteit steeds verder kan worden opgerekt.

### **Verdringing**

Als de welvaart stijgt, kan er meer publiek geld aan gezondheidszorg worden besteed zonder dat iemand er op achteruit gaat. Ook kunnen de solidariteitsoverdrachten toenemen. Maar de uitgaven aan gezondheidszorg concurreren wel met andere uitgaven waarvoor de overheid verantwoordelijk is, zoals onderwijs, infrastructuur, veiligheid enzovoort.

Tussen 1950 en 2000 liepen de zorguitgaven gestaag op, maar eisten zij in de regel niet meer dan 10% van de groei van het bbp op.

In de afgelopen jaren is dat beeld dramatisch veranderd. Het beslag van de zorg op de bbp-groei liep op van 10% in 2000 tot bijna 40% in 2004 (zie tabel 1). Hoewel dit cijfer vertekend is omdat de economische groei in die jaren heel laag was, betekent het toch dat andere overheidsuitgaven in hoge mate werden verdrongen. Hoe belangrijk een goede gezondheidszorg op zich zelf ook is, ook voor andere overheidstaken moeten voldoende middelen beschikbaar zijn om aan de behoeften van de Nederlandse bevolking tegemoet te komen. Natuurlijk kan besloten worden de collectievelastendruk te verhogen. Maar dat leidt dan weer tot verlies van koopkracht en aantasting van de particuliere consumptie en investeringen. Bovendien houdt verhoging van de collectieve lastendruk risico's in voor het groeivermogen van de economie.

**Tabel 1** De uitgaven aan gezondheidszorg slokken een steeds groter deel van de bbp-groei op

2000	9,7%
2001	17,8%
2002	35,2%
2003	48,5%
2004	38,4%

Bron: CBS, RVZ, NYFER

### **Betaalbaarheid**

Een tweede reden waarom men vraagtekens kan zetten bij de sterk stijgende overdrachten in de gezondheidszorg is de betaalbaarheid. In de gezondheidszorg bestaat een lange traditie van solidariteit. Mensen vinden het belangrijk dat de gezondheidszorg zonder financiële drempels toegankelijk is voor iedereen die zorg nodig heeft en zijn bereid daarvoor de portemonnee te trekken. Maar het evenwicht tussen betaalbaarheid en solidariteit is wankeler geworden doordat de kosten van de zorg in de loop van de tijd zo sterk zijn gestegen. De technologische ontwikkelingen hebben niet alleen de medische mogelijkheden enorm vergroot, maar ook de kosten opgedreven en ervoor gezorgd dat het aandeel van de publiek gefinancierde gezondheidszorg in het bbp in de afgelopen dertig jaar meer dan verdrievoudigd is. Dit heeft overheden voor financiële problemen gesteld. Het wordt steeds moeilijker voor iedereen een gelijke toegang te waarborgen tot alles wat medisch mogelijk is. Het al eerder genoemde 'morele risico' bemoeilijkt die afweging nog.

### **Doelmatigheid**

De meeste landen hebben op deze trend gereageerd door grenzen te stellen aan de ontwikkeling van de kosten (Docteur en Oxley, 2003). Lange tijd leek dit beleid tamelijk succesvol. De groei van de zorguitgaven is in de jaren tachtig en negentig getemperd, zonder dat de kwaliteit van de zorg veel schade leek te lijden. Maar geleidelijk aan is dit afknijpbeleid steeds meer onder vuur komen te liggen. Omdat de technologische ontwikkelingen doorgingen bleven de zorgkosten een sterke neiging tot stijgen vertonen tenzij de budgettaire duimschroeven heel strak werden aangedraaid. Maar dat leidde op haar beurt tot wachtlijsten en andere beperkingen aan de toegankelijkheid die steeds meer onvrede oproepen.

Daar kwam nog een tweede effect bij: de centrale aansturing via budgetten ging ook gepaard met groeiende ondoelmatigheid en bureaucratie. Regel stapelde zich op regel, de bureaucratie dijde uit, initiatief werd doodgedrukt. Door de centrale planning kregen zorginhoudelijke en organisatorische vernieuwingen steeds minder kans, wat niet alleen

ten koste ging van de doelmatigheid maar ook van de kwaliteit van de zorg. Naarmate de geldkraan steviger werd dichtgedraaid, nam de kritiek op het gebrek aan doelmatigheid steeds meer toe.

De kritiek verdween niet toen aan het eind van de jaren negentig de financiële middelen voor de zorg weer overvloediger beschikbaar kwamen, onder meer om wachtlijsten weg te werken. Integendeel, zij nam nog in hevigheid toe toen de extra miljarden zich maar in heel beperkte mate in extra productie bleken te vertalen. Veel geld ging op aan hogere tarieven of verdampte in de bureaucratie. Zelfs de ingestelde parlementaire enquête kon niet duidelijk maken waar de extra miljarden in de zorg gebleven waren.

Inmiddels is gekozen voor ‘gereguleerde concurrentie’ om de doelmatigheid in de zorg te bevorderen. Maar ook in een concurrerende omgeving blijven marktimperfecties de doelmatigheid ondermijnen. In de gezondheidszorg hebben vragers (patiënten) meestal een aanzienlijke informatieachterstand ten opzichte van aanbieders (medische professionals). Dit houdt risico's in dat niet alleen de belangen van de patiënt maar ook die van de aanbieders een rol gaan spelen in de toewijzing en verlening van zorg (supply-induced demand). Daarbij blijkt dat de medische sector ook vrij goed voor zich zelf weet te zorgen. Onlangs werd bekend dat de salarissen van huisartsen en medisch specialisten in ons land tot de hoogste in de wereld behoren (OECD, 2005).

### **Eigen verantwoordelijkheid**

Uit medisch-wetenschappelijk onderzoek blijkt steeds duidelijker dat gedrag een significante invloed heeft op gezondheid. Volgens sommige schattingen zijn gedragsaspecten zelfs verantwoordelijk voor de helft van het totale beroep op gezondheidszorg. Gedrag is van groot belang bij het voorkomen van ziekte, het herstellen van ziekte en het minimaliseren van de kans op chronische aandoeningen op latere leeftijd. Een recent onderzoek in *The Lancet* bijvoorbeeld wees uit dat het risico op een hartinfarct nagenoeg volledig samenhangt met een negental gedragsfactoren, veel meer dan tot nu toe werd aangenomen. Ongelukkigerwijs ontwikkelen belangrijke gedragstrends, bijvoorbeeld op het gebied van voeding en beweging, zich zeer ongunstig als het gaat om risico's voor de gezondheid.

Hoewel gedrag niet altijd gemakkelijk beïnvloedbaar en soms zelfs niet veranderbaar is (denk aan verslaving), ligt hier volgens de RVZ een belangrijk aanknopingspunt voor beleid. Als mensen willens en wetens kiezen voor een ongezonde leefstijl, berokkenen ze daarmee niet alleen schade aan hun eigen gezondheid, maar zaden ze ook de samenleving als geheel met hoge kosten van medische zorg op. Men kan zich afvragen of de gemeenschap voor de kosten moet opdraaien als mensen er

vrijwillig voor kiezen deze risico's te lopen. Er is een sterke maatschappelijke trend om mensen – ook financieel – op hun eigen verantwoordelijkheid aan te spreken. Het zou merkwaardig zijn als die trend de gezondheidszorg onberoerd zou laten.

#### **Intergenerationele solidariteit**

Jongeren betalen voor ouderen. Dat gebeurt onder de stilzwijgende veronderstelling dat toekomstige generaties ook bereid zullen zijn te betalen voor de huidige jongeren wanneer die oud zijn en medische zorg nodig hebben. De solidariteit tussen generaties is dus gebaseerd op een zekere wederkerigheid. Dit 'sociale contract' loopt gevaar wanneer één generatie veel méér dreigt te moeten betalen dan zij zal ontvangen wanneer zij zelf oud is. Dit is het geval wanneer de verhouding tussen het aantal jongeren (werkenden) en ouderen (niet werkenden) binnen één generatie sterk verslechtert. In een situatie van vergrijzing dus. Jongeren kunnen dan in de verleiding komen het sociale contract op te zeggen en te kiezen voor een nieuw contract dat de lasten gelijkmatiger over de generaties spreidt.

Het intergenerationele contract komt extra onder druk wanneer jongeren moeten betalen voor ouderen die zelf ruim in de financiële middelen zitten. In het afgelopen decennium is de relatieve inkomenspositie van ouderen aanzienlijk verbeterd, vooral doordat steeds meer mensen die de 65 jaar passeren over een inkomen uit aanvullend pensioen kunnen beschikken. Ramingen van het Ministerie van SZW wijzen uit dat de inkomenspositie van ouderen in de komende decennia verder zal verbeteren (Thio, 2002). De vermogenspositie van veel ouderen is nog sterker verbeterd. Uit statistieken blijkt dat de grootste vermogensgroei in het afgelopen decennium geconcentreerd was bij huishoudens tussen 55 en 65 jaar. De mogelijkheden om van ouderen zelf een grotere bijdrage te vragen in de financiering van hun gezondheidszorg nemen dus toe. Dit kan de bereidheid onder jongeren om middelen te blijven overdragen verder onder druk zetten.

## 5 Hoe solidair voelen burgers zich?

Er zijn dus verschillende redenen om er niet zonder meer op te vertrouwen dat de solidariteit in de gezondheidszorg ongeclausuleerd stand kan houden en zelfs verder kan worden opgerekt. Essentieel daarbij is natuurlijk hoe de bevolking zelf denkt over solidariteit in de zorg. Recent is hiernaar onderzoek gedaan door de Universiteit van Tilburg (Arts en Muffels, 2005).

In tegenstelling tot veel enquêtes waarin mensen kosteloos hun solidariteit met zieken en zwakken kunnen betuigen, werden de ondervraagden in het Tilburgse onderzoek ook geconfronteerd met de financiële gevolgen van hun keuzen in de vorm van hogere premies voor hen zelf. Uit het onderzoek bleek dat de solidariteit in Nederland met zieken erg groot is. Men wil in het algemeen niemand van behandeling of volledige vergoeding uitsluiten, ook al kost dat geld. Maar de solidariteit is ook weer niet onbeperkt. Het hangt van de omstandigheden af in hoeverre men bereid is te betalen.

In het algemeen vindt men dat leeftijd en geslacht geen rol mogen spelen bij medische beslissingen. Een zieke moet worden behandeld en voor volledige vergoeding in aanmerking komen, ongeacht diens leeftijd en geslacht. De gemiddelde Nederlander wil ook niet dat de ziektelast en de kosten van behandeling meewegen bij de beslissing of patiënten de behandeling vergoed dienen te krijgen. Risicogedrag en leefstijl daarentegen zijn wel van invloed op de solidariteitsgevoelens bij de Nederlandse bevolking. Bij overmatig alcoholgebruik bijvoorbeeld is men veel minder geneigd medicijnen zoals statines en antidepressiva te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering.

Ook de vraag of behandeling in het binnen- of buitenland plaatsvindt en wat iemands inkomen en leefsituatie is, weegt mee in het oordeel. Hoewel men dan nog steeds niet licht geneigd is mensen van behandeling uit te sluiten, vindt men deze criteria wel voldoende reden om de behandelingskosten niet volledig te vergoeden uit de collectieve middelen. Dit geldt voor alle onderzochte ziekten – het onderzoek is voor zes uiteenlopende ziektecasussen uitgevoerd – al verschilt de mate waarin wel per ziekte.

Al met al wijst het onderzoek uit dat er een groot maatschappelijk draagvlak is voor een hoge mate van solidariteit in het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg. Maar met name wanneer mensen geacht mogen worden zelf medeverantwoordelijk te zijn voor het optreden en de ernst van de kwaal (de zogenaamde verwijtbaarheidsvraag), zijn er grenzen aan de solidariteit. Dan neemt de bereidheid mensen voor

behandeling in aanmerking te laten komen en behandelingen volledig uit de collectieve middelen te bekostigen, zichtbaar af.

## 6 De zorg terug naar de burger

De solidariteit van burgers in de zorg blijkt dus wel heel groot maar niet ongelimiteerd. Men vindt dat tegenover de rechten ook plichten staan (gezond gedrag) en dat er rekening moet worden gehouden met persoonlijke omstandigheden. Dit stelt beleidsmakers voor een moeilijke keus. Voor de wet zijn alle mensen gelijk, hoe kan men dan met persoonlijke omstandigheden rekening houden bij de toewijzing van zorg. Het delegeren van de beslissing aan medische professionals biedt geen oplossing. Ook de medische beroepsethiek schrijft artsen voor te handelen zonder aanzien des persoons. Alleen medische noodzaak mag een rol spelen bij de beslissing tot behandelen. In de debatten naar aanleiding van *Houdbare solidariteit* verzette bijvoorbeeld de KNMG zich heftig tegen suggesties om niet-medische criteria bij de beslissing tot behandelen te betrekken.

Hoe waardevol het ook is dat het recht op medische zorg niet afhangt van onduidelijke criteria, vriendjespolitiek of voorkeursbehandeling van patiënten uit eigen kring, toch heeft de ‘objectivering’ en bureaucratisering van de zorg ook een aantal serieuze nadelen.

Een belangrijk probleem is dat de burger zijn grip op de zorg is kwijtgeraakt. De professional heeft hem de zorg uit handen genomen. Steeds meer mensen zijn daar niet tevreden mee. Zij willen meebeslissen over zaken die hun eigen gezondheid aangaan. Door verbeterde opleiding en betere informatie zijn zij daar ook beter toe in staat. Met name dank zij internet kunnen mensen veel meer te weten komen over hun ziekte, de mogelijke gevolgen daarvan en eventuele behandelingsmogelijkheden en zij maken grif van die mogelijkheid gebruik. Daardoor neemt de informatieachterstand ten opzichte van artsen en andere medische behandelers af. Het blijkt dat internet voor patiënten inmiddels een belangrijker bron van informatie is dan de huisarts. Het verzamelen van informatie via internet is vaak de basis voor beslissingen over de gezondheid: de beslissing om bij de huisarts langs te gaan, met een bepaalde behandeling te beginnen of een arts een bepaalde vraag voor te leggen.

Behalve dat patiënten veel informatie van internet kunnen halen en ervaringen met anderen kunnen uitwisselen, zijn zij natuurlijk bij uitstek ook deskundig over hun eigen situatie. Dat geldt met name voor chronische patiënten, een groep die inmiddels meer dan de helft van het totale aantal patiënten uitmaakt. Door hun specifieke deskundigheid worden chronische patiënten door professionele zorgverleners nogal eens als lastige klanten gezien. Omgekeerd vinden mensen met een chronische aandoening dat zij vaak onvoldoende serieus worden genomen, niet genoeg betrokken worden bij de keuze van behandelwijzen

en soms aangewezen zijn op zorgverleners met te weinig gespecialiseerde kennis over hun ziekte (Nivel, 2002).

Juist bij chronische ziekten hangt de effectiviteit van de behandeling sterk van de inbreng van de patiënt zelf af. Of het nu gaat om hart- en vaatziekten, epilepsie, longaandoeningen of diabetes, medische deskundigen zijn het erover eens dat twee zaken van doorslaggevend belang zijn bij de behandeling: therapietrouw en een gezonde leefstijl. Voor beide zaken is de patiënt zelf in hoge mate verantwoordelijk. De mate waarin nieuwe behandelvormen en therapieën voor chronische ziekten effect sorteren, staat of valt vaak met de mate waarin de patiënt deze begrijpt, onderschrijft en kan toepassen. Wanneer mensen met een chronische aandoening de vereiste dagelijkse zelfzorg niet goed vervullen, kunnen professionele zorgverleners weinig meer dan dweilen met de kraan open, en ingrijpen wanneer het misloopt en complicaties optreden. Een goede zelfzorg daarentegen draagt in veel gevallen aantoonbaar bij aan het welbevinden van de patiënt en het verminderen van de ziektelast (Milbank, 1999).

Deze interactie tussen zelfzorg en professionele zorg betekent dat patiënten en aanbieders *partners* zijn in de zorgverlening. Voor de Amerikaanse professoren Holman en Lorig (2000) is dit aanleiding geweest om de positie van chronische patiënten in het gezondheidszorgstelsel te herdefiniëren. Zij stellen dat chronische patiënten weliswaar klant zijn in de zorg, maar dat die rol vooral hun relatie tot de verzekeraar en zorgaanbieders betreft. Vanuit het bredere perspectief van het stelsel, dat gezondheidsbevordering als doelstelling heeft, vervullen chronische patiënten gezien hun eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg nog een andere rol: zij zijn *co-producenten* van het gewenste product, gezondheid (NYFER, 2005).

Dat heeft belangrijke implicaties voor het zorgstelsel. Wijzigingen die alléén de klantpositie van patiënten recht doen, zoals het vergroten van inzicht in de kwaliteit en efficiëntie van het zorgaanbod en het vergroten van de keuzevrijheid tussen aanbieders, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de afstemming van vraag en aanbod in de zorg, maar garanderen nog geen inhoudelijke verbetering. Ook de zorginhoudelijke rol van de patiënt als co-producent behoeft versterking om betere prestaties in zorgresultaten en gezondheidswinst te bewerkstelligen. In de debatten werd dit punt niet alleen door vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties naar voren gebracht, ook verzekeraars en medici onderschreven dat hier kansen liggen om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren.

Dat de patiënt een veel centralere rol moet vervullen in de gezondheidszorg mag dan vrij algemeen worden onderschreven, de vertaling hiervan

in de medische praktijk laat nog veel te wensen over. In de nieuwe Zorgverzekeringswet bijvoorbeeld doet de overheid een nadrukkelijk beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Dit krijgt vorm doordat de financiële verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg wordt overgeheveld naar zorgverzekeraars waaruit burgers dan kunnen kiezen. Maar de primaire behoefte van patiënten is niet om te shoppen tussen verzekeraars of aanbieders, maar om inzicht in en invloed op het zorgproces zelf te hebben. Velen vrezen dat door het overhevelen van de regie in het zorgproces naar zorgverzekeraars de invloed van patiënten alleen maar kleiner wordt. Op verzekeraars rust de taak het vertrouwen van patiënten te winnen door hen nauwer bij de inrichting van de zorg te betrekken.

Ook in de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning kiest het kabinet uitdrukkelijk voor meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger. In hun brief aan de Tweede Kamer signaleren minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross-van Dorp dat het accent in de huidige AWBZ te veel is komen te liggen op het incasseren van (verzekerde) rechten en dat het beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen daarbij is achtergebleven (Ministerie van VWS, 2004). In een nieuw stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning moeten mensen primair zelf oplossingen bedenken voor problemen die zich in hun sociale omgeving voordoen. Dit betekent een groter beroep op de eigen draagkracht en het verdwijnen van een aantal rechten die nu onder de AWBZ vallen (zoals huishoudelijke hulp). In aanvulling daarop moeten gemeenten een samenhangend stelsel van ondersteuning aanbieden voor hun inwoners die niet in staat zijn zelf of samen met anderen voor oplossingen in hun eigen woonomgeving te zorgen.

De vraag is natuurlijk of die gemeenschapszorg nog wel beschikbaar is. Uit onderzoek van het SCP (Timmermans, 2003) blijkt dat de bereidheid onder Nederlanders om mantelzorg te verlenen onverminderd groot is. Een overgrote meerderheid van de ondervraagden vindt die hulp volkomen vanzelfsprekend. Genegenheid, plichtsgevoel en de goede relatie met de hulpbehoevende zijn de vaakst genoemde motieven om te helpen. Toch is het beroep dat op mantelzorg kan worden gedaan niet onuitputtelijk. In de eerste plaats is de arbeidsparticipatie van gehuwde vrouwen – nog altijd de belangrijkste categorie mantelzorgers – in de afgelopen decennia sterk toegenomen. Op dit moment kennen alleen vrouwen boven de vijftig jaar nog een lage arbeidsparticipatie. Wanneer over tien of vijftien jaar de achterstand van vrouwen op het punt van arbeidsmarktparticipatie grotendeels ingelopen is, is er ook een belangrijk potentieel voor mantelzorg verdwenen. Bovendien zijn de impliciete kosten van het verlenen van mantelzorg toegenomen doordat vrouwen meer mogelijkheden hebben gekregen om hun menselijk kapitaal ook op de arbeidsmarkt te gelde te maken (Jenson en

Jacobzone, 2000). Uit een Amerikaanse studie naar informele zorg aan terminale kankerpatiënten bleek dat een derde van de mantelzorgers die aan het begin van de zorgperiode werkte, aan het eind haar baan had verloren. Zelfs wanneer de zorg buitenshuis plaatsvond, leidde de situatie er nog toe dat 22% van de mantelzorgers zich gedwongen zagen hun baan op te geven. In beide gevallen leidde dit tot een fors inkomensverlies (Muurinen, 1986).

In de tweede plaats zijn traditionele familie- en gemeenschapsbanden minder hecht geworden door toegenomen mobiliteit en afnemende sociale cohesie. De bereidheid om hulp te verlenen vermindert als banden losser worden en de kans op wederkerigheid afneemt. Daarnaast zijn er ook praktische belemmeringen: doordat kinderen verder bij hun ouders vandaan wonen, kunnen zij minder gemakkelijk bijspringen wanneer hulp en verzorging nodig zijn.

Wie zegt dat de zorg terug moet naar de burger en dat mensen hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen, zal zich dus ook af moeten vragen welke organisatie- en financieringsvormen daarbij passen. Een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen vereist nieuwe vormen van zorg die de solidariteit in de samenleving ondersteunen en mobiliseren. Deze zorgvernieuwingen moeten zowel aansluiten bij rechtvaardigheidsgevoelens als ook saamhorigheidsgevoelens.

## 7 **Bouwstenen voor een solidaire gezondheidszorg**

Tegen deze achtergrond is het de moeite waard om een aantal suggesties van de RVZ en de reacties daarop van vele betrokkenen uit de gezondheidszorg nog eens de revue te laten passeren. Het gaat dan in feite om een speurtocht naar maatregelen die beide kanten van de solidariteits-medaille extra glans kunnen geven, dus zowel de samenhang tussen lasten en lusten kunnen verstevigen als het maatschappelijk draagvlak voor betrokkenheid bij de zorg vergroten.

### **Uitsluitend *evidence based* zorg vergoeden**

Een van de suggesties van de RVZ is alleen zorg die *evidence based* is nog in het collectief gefinancierde basispakket op te nemen. Analoog hieraan zou alleen zorg die aan minimale kwaliteitseisen voldoet, nog door de AWBZ gefinancierd moeten worden.

Het beperken van het basispakket tot zorg die *evidence based* is versterkt de doelmatigheid en daarmee het draagvlak voor solidariteit in de gezondheidszorg. Toch is zo'n ingreep niet zo vanzelfsprekend als zij lijkt. In de discussie over het RVZ-rapport wees de KNMG er op dat van slechts 30% van de zorg in het basispakket de effectiviteit wetenschappelijk goed gedocumenteerd is. Als alle overige zorg uit het pakket geschrapt wordt, wordt dat pakket wel erg klein. Van de overige zorg kan niet zonder meer worden gezegd dat zij niet effectief is, maar wel dat de grens tussen effectief en niet-effectief niet scherp te trekken is.

Belangrijker misschien nog is dat een uitsluitend medisch-technologische beoordeling van wat in het basispakket thuishoort, haar beperkingen heeft. Niet alleen kent de gezondheidszorg vele voorbeelden van voorzieningen die niet vanuit de medische professie, maar vanuit patiënteninitiatieven zijn ontstaan, maar ook blijkt telkens weer hoe sterk de efficiency en effectiviteit van de zorg afnemen als de patiënt niet nauw bij de behandeling betrokken wordt. Uit internationaal onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat 50% van de medicatie voor chronische aandoeningen niet volgens de voorschriften wordt gebruikt (WHO, 2003). Behalve economische schade veroorzaakt dit ook een grotere ziektelast dan nodig en dus ook minder kwaliteit van leven. De WHO noemt dit een gigantisch probleem gezien het toenemende aantal ouderen in de samenleving die vaak grootverbruikers van medicijnen zijn. Tweederde van de mensen die niet meer slikt, kiest daar bewust voor omdat men vindt dat het geneesmiddel niet nodig is, weinig vertrouwen heeft in het middel, bezorgd is over bijwerkingen of vanwege slechte ervaringen van anderen met het middel. Ook blijkt dat artsen (en apothekers)

systematisch overschatten in hoeverre zij patiënten goed voorlichten over het medicijngebruik en hen ondersteunen bij het inpassen van het geneesmiddelgebruik in hun dagelijkse leven.

Behalve door te voorzien in zorg die bewezen effectief is, kan de doelmatigheid (en daarmee de solidariteit) dus ook worden vergroot door patiënten meer als partner in het zorgproces te betrekken. Dit draagt ertoe bij dat potentiële gezondheidswinst ook daadwerkelijk wordt behaald. De vraag is hoe zo iets in de reguliere gezondheidszorg kan worden ingebouwd. In de aanloop naar de nieuwe Zorgverzekeringswet zijn veel patiëntenorganisaties al bezig zich te oriënteren op gezamenlijke zorginkoop. De volgende stap is dat zij ook invloed op het zorgaanbod zullen willen uitoefenen op basis van hun specifieke ervaringskennis. De combinatie van medisch-professionele en ervaringskennis vraagt om nieuwe vormen van participatie, overleg, besluitvorming en wellicht ook financiering van de zorg. Niet alleen de doelmatigheid maar ook de betrokkenheid van de bevolking bij de gezondheidszorg is daarmee gediend.

#### **Kwaliteit van de care**

Misschien nog sterker dan in de *cure* geldt in de *care* dat het resultaat wordt bepaald door de beleving van de ontvanger van de zorg. Het pleidooi van de RVZ om een minimaal kwaliteitsniveau voor AWBZ-zorg te definiëren werd in de discussies over *Houdbare solidariteit* algemeen onderschreven. De sector heeft trouwens al initiatieven genomen om hiervoor standaards op te stellen. Maar veel deelnemers aan de discussie brachten ook naar voren dat je er met standaards niet bent. Het gaat om de manier waarop de zorg wordt verleend. Een deelnemer aan de discussie verwoordde dat met de uitspraak dat voor veel ouderen een beetje aandacht meer goed doet dan 1000 pillen. Betrokkenheid dus naast het geïndiceerde recht op zorg. De vraag is hoe dit element in de denkbeeldige *Indicatie-richtlijnen voor de inzet van zorg in de care-sector* kan worden ingebracht.

Iets soortgelijks geldt voor de door de RVZ bepleite scheiding van ‘services’ en zorg. Op zich is het logisch en doelmatig om vormen van dienstverlening die niet strikt tot de gezondheidszorg behoren (wonen, verblijf, hotelkosten), buiten de collectieve financiering te houden en in beginsel voor rekening van de gebruiker te laten komen. Maar met name bij de langdurige zorg aan kwetsbare ouderen is de grens tussen medische en niet-medische hulp vaak moeilijk te trekken. Is een alarminstallatie voor een oudere met hartklachten een medische of een woonvoorziening? Een dagelijkse wandeling met een mantelzorger kan een heel goed alternatief zijn voor twee maal in de week fysiotherapie. Het laatste valt onder de vergoeding van de AWBZ, het eerste niet.

Om hierin verstandige keuzen te kunnen maken, is het essentieel dat er op het niveau van de uitvoering ruimte is voor eigen beoordeling en initiatief. Nu ontbreekt die ruimte vaak. Een voorbeeld van wat privaat initiatief en directe betrokkenheid kunnen opleveren zijn de Thomashuizen voor verstandelijk gehandicapten. Dit initiatief ontstond doordat ouders die geen goede opvang voor hun gehandicapte kinderen konden vinden, de persoonsgebonden budgetten van hun kinderen bij elkaar legden om zelf opvang te organiseren. Daarbij werd de opvang opgezet volgens een soort gezinsmodel met verpleegkundigen als inwonend echtpaar. Dit nieuwe type opvang blijkt een groot succes: in tweeënhalve jaar zijn zestien Thomashuizen geopend, waar acht tot tien personen met een verstandelijke handicap onder begeleiding bij elkaar wonen.

Dergelijke initiatieven-van-onderop kunnen niet alleen zorgen voor zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering, maar versterken ook de solidariteit onder betrokkenen. Meer in het algemeen werd tijdens de debatten naar voren gebracht dat publiek-private samenwerking in de gezondheidszorg veel meer mogelijkheden biedt om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren dan nu worden benut. Helaas stranden veel initiatieven op dit gebied op bureaucratische regels en procedures.

#### **Ondersteuning van de mantelzorg**

Mantelzorg is bij uitstek zorg vanuit betrokkenheid, solidariteit. Zij vervult een sleutelrol in het aanbod van zorg aan met name kwetsbare ouderen. Mantelzorg kan onder druk komen te staan omdat de beschikbaarheid van mantelzorgers afneemt en door de offers die mantelzorgers moeten brengen in de vorm van gederfd inkomen. Daarom wordt soms gesuggereerd mantelzorgers een vergoeding voor hun inzet te geven.

De RVZ wijst volledige monetarisering van de mantelzorg af. Dit zou deze vorm van zorg niet alleen onbetaalbaar maken, maar strookt ook niet met de solidariteitsmotieven die aan het verlenen van mantelzorg ten grondslag liggen. In de discussies naar aanleiding van *Houdbare solidariteit* werd deze zienswijze onderschreven. Dat neemt niet weg dat bepaalde vormen van ondersteuning mantelzorgers kunnen helpen hun taak zo goed mogelijk te vervullen. Hierbij valt te denken aan vormen van 'respijt' om mantelzorgers te ontlasten en de druk van de permanente verantwoordelijkheid te verlichten, en aan verruiming van de mogelijkheden binnen het persoonsgebonden budget (pgb) om mantelzorgers een vergoeding te geven voor de kosten die zij moeten maken. Op deze wijze wordt solidariteit niet gereduceerd tot een financiële calculatie, maar worden betrokkenheid en gemeenschapszin ondersteund door praktische voorzieningen waar veel mantelzorgers behoefte aan hebben.

### **Eigen betalingen**

Zoals hierboven beschreven, speelt ‘moreel risico’ een belangrijke rol in de publiek gefinancierde gezondheidszorg. Eigen betalingen versterken de eigen verantwoordelijkheid en zijn een beproefd middel om moreel risico in een verzekering tegen te gaan. Ook de RVZ pleit voor een prudent gebruik van eigen betalingen, dat wil zeggen uitsluitend in situaties waarin de burger reële keuzemogelijkheden heeft. De KNMG opperde in dit verband ook om ‘zinloze interventies’ niet langer te vergoeden.

In de discussies naar aanleiding van het RVZ-signalement verzetten maar weinig deelnemers zich tegen eigen betalingen. Blijkbaar is er in de samenleving meer begrip voor dit instrument dan in de politieke arena soms doorklinkt. Eigen betalingen kunnen het draagvlak voor solidariteit versterken, maar worden alleen als rechtvaardig beschouwd als zij betrekking hebben op kosten die binnen iemands eigen invloedssfeer liggen. Chronisch zieken opzadelen met hogere eigen betalingen zal niet helpen om het beroep op zorg terug te dringen en wordt als hoogst onrechtvaardig ervaren.

Een interessante uitwerking van het middel van de eigen betalingen is het zorgsparen waar de RVZ voor pleit. Door het huidige spaarloon om te vormen tot zorgsparen kan een spaarregeling budgetneutraal worden ingevoerd. Zoals blijkt uit ervaringen in Singapore en Zuid-Afrika kunnen individuele spaarsystemen de afweging van het zorggebruik verbeteren zonder risico’s voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg (NYFER, 2003). Ook kunnen zij ertoe bijdragen dat mensen meer eigen middelen opzij zetten voor de financiering van met name ouderenzorg.

### **Premiedifferentiatie naar leeftijd**

Een belangrijke kwestie is of ouderen meer zelf voor hun zorg moeten (en kunnen) betalen. Om de intergenerationele solidariteit niet overmatig te belasten is het belangrijk dat er een zekere equivalentie is tussen wat elke generatie betaalt en waar zij recht op kan doen gelden. Om dat te bewerkstelligen geeft de RVZ premiedifferentiatie naar leeftijd in overweging. In de debatten bleken de meningen daarover verdeeld. Veel mensen worden – gelukkig – gezond oud. Men kan zich afvragen waarom iemand een hogere premie zou moeten betalen, alleen omdat hij of zij tot een hogere leeftijdsgroep behoort. Sommige deelnemers aan de discussie wezen ook op de risico’s van een te boekhoudkundige benadering van de solidariteit tussen generaties. Berekeningen wie wat betaalt kunnen zelf een bron zijn die solidariteit ondermijnt, omdat zij calculerend gedrag door burgers aanmoedigen.

Een andere manier om een grotere equivalentie tussen het beroep op

zorg en de bekostiging daarvan te bereiken is dat mensen meer zelf voor hun ouderenzorg gaan sparen (Van der Geest, 2005). Het risico van oud worden is een zeer voorspelbaar risico waarvoor mensen in beginsel zelf (financiële) voorzieningen kunnen treffen mits zij daar tijdig mee beginnen. Ook in landen met minimale publieke voorzieningen voor ouderenzorg zoals de VS blijkt echter dat vrijwillige besparingen en/of verzekeringen voor ouderenzorg onvoldoende van de grond komen. Men begint te laat en spaart te weinig. Bovendien rekent men erop uiteindelijk toch van het publieke vangnet gebruik te kunnen maken als de nood aan de man komt. Overheidsbeleid (bijvoorbeeld het afdekken van onverzekerbare risico's) kan sommige vormen van marktfalen wegnemen of verminderen, waardoor private markten voor de financiering van ouderenzorg gemakkelijker tot ontwikkeling kunnen komen. De kansen om intergenerationele solidariteit in stand te houden worden daarmee vergroot.

Dit vereist wel dat de overheid een langetermijnbeleid voert om individueel sparen en/of verzekeren voor de kosten van langdurige ouderenzorg te bevorderen. Hiertoe moet de overheid zich voor de lange termijn vastleggen op welke zorg zij voor ouderen waarborgt (bijvoorbeeld langdurige onverzekerbare zorg) en welke zorg aan private financiering wordt overgelaten. Vervolgens wordt de ontwikkeling van nieuwe spaar- en verzekeringsproducten voor ouderenzorg fiscaal aangemoedigd, naar analogie van de fiscale bevordering van pensioenbesparingen.

### **Gedrag**

Zoals in paragraaf 4 besproken is de gemiddelde Nederlander van oordeel dat gedragsaspecten een rol mogen spelen bij het beoordelen of iemand toegang heeft tot zorg en tegen welke prijs. Ook de RVZ oppert dat het mogelijk moet zijn gezond gedrag te belonen dan wel ongezond gedrag te ontmoedigen door middel van premiedifferentiatie en eigen betalingen. In de discussies bleek vrij veel instemming met dit punt. Verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid wordt beschouwd als een onderdeel van het solidariteitsarrangement. Dat maakt het nog niet gemakkelijk om hieraan praktische inhoud te geven. De relatie tussen gedrag en gezondheid is zeer complex. Alleen wanneer sprake is van een duidelijke causale relatie zouden (financiële) prikkels om gedrag te beïnvloeden gerechtvaardigd zijn. Uit gedragswetenschappelijk onderzoek blijkt dat de sociale context waarbinnen gedrag plaatsvindt, van groot belang is voor het feitelijk gedrag. Beleid moet daar rekening mee houden, wil het effectief zijn. Nader onderzoek – mede aan de hand van praktijkexperimenten – zou moeten uitwijzen hoe ongezond gedrag het meest effectief kan worden tegengegaan.

Rekening houden met gedragsaspecten versterkt niet alleen het verzekeringskarakter van solidariteit, maar bevordert ook de betrokkenheid van

mensen bij hun eigen gezondheid en zorg. Al eerder heeft de RVZ ervoor gepleit om ‘gepast patiëntschap’ te belonen, maar hoe dat zou moeten bleef nog onuitgewerkt. Als richting om solidariteit in de gezondheidszorg te versterken verdient deze suggestie nadere uitwerking.

## 8 Tot slot

In de financiering van de gezondheidszorg in Nederland en andere continentaal-Europese landen is een duidelijke tendens zichtbaar om de equivalentie tussen wat mensen voor hun zorg betalen en wat zij daarvoor terug ontvangen te versterken. Dat is belangrijk om de solidariteit in de zin van betalingsbereidheid overeind te houden. Dat de RVZ hier aandacht voor vraagt, oogste bij de deelnemers aan de debatten veel waardering. Tegelijkertijd echter werd in veel discussies benadrukt dat solidariteit méér is dan alleen een verzekeringspolis. Het is ook een bewustzijn van saamhorigheid en betrokkenheid bij de behoeften van anderen en de bereidheid om de consequenties daarvan te dragen. Maatregelen om het draagvlak voor solidariteit in de samenleving te ondersteunen zullen het meest effectief zijn als zij niet alleen aan de rechten en plichten maar ook aan de onderlinge saamhorigheid van mensen appelleren.

De vraag is hoe solidariteit in de gezondheidszorg een nieuwe, eigentijdse inhoud kan krijgen, die past bij ontwikkelingen in de samenleving waardoor traditionele vormen van solidariteit onder druk zijn komen te staan. Twee hoofdlijnen kwamen daarbij uit de debatten naar voren. In de eerste plaats moet de zorg daadwerkelijk terug naar de burger: dit betekent versterking van de rol van burgers (patiënten) als co-producten van gezondheid en partners in het zorgproces. Dit bevordert niet alleen de doelmatigheid maar ook de betrokkenheid van de bevolking bij de gezondheidszorg. Daarbij past het ook om mensen sterker op hun eigen verantwoordelijkheid aan te spreken, bijvoorbeeld als het gaat om ‘gepast patiëntschap’ en gezond gedrag. De tweede lijn is om de zorg niet uitsluitend als een kostenpost te zien, maar ook als een investering in menselijk kapitaal en kwaliteit van leven. Steeds weer blijkt dat mensen heel veel voor kwalitatief hoogwaardige en goed toegankelijke gezondheidszorg over hebben. Aan de sector de taak de hoge verwachtingen waar te maken. Uiteindelijk berust solidariteit op vertrouwen dat steeds weer opnieuw moet worden verdiend.

Pasklare recepten voor een eigentijdse invulling van ‘houdbare solidariteit’ zijn hiermee niet gegeven. Het blijft een zoektocht naar financiële en zorginhoudelijke arrangementen die recht doen aan de behoefte aan rechtvaardigheid, doelmatigheid en betrokkenheid in de gezondheidszorg.

## Literatuur

Arts, W.A., R. ter Meulen en R.J.A. Muffels (2005), Solidariteit in de gezondheidszorg, Themanummer Sociale Wetenschappen, jg. 48, nr. 1/2.

Docteur, E. en H. Oxley (2003), Health-care systems: lessons from the reform experience, OECD Health Working Papers no.9, OECD, Paris

Geest, L. van der (2005), Blijvende zorg. Economische aspecten van langdurige ouderenzorg, RVZ, Achtergrondstudie 05/11, Zoetermeer.

Houtepen, R., R. ter Meulen en G. Widdershoven (2001), Beyond Justice and Moralism: Modernity and Solidarity in the Health Care System, in: R. ter Meulen, W. Arts and R. Muffels (eds), Solidarity in Health and Social Care in Europe, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/London.

IMF (2003), World Economic Outlook: Growth and Institutions, IMF, Washington D.C.

Jacobzone, S. (1999), Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives, Labour Market and Social Policy Occasional Papers no. 38, OECD, Paris.

Jenson, J. en S. Jacobzone (2000), Care allowances for the frail elderly and their impact on women caregivers, Labour Market and Social Policy Occasional Papers no. 41, OECD, Paris.

Jeurissen, P.P.T. (2005), Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg, RVZ, Signalement 05/02, Zoetermeer.

Milbank Memorial Fund (1999), Patients as effective collaborators in managing chronic conditions, MMF, New York.

Ministerie van VWS (2004), Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, Tweede Kamer 2003-2004, 29538, nr. 1.

Muurinen, J-M. (1986), The economics of informal care: labour market effects in the National Hospice Study, in: Medical Care, vol. 24, p. 1007-1017.

Nivel, Chronisch zieken: kort en bondig, [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

- NYFER, Wie wordt er beter van? Vraagsturing in de zorg, NYFER, Breukelen, 2003.
- NYFER, Van patiënt tot partner, NYFER, Breukelen, 2005.
- OECD, Health at a glance, OECD, Paris, 2005
- Oorschot, W. van, Shared Identity and Shared Utility: On Solidarity and its Motives, Tilburg Institute for Social Security Research, Tilburg, 1998.
- Putnam, R., Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community, Simon & Schuster, New York, 2000.
- Rawls, J., A Theory of Justice, Oxford University Press, London/Oxford/New York, 1972.
- SCP, In het zicht van de toekomst, Sociaal en Cultureel Rapport 2004, SCP, Den Haag. 2004.
- Swaan, A. de, Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd, Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam, 1996.
- Thio, V., De inkomenspositie van ouderen, Werkdocument, Ministerie van SZW, Den Haag, 2002.
- Timmermans, J.M. (red.), Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers, SCP, Den Haag, 2003.
- Verburg, R. en R. ter Meulen, Solidariteit of rechtvaardigheid in de zorg? Een spanningsveld, in: Sociale Wetenschappen, jg. 48, 2005, no. 1/2
- Vries, B. de, Overmoed en onbehagen, Bert Bakker, Amsterdam, 2005.
- WHO, Adherence to long-term therapies: evidence for action, WHO, Geneva, 2003.

# Debattenreeks

## Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg

Thematische verslaglegging



## Inhoudsopgave

Woord vooraf	63
Debat Care sector	65
Debat Cure sector	69
Debat met politiek- maatschappelijke organisaties	73
Debat met public Health	76
Debat met zorgverzekeraars	80
Debat met patiënten en consumenten	83



## Woord vooraf

Medio 2005 heeft de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) het signalement 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg' uitgebracht. Doel daarvan was een maatschappelijke discussie op gang te brengen over de houdbaarheid van bestaande solidariteitsarrangementen in de zorg. De Raad breekt in zijn signalement een lans voor een meer 'geclausuleerde' vorm van solidariteit en doet een aantal suggesties om daar inhoud aan te geven. Een samenvatting van het signalement is als bijlage I in deze bundel opgenomen.

Als vervolg op het signalement heeft de Raad een zestal debatten georganiseerd met verschillende groepen betrokkenen uit de gezondheidszorg. Hierbij is samenwerking gezocht met organisaties uit deelsectoren van de gezondheidszorg. De volgende debatten hebben plaatsgevonden:

- Debat met de care sector, in samenwerking met de Cortenbergh Groep.
- Debat met de cure sector, in samenwerking met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).
- Debat met politiek-maatschappelijke organisaties.
- Debat met de public health sector, in samenwerking met Public Health Forum.
- Debat met zorgverzekeraars, in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland.
- Debat met patiënten en consumenten, in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

De debatten hadden steeds een vergelijkbare opzet. RVZ-voorzitter F. Sanders opende het debat met een presentatie van de kernpunten uit het signalement 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg', gevolgd door een presentatie meer vanuit het perspectief van de betreffende sector. Op beide presentaties volgde een korte reactie door een of twee co-referenten, waarna er ruimte was voor plenaire discussie met alle aanwezigen in de zaal. De duur van de bijeenkomsten varieerde van anderhalf tot drieënhalf uur.

Aan NYFER is gevraagd een verslag te maken van de verschillende debatbijeenkomsten. Het gaat daarbij niet om een woordelijk verslag, maar om een thematische samenvatting van de belangrijkste discussiepunten die in de bijeenkomsten aan de orde zijn geweest. Hierbij treft u deze verslaglegging aan.



## Debat Care sector

RVZ i.s.m. Cortenbergh Groep  
6 september 2005, 16.00 – 18.00 uur  
Slot Zeist, Zeist

---

### *Aanwezig:*

Mevrouw dr. A.J.M.B. Berkhout	Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties
Mevrouw dr. M.M. van den Berg	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. ing. J.C. Blankert	De Open Ankh
De heer dr. M.G. Boekholdt	Zonnehuis groep
De heer dr. J. Coolen	Zorgverzekeraars Nederland
De heer drs. M.C. Dekker	Stichting Zorgspectrum
De heer G. van den Berg	College sanering ziekenhuisvoorzieningen
De heer J. van der Graaf	Inspectie van de Gezondheidszorg
De heer drs. L. van der Geest	Nyfer
De heer drs. L. Heuts	Nyfer
De heer drs. J.S.J. Hillen	College voor Zorgverzekeringen
De heer mr. J.P. Hopman	De Open Ankh
Mevrouw J. van den Hul-Omta	
De heer drs T.P.G. Kralt	St. Philadelphiazorg
Mevrouw A. van Miltenburg	Tweede Kamer der Staten Generaal
De heer W.J. van Minnen	Federatie van Ouderverenigingen
De heer mr. drs. A.J. Modderkolk	De Open Ankh
Mevrouw dr. E.S. Mot	Centraal Plan Bureau
De heer drs. R.F. Mouton	De Open Ankh
Mevrouw drs. J.E.A.N. Nooren	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
De heer drs. A. Noordermeer	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer mr. M.E.M. Nuyten	VNO-NCW
De heer N.W. van Oerle	Tweede Kamer der Staten Generaal
De heer B.J. van Opstal	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. H.G. Ouwerkerk	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
De heer mr. H. Plokker	Inspectie van de Gezondheidszorg
De heer P.A.J. Reintjes	Open Ankh

De heer drs. F.B.M. Sanders	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
De heer drs. Th. Van Uum	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer C. Vermolen	Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties
Mevrouw dr. ir. C.A. Vietsch	Tweede Kamer der Staten-Generaal
De heer dr.ir. C.M. Vos	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. ing. H.A. Wessels	De Open Ankh
De heer mr. dr. T.A.M. Witteveen	Bartiméus

*Secretariaat Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

De heer drs P.P.T. Jeurissen

De heer drs P. Vos

RVZ-voorzitter F. Sanders opent het debat met een samenvatting van de kernpunten van het RVZ-signalement 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg'. Hierna presenteert NYFER-directeur L. van der Geest het rapport 'Blijvende zorg', dat ingaat op economische aspecten van langdurige ouderenzorg. T. Witteveen, voorzitter Raad van Bestuur van Bartiméus, en M. Boekholdt, voorzitter Raad van Bestuur van de Zonnehuisgroep, reageren aansluitend op bovengenoemde rapporten.

**Niet alle zorg over één kam scheren**

Een eerste belangrijk punt betreft het feit dat verschillende deelsectoren binnen de AWBZ niet allemaal over één kam moeten worden geschoren. Gehandicaptenzorg en ouderenzorg bijvoorbeeld moeten beleidsmatig op een verschillende manier bekeken worden. Zo vormt de betaalbaarheid van de gehandicaptenzorg niet of nauwelijks een probleem, terwijl dat voor de ouderenzorg wel het geval is. De uitgaven aan gehandicaptenzorg stijgen ook minder snel. Cruciaal is dat de publieke financiering van de gehandicaptenzorg gewaarborgd blijft, omdat er bij deze vorm van zorg geen alternatieven zijn voor publieke financiering. Bij de ouderenzorg weten mensen dat zij hulpbehoevend kunnen worden als zij ouder worden en kunnen daar in beginsel dus van tevoren geld voor opzij zetten of zich verzekeren. Bij de gehandicaptenzorg is dat niet mogelijk. Wanneer er veranderingen in de AWBZ worden doorgevoerd moet hiermee rekening worden gehouden.

Met de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning zullen belangrijke delen van de AWBZ-zorg naar gemeenten worden overgeheveld. De meeste deelnemers aan het debat waren het er over eens dat ouderenzorg uiteindelijk uit de AWBZ kan verdwijnen, maar voor de gehandicaptenzorg geldt dat niet. Tijdens het debat werd het idee

geopperd om gehandicaptenzorg niet, maar ouderenzorg wél over te hevelen naar gemeenten of de nieuwe basisverzekering. Daarbij zou het wel wenselijk zijn als er eerst een ontwerp van de contouren van een door gemeenten geregisseerde ouderenzorg werd opgesteld.

Behalve het onderscheid tussen de gehandicaptenzorg en ouderenzorg zijn er ook andere verschillen tussen doelgroepen binnen de AWBZ. Dementerende ouderen bijvoorbeeld zijn een andere doelgroep dan ouderen die één of twee keer in de week thuiszorg nodig hebben. Per zorggroep moeten verschillende oplossingen worden gezocht. Naar verwachting zal het aantal dementiegevallen in de toekomst toenemen, terwijl het aantal verstandelijk gehandicapten zal dalen. Dit soort verschillen moet in de financiering en het beleid doorwerken.

### **Financiering van de ouderenzorg**

Eén van de voorstellen van de RVZ om de houdbaarheid van solidariteitsoverdrachten te ondersteunen, is premiedifferentiatie naar leeftijd, binnen een zekere bandbreedte. Een groot aantal deelnemers aan de discussie kon zich hier in beginsel vinden, waarbij dan wel rekening moet worden gehouden met de inkomens- en/of vermogenspositie van ouderen. Dat vermogende ouderen meer zouden moeten gaan betalen voor de ontvangen ouderenzorg vond vrij algemene instemming. De vermogenstoets zou echter niet op het basispakket betrekking moeten hebben, maar alleen op de aanvullende zorgpakketten.

In dit verband kwam ook de mogelijkheid ter sprake om het sparen voor toekomstige ouderenzorg fiscaal te begunstigen (beleidsstrategie 7 van de RVZ). Hierover bestond minder eenstemmigheid. Sommige deelnemers vonden dat het fiscale instrumentarium niet moet worden gebruikt om uiteenlopende maatschappelijke doelen te bereiken. Dat leidt tot economische verstoringen. Ook vond men dat geen inkomenspolitiek moet worden gevoerd via betalingen voor de zorg; daar zijn andere instrumenten (belastingheffing) beter geschikt voor.

Sommige deelnemers wezen ook op het probleem dat omschakeling van een publiek gefinancierde naar een privaat gefinancierde ouderenzorg impliceert dat jongere generaties dubbel worden belast: zij betalen voor de huidige ouderen en moeten daarnaast dan ook geld opzij zetten voor hun eigen toekomstige zorg. Het wordt rechtvaardiger geacht als baby-boomers, die in het verleden maximaal geprofiteerd hebben van lage zorgkosten, zelf extra gaan bijdragen. Dit laatste ondersteunt dus het pleidooi van de RVZ voor premiedifferentiatie naar leeftijd en hogere eigen betalingen van ouderen die over de middelen daarvoor beschikken.

### **Mantelzorg**

In zijn presentatie over de toekomst van de ouderenzorg besteedde dhr. Van der Geest onder meer aandacht aan het grote belang van de mantelzorg. Doordat meer vrouwen de arbeidsmarkt zijn opgegaan, kinderen verder bij hun ouders vandaan wonen en traditionele sociale verbanden zwakker zijn geworden, zou het aanbod van mantelzorg in de toekomst minder kunnen worden. In het debat werden enkele ideeën geopperd om nieuwe bronnen van mantelzorg aan te boren. In de eerste plaats zijn er veel ouderen die langer gezond blijven. Zij zouden een deel van de zorg voor hun leeftijdgenoten op zich kunnen nemen. In de tweede plaats kan mantelzorg meer buiten de familiecontext plaatsvinden: binnen de wijk of door vrijwilligers. Ook zou in de toekomst een groter aantal generaties binnen één familie voor elkaar kunnen zorgen. Het idee om mantelzorg financieel te belonen werd afgewezen. Dat zou niet alleen onbetaalbaar zijn, maar ook afbreuk doen aan de solidariteit die juist de basis is van de mantelzorg. Wel was er veel instemming met de gedachte om mantelzorg te ondersteunen met bepaalde voorzieningen zoals 'respijtzorg' en bepaalde vormen van informatie en begeleiding.

### **Publiek-private samenwerking**

Het lijkt onafwendbaar dat een groter deel van de ouderenzorg in de toekomst door private middelen gefinancierd zal moeten worden. Hierover werd in het debat naar voren gebracht dat private en publieke zorg veel meer van elkaar kunnen profiteren, bijvoorbeeld in de vorm van *public-private partnerships*. Private zorg moet niet als een bedreiging voor publieke zorg worden gezien; beide kunnen elkaar aanvullen en van elkaar leren. Zo kan goede private zorg het niveau van de publieke zorg optrekken. Het is van groot belang om welvarende ouderen binnen de AWBZ te houden, anders dreigt een scherpe tweedeling tussen een luxe private en een sjofele publieke zorg. De publieke zorg moet zoveel mogelijk proberen te profiteren van mogelijke vernieuwingen en kruissubsidiëring van de kant van welvarende ouderen.

## Debat Cure sector

RVZ i.s.m. de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij  
tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)  
7 september 2005, 17.00 – 20.00 uur  
Domus Medica, Utrecht

---

### *Aanwezig:*

De heer drs. P.J.G.M. de Bekker	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
De heer J. van Dalen	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
De heer F.L. van Duijn	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
De heer J. van Everdingen	CBO
De heer drs. L. van der Geest	Nyfer
De heer drs. L.A.C. Goemans	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
De heer prof. dr. P.P. Groenewegen	NIVEL
De heer P.C.H.M. Holland	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
De heer drs. M.W.L. Hoppen- brouwers	Zorgverzekeraars Nederland
Mevrouw J.M.G. Lanphen, huisarts	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
De heer prof. dr. F.G.A. van der Meché	Academisch Ziekenhuis Rotterdam
De heer drs. L. Vandermeulen	Prismant
De heer B.J. van Opstal	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer dr. J.J. Polder	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
De heer drs. F.B.M. Sanders	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
De heer G.W. Salemink	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
De heer J.F. van Santen	Landelijke Huisartsen Vereniging
De heer drs. E.J. Schoten	Gezondheidsraad
De heer R.W. Segaar	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De heer ir. G.R. Visser	Revalidatie Nederland
De heer drs. W.E. Weerder	De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
De heer drs. M.F. Wesseling	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
De heer dr. L. Wigersma	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

*Secretariaat Raad voor de Volksgezondheid en Zorg:*

De heer drs. P.P.T. Jeurissen  
Mevrouw drs. M.J. Meulmeester

Voorzitter P. Holland van de KNMG opent het debat met een reactie op het RVZ-signalement 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg'. Vervolgens licht RVZ-voorzitter F. Sanders de kernpunten van het RVZ-signalement nog eens toe. Aansluitend presenteert J. Polder (RIVM) enkele hoofdpunten van het rapport 'Risicosolidariteit en zorgkosten' van het RIVM. M. Hoppenbrouwers van Zorgverzekeraars Nederland reageert hierna op bovengenoemde rapporten.

#### **Reactie op de RVZ-beleidsstrategieën**

KNMG-voorzitter Holland geeft een eerste reactie op de beleidsstrategieën die door de RVZ naar voren zijn gebracht om het draagvlak voor solidariteit in de gezondheidszorg in stand te houden. Over de suggestie van de RVZ om in beginsel alleen *evidence based* zorg in het basispakket te vergoeden merkt hij op dat momenteel slechts 30% van de zorg *evidence based* is. Wanneer het basiszorgpakket alleen tot die specifieke zorg wordt beperkt, wordt het pakket wel bijzonder klein. De KNMG is het daar dan ook niet mee eens. Ook is er kritiek op de suggestie van de RVZ om ziektekostenpremies te differentiëren op basis van gezond gedrag en 'gepast patiëntschap'. Holland merkt op dat ongezond gedrag de effectiviteit van de gezondheidszorg niet altijd op een negatieve wijze hoeft te beïnvloeden; bovendien wordt niet ieder persoon gezond geboren. Voorts is de samenhang tussen gedrag en gezondheid lang niet altijd eenduidig vast te stellen. Daarom is premiedifferentiatie op basis van gedrag ook praktisch heel moeilijk uitvoerbaar.

Als alternatief voor de RVZ-voorstellen komt de KNMG met een aantal eigen beleidssuggesties die als stellingen voor het debat worden ingebracht:

- Indicatieafhankelijke vergoeding, eigen betalingen en sterkere triage (voorrangsbehandeling) bieden meer solidariteit dan pakketversmalling.

- Zinloze interventies niet vergoeden (bijvoorbeeld bij afwezigheid van therapietrouw).
- Geen premiedifferentiaties naar leeftijd.
- Wel eigen betalingen, maar gemaximeerd als percentage van het inkomen.

In de discussie over deze stellingen wordt met name positief gereageerd op stelling 2, het niet vergoeden van zinloze interventies, bijvoorbeeld wanneer patiënten zich niet aan de medische voorschriften houden. Overigens sluit deze stelling goed aan bij het gedachtegoed van de RVZ om patiënten op hun eigen gedrag en verantwoordelijkheid aan te spreken. Ook op stelling 4 wordt positief gereageerd: men verwacht dat burgers zich door eigen betalingen meer bewust worden van de kosten van de gezondheidszorg. Men ziet hier echter wel belangrijke uitvoeringsproblemen. Het is ondoenlijk en ongewenst als verzekeraars of zorgverleners inkomensgegevens van hun cliënten moeten gaan verzamelen. Ook ten aanzien van stelling 1 – indicatie-afhankelijke vergoeding – heeft men grote twijfels over de uitvoerbaarheid. De vraag of premies naar leeftijd gedifferentieerd zouden moeten worden (stelling 3), vindt men eerder een politieke dan een medische vraag.

#### **Is er wel afnemende solidariteit?**

Diverse deelnemers aan de discussie vroegen zich af of er wel daadwerkelijk sprake is van afnemende solidariteit in de samenleving bij een verdere stijging van de zorgkosten. In het signalement van de RVZ wordt daar impliciet van uitgegaan, maar het is niet onderzocht of die solidariteit onder de Nederlandse bevolking een (financiële) grens kent. Unaniem verwacht men dat de zorgkosten als percentage van het bruto binnenlands product ook in de toekomst zullen blijven stijgen, maar dat hoeft niet persé een probleem te zijn. Sommige deelnemers aan het debat waren ervan overtuigd dat de grenzen aan de zorg (ook financieel) nog lang niet bereikt zijn. In een welvarende samenleving is het normaal dat de zorg een steeds groter deel van de economische productie beslaat. De bevolking heeft steeds meer voor een goede gezondheid over en er zijn andere uitgavencategorieën waaraan men minder gaat besteden (bijvoorbeeld voeding). Enigszins verwarrend in het debat was dat er geen duidelijk onderscheid werd gemaakt tussen publieke en private uitgaven aan zorg. Wanneer mensen een steeds groter deel van hun privé-inkomen aan hun gezondheid willen besteden is dat hun eigen keus en is dat ook geen macro-economisch probleem. Het gaat de RVZ echter om de publieke uitgaven aan zorg die leiden tot verplichte solidariteitsoverdrachten. Daaraan kunnen wel economische grenzen zijn.

#### **Doelmatigheid**

Diverse sprekers vroegen aandacht voor de doelmatigheid in de zorg. Dit punt blijft in het RVZ-signalement onderbelicht. Door efficiënter

om te springen met het beschikbare geld (zowel in de *cure* als in de *care*) valt nog veel productiviteitswinst te boeken en zou een deel van het betaalbaarheidprobleem kunnen worden opgelost. Bijvoorbeeld op de kosten van het toezicht op zorgverzekeraars zou heel wat bespaard kunnen worden. Men ziet het ook als een verantwoordelijkheid van de sector zelf om doelmatiger met de financiële middelen om te gaan. RVZ-voorzitter Sanders erkent dat in het signalement voornamelijk naar de vraagkant wordt gekeken en minder naar mogelijkheden tot efficiënter werken door aanbieders. Hij is het er mee eens dat hier nog veel valt te winnen en dat een hogere efficiency aan de aanbodkant het vraagstuk van de betaalbaarheid en de solidariteit minder prangend maakt. Maar dit is geen principieel antwoord op de problematiek en was ook niet de focus van het signalement.

### **Zorgkosten in het laatste levensjaar**

Een stevige discussie ontstond over de zorgkosten van patiënten in hun laatste levensjaar. Hier is de laatste tijd veel media-aandacht voor geweest. Volgens sommigen valt er veel winst te halen als rationeler met deze problematiek wordt omgegaan. Zij zien het als een groot probleem dat er geen eenduidigheid bestaat over de vraag wat het mag kosten om de levensduur van een terminale patiënt met enkele weken of maanden te verlengen. Ook wilde men weten wie daarover hoort te beslissen. Nu wordt zo'n besluit vaak door artsen onderling genomen volgens een vastgesteld medisch protocol, maar het hoort volgens sommigen een politieke beslissing te zijn. Overigens was lang niet iedereen het ermee eens dat economische motieven bij de beslissing om een behandeling te beginnen of voort te zetten, een rol mogen spelen. Men wijst erop dat lang niet altijd duidelijk is welke verlenging van de levensduur nog met een behandeling kan worden bereikt en vindt dat de keuze voor behandeling uiteindelijk toch een medische keuze moet zijn. Voorzitter Sanders gaf aan dat dit een belangrijk punt is, waar de Raad later dit jaar nog over zal adviseren.

## Debat met politiek-maatschappelijke organisaties

22 september 2005, 13.00 – 16.00 uur  
Hotel Engels, Rotterdam

---

### *Aanwezig:*

De heer prof. dr. W.A. Arts	Universiteit van Tilburg
De heer drs. P.J.G.M. de Bekker	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. L. van der Geest	Nyfer
Mevrouw drs. I. Groot	SEO
De heer drs. L. Heuts	Nyfer
De heer drs. F.B.M. Sanders	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
De heer dr. W.M.L.C.M. Schellekens	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
De heer dr. H.F. van der Velden	Federatie Nederlandse Vakbeweging

### *Secretariaat Raad voor de Volksgezondheid en Zorg:*

Mevrouw drs. M.P.M. Bekker  
De heer drs. P.P.T. Jeurissen

RVZ-voorzitter F. Sanders opent het debat met een samenvatting van de kernpunten van het RVZ-signalement 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg'. Hierna presenteert prof. W. Arts van de Universiteit van Tilburg de belangrijkste conclusies van zijn onderzoek naar de maatschappelijke opvattingen over solidariteit in Nederland. Beide presentaties worden gevolgd door een reactie vanuit de vakbeweging door H. van der Velden (FNV).

### **Opvattingen van de burger over solidariteit in de zorg**

In het afgelopen voorjaar hebben prof. W. Arts en prof. R. Muffels van de Universiteit van Tilburg onderzoek gedaan naar de maatschappelijke opvattingen over solidariteit in Nederland. Het onderzoek was geen gewone enquête, maar had een quasi-experimentele opzet, waarbij de ondervraagden werden geconfronteerd met de gevolgen van hun keuzen in de vorm van hogere premies voor henzelf. Er hing dus een prijskaartje aan de solidariteit.

Het onderzoek bevestigt wat ook al uit andere enquêtes van bijvoorbeeld het SCP bekend is, namelijk dat de solidariteit onder de Nederlandse bevolking met zieken erg groot is. Men wil in het algemeen niemand van behandeling of volledige vergoeding uitsluiten, ook al

kost dat geld. Maar de solidariteit is ook weer niet onbeperkt. Het hangt van de omstandigheden af in hoeverre men bereid is te betalen.

Vrijwel algemeen vindt men dat leeftijd en geslacht niet van invloed mogen zijn op de vraag of een zieke moet worden behandeld en voor volledige vergoeding in aanmerking moet komen. De gemiddelde Nederlander wil ook niet dat de ziektelast en de kosten van de behandeling meewegen bij de beslissing of patiënten een behandeling vergoed dienen te krijgen. Risicogedrag en leefstijl daarentegen zijn wel van invloed op de solidariteitsgevoelens bij de Nederlandse bevolking. Als de ziekte verwijtbaar is, bijvoorbeeld doordat men bewust bepaalde risico's met zijn gezondheid heeft genomen of medische adviezen niet opvolgt, staat men sceptischer tegenover het vergoeden van medische behandelingen. Voor rokers bijvoorbeeld is men minder bereid cholesterolverlagende middelen en antidepressiva te vergoeden dan voor niet-rokers.

Ook de vraag of behandeling in het binnenland of buitenland plaatsvindt weegt mee in de bereidheid tot betalen. Buitenlandse behandelingen wil men minder vergoeden vanuit het collectief gefinancierde basispakket. Ook het inkomen speelt een rol bij de vraag of iemand voor vergoeding in aanmerking komt. Met hogere inkomens is men minder solidair dan met lagere inkomens.

Een opvallende uitkomst van het onderzoek is het verschil van opvatting tussen de gemiddelde Nederlander en de medische professional. Behandelaars wensen minder een onderscheid tussen patiënten te maken op basis van persoonlijke kenmerken en omstandigheden. Zij willen uitsluitend op medische gronden oordelen en zijn bevreesd voor het hanteren van niet-medische criteria die de persoonlijke leefstijl en het risicogedrag van patiënten betreffen. De gemiddelde Nederlander wil deze aspecten in sommige gevallen wel laten meespelen bij het nemen van medische beslissingen.

### **Hoe ernstig is het solidariteitsprobleem?**

Evenals in de discussie met vertegenwoordigers uit de *cure* sector worden in dit debat vraagtekens geplaatst bij de ernst van het solidariteitsprobleem zoals dat door de RVZ is gesignaleerd. De kosten van de gezondheidszorg groeien sneller dan de welvaartsgroei in ons land. Dit komt onder andere door het arbeidsintensieve karakter van de zorg (wet van Baumol) en wordt nog versterkt door de vergrijzing. De feitelijke inkomensoverdrachten nemen daardoor steeds meer toe. Het feit dat bepaalde zaken de laatste jaren uit het basispakket zijn verwijderd, geeft al aan dat de solidariteit in de gezondheidszorg momenteel afneemt. Hoe groot het 'solidariteitsprobleem' in Nederland werkelijk zal zijn in de toekomst, valt echter niet te zeggen. Niemand kan bijvoorbeeld voorspellen hoe het met de economische groei in ons land zal

gaan. Wellicht is er genoeg groei om de hogere zorguitgaven op te vangen en hoeven de solidariteitsoverdrachten die daarmee gepaard gaan geen probleem te vormen.

Ook wordt gesteld dat de kwestie van de betaalbaarheid van de gezondheidszorg niet geïsoleerd mag worden bekeken. Voordat er grenzen aan de groei van de zorguitgaven worden gesteld moet ook gekeken worden naar andere beleidssectoren zoals onderwijs of pensioenen waar misschien financiële ruimte vrij komt. Als publieke uitgaven in andere sectoren kunnen worden verminderd, kunnen stijgende zorguitgaven worden opgevangen zonder dat de collectieve lasten hoeven te stijgen.

### **Het belang van reciprociteit**

Een belangrijk motief voor solidariteit is ‘reciprociteit’: mensen willen betalen voor zorg van anderen, zolang zij weten dat er uiteindelijk ook voor hen wordt betaald als het nodig is. Als er twijfel ontstaat of de reciprociteit in de toekomst kan worden gehandhaafd komt de solidariteit onder druk. Het is de vraag of de burger dan nog wel bereid is om voor anderen te betalen, zo wordt in het debat opgemerkt. Tot op zekere hoogte bestaat dit probleem nu ook al: mensen die altijd zorgpremies hebben betaald, klagen over hogere premies en beperktere zorgpakketten. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de AWBZ-premie voor Nederlanders in het buitenland.

### **Eigen dynamiek van wetenschap en technologie**

Een belangrijk deel van de kostenstijgingen in de zorg wordt veroorzaakt door wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. Deze hebben niet alleen een positief effect op de gezondheidszorg, zo wordt in het debat opgemerkt. Terwijl het ene probleem wordt opgelost, ontstaan er aan de andere kant weer nieuwe problemen. Daardoor is er sprake van een medische paradox: het genezen van een ziekte kan leiden tot verscheidene andere ziekten bij die persoon in de toekomst. Zo lopen de zorgkosten steeds verder op. De deelnemers vroegen zich af hoe hiermee het beste kan worden omgegaan.

Ten slotte kwam in deze discussie ook het vraagstuk van de doelmatigheid binnen de gezondheidszorg aan de orde. Verbetering van de doelmatigheid kan een (gedeeltelijke) oplossing zijn voor de stijgende kosten in de zorg. Er mag meer druk op de sector worden uitgeoefend om de efficiency te vergroten. De zorgsector moet zelf meer verantwoordelijk worden voor haar efficiency.

## Debat Public Health

RVZ i.s.m. Public Health Forum  
30 september 2005, 15.00 – 17.00 uur  
Fundatie van Renswoude, Utrecht

---

### *Aanwezig:*

De heer drs. P.J.G.M. de Bekker	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. M.H.P. Bögels	GGD Nederland
De heer drs. J.M. Boot	Public Health Forum
De heer H. Dhondt	
De heer A.J.M. Drenthen	Nederlands Huisartsen Genootschap
De heer drs. R. van Duuren	Univé Verzekeringen
De heer drs. L. van der Geest	Nyfer
De heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Mevrouw drs. G. van Heteren	PVDA fractie (lid Tweede Kamer)
De heer drs. L. Heuts	Nyfer
De heer mr. M.J.G. de Jager	Public Health Forum
De heer dr. M.B.J.A. Janssens	ZonMw
Mevrouw drs. L.V. Jonkers-Kuiper	Neth School of Public and Occupational Health
De heer prof. dr. N.C. Klazinga	GGD Amsterdam
De heer drs. H.W. van Lienden	Public Health Forum
De heer T.A.J. Oostrom	Nierstichting Nederland
De heer drs. B.J. van Opstal	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer A. Weinans	Nederlandse Public Health Federatie
De heer ir. P.M.M. van Wezel	Nederlandse Public Health Federatie
De heer mr. dr. T.A.M. Witteveen	Public Health Forum
Mevrouw E. Zoer-van der Veen	Public Health Forum

### *Secretariaat RVZ*

De heer drs. P.P.T. Jeurissen  
Mevrouw drs. I. Van Wallenburg

Vice-voorzitter prof. T. van der Grinten van de RVZ opent het debat met een samenvatting van de kernpunten van het RVZ-signalement 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg'. Hierna geeft voorzitter

prof. N. Klazinga van de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) zijn reactie op het signalement.

### **Reactie prof. N. Klazinga**

Prof. Klazinga maakt een onderscheid tussen de economische houdbaarheid en de maatschappelijke houdbaarheid van stijgende zorgkosten. Het RVZ-signalement wordt door hem als te sterk economisch getint bestempeld. Gezondheid moet volgens hem worden benaderd als een maatschappelijk waardevol goed waarvoor investeringen nodig en wenselijk zijn. In die optiek is vergrijzing ook geen probleem, maar maatschappelijke winst. Financieringskwesties van de overheid kunnen wél een probleem zijn: er is een politieke afweging nodig hoeveel financiële middelen waar naar toe gaan. De NPHF beschouwt het als een belangrijke maatschappelijke waarde dat gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is en dat verschillen in gezondheid tussen groepen in de samenleving zoveel mogelijk worden opgeheven. Dit is een belangrijke dimensie van solidariteit die in het RVZ-signalement onvoldoende terug is te vinden. Vanuit deze optiek geeft prof. Klazinga een reactie op de acht beleidsstrategieën van de RVZ:

- Strategie 1 (*alleen evidence based* zorg in het basispakket). Prof. Klazinga is het gedeeltelijk eens met deze strategie maar plaatst daar wel enkele kanttekeningen bij. *Evidence based* staat volgens hem op gespannen voet met het markt karakter van de zorg: daarbij gaat het immers om de vraag welke zorg door mensen wordt gevraagd. Hij merkt tevens op dat de RVZ in zijn signalement nauwelijks ingaat op de vorm van het basispakket.
- Strategie 2 (gezond gedrag belonen/premiedifferentiatie). Hij is het in beginsel eens met deze strategie, maar merkt wel op dat gedragsverandering niet altijd gekoppeld is aan individuele keuzen. Gedrag kan ook het resultaat zijn van de sociaal-economische situatie van mensen; daar moet rekening mee worden gehouden.
- Strategie 3 (premiedifferentiatie naar leeftijd). Prof. Klazinga is het niet eens met deze strategie. De waarde van een goede gezondheid moet beschikbaar zijn voor de gehele bevolking. Er moeten geen verschuivingen in de financiering plaatsvinden doordat bepaalde groepen zwaarder of minder zwaar worden belast. Als dergelijke verschuivingen nodig zijn, zou dit eerder in het pensioenstelsel moeten gebeuren.
- Strategie 4 (eigen betalingen). Hij is het in beginsel eens met deze strategie, maar merkt wel op dat eigen betalingen situationeel bepaald zijn.
- Strategie 5 (scheiding van services en zorg). Prof. Klazinga is het hiermee volledig eens. Er is bezinning nodig op wat de feitelijke zorg is die mensen echt nodig hebben. Momenteel zijn er te veel dingen onder de zorg geplaatst die niet tot de noodzakelijke zorg behoren.

- Strategie 6 (activering richting arbeidsmarkt en bevordering individuele preventie) wordt door hem onderschreven.
- Strategie 7 (fiscaal gunstig sparen voor zorg) krijgt geen steun van prof. Klazinga. Men ziet gezondheidszorg toch vooral als een publieke voorziening.
- Strategie 8 (ondersteuning maatschappelijke initiatieven zoals mantelzorg, stimulering maatschappelijk ondernemerschap in de zorg e.d.) wordt door hem onderschreven, maar daarbij is wel van belang na te gaan of de markt c.q. het private initiatief functioneert in het belang van de gezondheidszorg voor de samenleving als geheel en niet uitsluitend voor beperkte groepen.

Prof. Klazinga komt vervolgens met enkele eigen standpunten die zijn ingegeven vanuit een *public health* visie:

- Het zorgsysteem moet worden beoordeeld naar de bijdrage die het levert aan gezondheid in het algemeen en aan de gezondheid van iedereen.
- Prikkelers in het zorgstelsel dienen bij te dragen aan de gezondheid van zowel groepen als individuen.
- De behoefte aan zorg dient leidend te zijn bij de uitwerking van solidariteitsarrangementen.
- Bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen moeten worden teruggebracht.
- De effecten van de huidige stelselwijzigingen op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg alsmede op de gezondheid moeten systematisch worden geëvalueerd.

Een belangrijk verschil tussen de standpunten zoals die naar voren worden gebracht door prof. Klazinga en door de RVZ is dat de eerste meer nadruk legt op verdelingsaspecten van gezondheid en gezondheidszorg. Sommige deelnemers zien het RVZ-signalelement als onderdeel van een neo-liberale agenda. De grotere nadruk vanuit de NPHF op verdelingsaspecten laat zich niet direct vertalen naar eenduidige beleidsmaatregelen. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk hoe te handelen als gezondheidswinst gepaard gaat met grotere ongelijkheid op gezondheidsgebied en daarmee interfereert met solidariteitsarrangementen. De NPHF ziet het als een belangrijke opdracht voor zichzelf deze punten verder uit te werken en te concretiseren.

### **Gedrag en gezondheid**

Volgens verschillende deelnemers aan het debat bestaat er een duidelijk verband tussen gedrag en gezondheid. Er wordt gewezen op het gevaar dat naarmate de relatie tussen gedrag en ziekte steeds duidelijker wordt, de solidariteit voor bepaalde ziekten steeds kleiner wordt. Het optrekken van de *veil of ignorance* kan dus impliceren dat risico- en intergenerationele solidariteit steeds meer in twijfel worden getrokken omdat

mensen minder bereid zijn om mee te betalen voor de gevolgen van risicogedrag van anderen. Er wordt opgemerkt dat wij op zoek moeten gaan naar nieuwe wegen om met de wegvallende *veil of ignorance* om te gaan en desalniettemin de solidariteit intact te houden. De zaal kijkt hier verschillend tegenaan.

#### **Zelf sparen voor ouderenzorg**

In het debat werd ook ingegaan op de suggestie dat mensen meer moeten investeren in hun eigen ouderenzorg. Omdat blijkt dat dergelijke investeringen niet vanzelf in voldoende mate van de grond komen, moet een prikkel worden verzonnen om mensen daadwerkelijk tot private investeringen aan te zetten. Enkele deelnemers aan het debat waren van mening dat welvarende ouderen best een deel van de zorg zelf kunnen financieren.

#### **Kosteneffectiviteit**

Omdat er ook in de gezondheidszorg sprake is van schaarste moet kosteneffectiviteit een belangrijke rol spelen, zo werd in het debat gesteld. Door beter af te wegen waar extra uitgaven aan zorg ook extra opbrengsten opleveren in termen van gezondheidswinst of kwaliteit van leven, kan het rendement van zorguitgaven en daarmee de kwaliteit van de zorg vergroot worden. Een belangrijk criterium in dit verband is wat de kosten per gewonnen levensjaar zijn van uiteenlopende investeringen in de gezondheidszorg.

## Debat met zorgverzekeraars

RVZ i.s.m. Zorgverzekeraars Nederland  
3 oktober 2005, 18.00-19.00 uur  
Hotel Oud London, Zeist

---

### *Aanwezig:*

#### *Namens Raad van Advies:*

- De heer drs. J. de Boer
- Mevrouw prof. dr. M. de Visser
- De heer mr. E.M. d'Hondt
- De heer drs. F.B.M. Sanders (ook RVZ)
- Mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort (ook RVZ)

#### *Namens bestuur:*

- De heer mr. W.A.J. van Duin, Achmea Holding NV
- De heer F. Blankers, Delta Lloyd NV
- De heer drs. M.A.M. Leers, CZ Actief in Gezondheid
- De heer mr. R.H.L.M. van Boxtel, Menzis
- De heer drs. H. Feenstra, De Friesland Zorgverzekeraar
- De heer ir. B.F. Dessing, VGZ-IZA
- De heer H. Wiegel, voorzitter

#### *Namens directie:*

- De heer M.J.W. Bontje, algemeen directeur
- De heer drs. M.A.J.M. Bos, directeur Zorg
- De heer drs. M.W.L. Hoppenbrouwers, adjunct-directeur Verzekeringen

#### *Namens Nyfer:*

- De heer drs. L. van der Geest
- De heer drs. L. Heuts

#### *Namens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg:*

- Mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort
- Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat
- De heer mr. H. Bosma
- De heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- De heer drs. P.P.T. Jeurissen (secretariaat)
- De heer mr. J.P. Kasdorp (secretariaat)
- Mevrouw J.M.G. Lanphen, huisarts
- De heer drs. F.B.M. Sanders (voorzitter)
- De heer drs. P. Vos (secretariaat)
- Mevrouw drs. M.G. Wats, arts (secretariaat)
- De heer mr. A.A. Westerlaken

RVZ-voorzitter F. Sanders opent het debat met een samenvatting van de kernpunten van het RVZ-signalement 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg'. Diverse aanwezigen reageren daarop.

### **Alleen evidence based zorg in het basispakket**

Veel aandacht in het debat ging uit naar deze beleidssuggestie van de RVZ. Een meerderheid van de deelnemers onderschrijft deze strategie, maar men vroeg zich wel af hoe beslissingen over wat precies in het basispakket zit, moeten worden genomen. Een optie is het pakket te beperken tot *best practices*. Het is van wezenlijk belang vast te stellen wat de toegevoegde waarde van care en cure voorzieningen is. Geneesmiddelen met een beperkte geneeskundige waarde moeten buiten het pakket worden gelaten (behalve wanneer deze een economische meerwaarde hebben).

Er werd ook kritiek geuit op de strategie. Zo werd opgemerkt dat een klein deel van de bevolking hard wordt getroffen wanneer er wordt gesneden in het basispakket. De zorguitgaven zijn namelijk zeer scheef verdeeld: 10% van de verzekerden in ons land zijn verantwoordelijk voor 70% van de zorgkosten. Omdat met name lage-inkomensgroepen relatief veel gebruik maken van gezondheidszorg zouden de kosten van pakketverkleining vooral bij die groep terecht komen.

### **Zorg in het laatste levensjaar**

Een ander onderwerp dat aan bod kwam had betrekking op de zorgkosten van patiënten in hun laatste levensjaar. Men vroeg zich af wat de zin is van het uitstel van overlijden van een persoon met enkele maanden, waardoor de zorgkosten enorm kunnen oplopen. De kwaliteit van leven moet hierbij ook meewegen. Tegelijkertijd werd aangegeven hoe lastig dat soort keuzes zijn: zou men bijvoorbeeld kankerpatiënten moeten meedelen dat zij maximaal twee chemotherapieën kunnen krijgen?

### **Mantelzorg**

De deelnemers aan het debat waren van mening dat er voor mantelzorg in beginsel geen vergoeding en geen fiscale compensatie moet worden geboden. Door beloning van mantelzorg kan de prikkel om vrijwillige zorg te verlenen namelijk verdwijnen.

### **Zorgsparen**

Ook wordt er in het debat gereageerd op het 'zorgsparen' zoals dat door de RVZ wordt voorgesteld. Om deze strategie te operationaliseren moet men zich richten op ziekten waarvoor ook daadwerkelijk gespaard kan worden. Voor de ziekte van Alzheimer bijvoorbeeld kan moeilijk gespaard worden, omdat het moeilijk te voorspellen is of iemand deze ziekte in de toekomst krijgt. De kans dat mensen jarenlang sparen voor

een ziekte die zij mogelijk nooit krijgen, kan een negatief effect hebben op de economie omdat hiermee de bestedingen van burgers dalen. Sparen voor voorspelbare zorg is daarentegen wel mogelijk; hierbij kan men denken aan bepaalde vormen van zorg die de meeste ouderen op een bepaald moment nodig zullen hebben, zoals thuiszorg.

In dit verband kwam de vraag op waarom er wel sprake is van fiscale stimulansen in de sociale zekerheid (pensioenen), maar niet in de zorg. Hierop werd meteen gereageerd: dit komt doordat de meeste mensen wel een bepaalde leeftijd (65+) zullen halen, waardoor er een gelijkmatige verdeling van het pensioengebruik bestaat, maar dat bij het zorggebruik de distributie veel ongelijkmatiger is. Fiscalisering zou alleen nuttig kunnen zijn voor zorg met een voorspelbaar karakter.

#### **Eigen betalingen en premiedifferentiatie**

Ten aanzien van eigen betalingen, premiedifferentiatie en dergelijke, zoals door de RVZ bepleit, nemen verzekeraars een positieve grondhouding in. Zij zien dit als belangrijke instrumenten om risico's te beheersen en doelmatigheid in verzekeringsarrangementen te bevorderen.

## Debat met patiënten en consumenten

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in samenwerking met  
Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie  
11 november 2005, 9.30 – 12.30 uur  
NBC De Blokhoeve, Nieuwegein

---

### *Aanwezig:*

De heer W. Aalten	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
De heer H. Albeda	Stichting Rekenschap
Mevrouw M. Bieshaar	LPR
De heer S.A. Blok	VVD-fractie Tweede Kamer
De heer J. Chr. Van Dalen	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
De heer W. Etty	Andersson Elffers Felix
De heer drs. L. van der Geest	Nyfer
De heer drs. L. Heuts	Nyfer
Mevrouw P. Huijbregts	Nederlandse Federatie Kanker- patiëntenverenigingen
Mevrouw L. Huijts	Unie KBO
De heer P. de Jong	Belangenbehartiging Hart- en Vaat patiënten BHV
De heer drs. E.M. Kalsbeek- Schimmelpennick-v.d. Oije	Commissie VWS (Eerste Kamer)
Mevrouw S. Kooij	Landelijke Organisatie Cliëntenraden
De heer F. Kraanen	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw I. van der Laan	Stichting Langerhans
Mevrouw J. van Leeuwen	Cel Histiocytose Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
De heer B. van Opstal	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw E.H. Reitsma	LPR
De heer drs. F.B.M. Sanders	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Mevrouw A. Schipaanboord	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
Mevrouw M. Schrasser	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
Mevrouw J.B.M. Snellen MHA	Reumapatiëntenbond

De heer M.W. Split	Stichting ICD Draggers Nederland (STIN)
Mevrouw D. Tjalsma	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
Mevrouw J. Verhoeven	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
Mevrouw. I.S.Y. Vromans	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Secretariaat Raad voor de Volksgezondheid en Zorg:*

De heer drs. P.P.T. Jeurissen

De heer drs. P. Vos

RVZ-voorzitter F. Sanders opent het debat met een samenvatting van de kernpunten van het RVZ-signalement 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg'. Hierna geeft H. Albeda, directeur van Stichting Rekenschap, zijn visie op solidariteit in de zorg, gevolgd door een reactie van NPCF-voorzitter, mw. J. Verhoeven.

**Verschuivingen in het begrip solidariteit**

De heer Albeda definieert in zijn reactie op het RVZ-signalement solidariteit als "het bewustzijn van saamhorigheid en de bereidheid om de consequenties daarvan te dragen". Solidariteit in de gezondheidszorg is voortgekomen uit particuliere initiatieven vanuit de kerk, de arbeidersbeweging en de 'eigen kring', maar is met de opkomst van de verzorgingsstaat steeds meer 'geanonimiseerd'. Geleidelijk heeft zich een verschuiving voorgedaan naar solidariteit vanuit particuliere naar professionele en collectief gefinancierde organisaties. De heer Albeda wijst er op dat de overdracht van verantwoordelijkheden naar de overheid ook heeft geleid tot een anonimisering van verantwoordelijkheid.

In de anonieme, bureaucratische gezondheidszorg ligt de nadruk op gelijkheid: patiënten krijgen een gelijke behandeling en hebben gelijke rechten. De arts beoordeelt in de meeste gevallen welke zorg een patiënt moet krijgen en hanteert daarbij in beginsel uitsluitend medische criteria. Dit is een belangrijke verbetering ten opzichte van de traditionele situatie waarin patiënten uit 'eigen kring' een voorkeursbehandeling kregen (klassegeneeskunde). Niettemin zijn er ook nadelen. Heden ten dage maakt ook in de gezondheidszorg de oriëntatie op 'gelijkheid' steeds meer plaats voor een oriëntatie op 'vrijheid', waarbij niet meer klakkeloos wordt uitgegaan van de gelijke rechten van patiënten. De patiënt wordt als uniek gezien en neemt een steeds grotere rol in het hele zorgproces in. Hij vertrouwt de aangeboden zorg niet meer blindelings en handelt daar ook naar: in toenemende mate wil een patiënt zelf (mee)beslissen welke medicijnen of behandeling hij wil.

In Nederland en andere Europese landen is sprake van een verschuiving van een *trust me*-cultuur in de gezondheidszorg – met de arts als bepalende factor – naar een *tell me*-cultuur – waarbij de patiënt een voornamere rol in het zorgproces inneemt. In de Verenigde Staten bepalen patiënten in nog grotere mate zelf welke zorg zij willen: daar heerst een *show me/proof me*-cultuur.

Bovenstaande ontwikkelingen hebben gevolgen voor de solidariteit in de gezondheidszorg. Dit is dan ook geen vaststaand concept, maar is aan veranderingen onderhevig. Er zijn steeds meer terreinen binnen de zorg waarvoor burgers niet meer zomaar mee willen betalen. Burgers hechten in toenemende mate waarde aan vrijheid en zelfbeslissingsrecht binnen de zorg. Ook in de sociale zekerheid verandert solidariteit omdat steeds meer mensen vinden dat men zelf vorm hoort te kunnen geven aan sociale zekerheid.

Nederlanders voelen zich over het algemeen verantwoordelijk voor kwetsbare individuen binnen de samenleving. Deze solidariteit met anderen komt er uit voort dat zij ook graag zelf hulp ontvangen wanneer dat voor hen nodig mocht zijn. Volgens Albeda bestaat er nog steeds veel solidariteit in ons land. Hierbij worden wel twee kanttekeningen geplaatst: mensen willen tot een bepaalde grens meebetalen voor anderen en willen in toenemende mate weten voor wie en wat zij precies een financiële bijdrage leveren.

De afbrokkeling van solidariteit en stijging van de zorgkosten moeten niet voor lief worden genomen. Solidariteit in de gezondheidszorg vraagt om vertrouwen en saamhorigheid. Dit vertrouwen is echter geen ‘blind’ vertrouwen maar vraagt om controle en eigen inspanningen. Saamhorigheid vereist kennis van elkaar. Deze elementen kunnen gestimuleerd worden. Het is van belang de samenleving hierover goed te informeren en op te voeden.

#### **Reactie op het RVZ-signalement**

Tegen deze achtergrond geeft de heer Albeda ook een reactie op de beleidsstrategieën van de RVZ in ‘Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg’. Albeda onderschrijft het belang van een restrictief zorgpakket (beleidsstrategie 1), maar geeft hierbij wel aan dat zorg die niet *evidence based* maar wel kosteneffectief is ook vergoed moet worden. Op strategie 2 (belonen van goed gedrag) wordt positief gereageerd, omdat dit voor meer doelmatigheid en minder anonimiteit onder burgers zorgt waardoor deze zich meer zullen inspannen. Het versterkt aldus de solidariteit. Albeda staat ook achter strategie 3 (premiedifferentiatie naar leeftijd) en strategie 4 (eigen bijdrage), maar merkt wel op dat de vraag of iemand voldoende vermogen heeft een inkomenspolitieke kwestie is, die niet vanuit de zorg moet worden beoordeeld.

Ten aanzien van het scheiden van services en zorg (strategie 5) merkt hij op dat niet alle services als luxe moeten worden gezien. Wat betreft strategie 8 (stimulering van mantelzorg en maatschappelijke initiatieven) wijst Albeda erop dat door de toenemende arbeidsparticipatie mensen meer werken, waardoor het moeilijker wordt de zorg voor familie of vrienden op zich te nemen. Het extra inkomen gaat voor een deel naar uitbreiding van professionele zorgverlening.

Albeda ziet twee zeer waardevolle punten in het RVZ-signalement. Ten eerste het bevorderen van ‘goed patiëntschap’ en gezond gedrag. Dit zijn belangrijke principes om solidariteit te behouden. Ten tweede het belonen van gezond gedrag, het leveren van een eigen bijdrage en zorg als activering. Ook dat ondersteunt solidariteit. Hierbij moet er wel op worden gelet dat solidariteit niet alleen binnen patiëntengroepen, maar binnen de samenleving als geheel gestimuleerd moet worden. Overheid (bureaucratie) en economische principes (marktwerking) genieten niet als eerste het vertrouwen als het gaat om de organisatie van de zorg; maatschappelijke groepen spelen een belangrijke aanvullende rol. Het is bovendien van belang om niet alles onder de noemer ‘solidariteit’ te brengen. Inkomensnivellering bijvoorbeeld is niet hetzelfde als solidariteit.

#### **Reactie van de NPCF op het RVZ-signalement**

Voorzitter Verhoeven van de NPCF is van mening dat beleidsstrategie 1 van de RVZ (een *evidence based* zorgpakket) te weinig uitgaat van het patiëntenperspectief. Het begrip ‘*evidence based*’ zou gekoppeld moeten worden aan de ziektelast van patiënten. Het is belangrijk om te weten of bepaalde behandelingen of medicijnen – *evidence based* of niet – ervoor zorgen dat een patiënt zijn ziekte als minder zwaar ervaart. De NPCF kiest dus voor een subjectieve ervaring van de ziektelast naast het objectieve medische oordeel daarover. Bovendien moeten de maatschappelijke opbrengsten van behandelingen voor de patiënt in de beoordeling worden meegenomen.

Mw. Verhoeven wijst er daarnaast op dat er van de menselijke maat moet worden uitgegaan: de solidariteit in de gezondheidszorg kost veel, maar levert ook heel wat op. Patiënten moeten worden gereactiveerd en moeten de regie kunnen voeren over hun eigen zorg. De NPCF vindt dat er criteria moeten worden ontwikkeld hoe de patiënt zijn eigen zorg kan organiseren.

#### **Waarom stijgen de zorgkosten?**

In het debat rijst de vraag door welke factoren de zorgkosten de afgelopen decennia zo enorm zijn opgelopen. Volgens de RVZ komt dit door (1) een verschuiving van een particulier betaalde naar een steeds meer collectief (en verzekerings) gefinancierde gezondheidszorg, (2) de

technologische ontwikkelingen – waaraan uiteraard ook veel baten zijn verbonden – en (3) – met name in de *cure* – verschuivingen in maatschappelijke normen ten aanzien van kwalitatief goede en toegankelijke zorg.

Volgens sommige deelnemers is de technologische ontwikkeling van de gezondheidszorg te zeer aanbodgedreven, maar andere deelnemers zijn van mening dat het toch ook in het belang van de patiënt is dat men blijft zoeken naar nieuwe en betere medicijnen en behandelingswijzen. Algemeen overheerst de opinie dat technologische vernieuwingen niet moeten worden afgeremd. Wel moet steeds goed worden afgewogen wat de toegevoegde waarde ervan is. Sommige behandelingen of medicijnen drijven de zorgkosten enorm op zonder dat zij veel toevoegen aan de kwaliteit van leven. Voorzitter Sanders van de RVZ merkt op dat er heldere criteria moeten worden opgesteld welke behandelingen en medicijnen in het basispakket thuishoren. Wanneer iemand ‘betere’ en duurdere zorg wil, zal deze patiënt zich individueel moeten bijverzekeren.

#### **Beloning van gezond gedrag?**

Er worden in het debat door een aantal deelnemers vraagtekens gezet bij de effectiviteit van het belonen (of bestraffen) van (on)gezonder gedrag (beleidsstrategie 2 van de RVZ). Men erkent wel dat het van belang is om gezond gedrag te bevorderen, maar denkt dat dit toch slechts een beperkte rol kan spelen in het beteugelen van de zorgkosten.

Goede preventie kan ertoe leiden dat mensen minder snel ziek worden en dus minder zorg nodig hebben. Preventie kan daarom, volgens verschillende deelnemers aan het debat, leiden tot lagere zorgkosten. Op dit moment gebeurt er nog te weinig aan preventie in Nederland. In het debat wordt voorgesteld om al in het basisonderwijs en middelbaar onderwijs extra aandacht te besteden aan preventie (dit wordt ‘nuldelijnszorg’ genoemd).

#### **Doelmatigheid**

Ook in dit debat kwam aan de orde dat er iets gedaan zou moeten worden aan de bureaucratie en ‘vergadercultuur’ die er binnen de gezondheidszorg bestaat. Daardoor wordt te veel tijd verspild ten koste van de patiënt. In het debat wordt opgemerkt dat er op dat punt een paradox bestaat: hoewel men minder bureaucratische rompslomp binnen de zorg wil, wil men ook weten waar bestedingen in de zorg precies naar toe gaan en waar er geld wordt verspild. Meer behoefte aan verantwoording dus, met de bijbehorende administratieve belasting. In sommige gevallen kunnen ook particuliere initiatieven voor meer doelmatigheid en betere kwaliteit zorgen. Als voorbeeld worden de Thomas-huizen voor verstandelijk gehandicapten genoemd die een groot succes zijn en kosteneffectieve zorg leveren.

### **Rol patiëntenorganisaties**

Ook patiëntenorganisaties kunnen een belangrijke rol spelen in het bevorderen van doelmatigheid en eigen verantwoordelijkheid van patiënten. Een meerderheid van de aanwezigen was van mening dat zorgaanbieders en patiëntenorganisaties gezamenlijk criteria moeten opstellen over hoe de gezondheidszorg er uit moet zijn. Beter overleg ('polderen') over welke behandeling en welke medicijnen een patiënt hoort te krijgen kan tot grotere doelmatigheid bijdragen.

Meer in het algemeen vinden de deelnemers aan het debat dat patiënten meer moeten worden betrokken bij de ontwikkeling van richtlijnen in de gezondheidszorg. Versterking van de rol van de patiënt binnen zijn eigen zorg kan leiden tot kostenreductie. Een patiënt kan bijvoorbeeld voor minder dure medicijnen of behandelingen kiezen dan een arts hem zou aanraden. Ook kan een patiënt een niet-spoedeisende operatie uitstellen voor een bepaalde periode, terwijl een arts hem juist zou aanbevelen die operatie meteen te ondergaan. Hiermee kunnen kosten worden bespaard.

### **Welzijn van patiënten**

Een laatste punt dat in het debat ter sprake kwam is het belang van een goede begeleiding van patiënten. De waarde hiervan wordt nu vaak onderschat. Door meer aandacht te besteden aan bijvoorbeeld gezamenlijke activiteiten onder patiënten, kan hun ziektelast aanzienlijk verlicht worden. Dit kan een veel effectievere bijdrage leveren aan het geluksgevoel van patiënten dan een duur medicijn. Bij de beoordeling of bepaalde kosten in de gezondheidszorg moeten worden gemaakt zou het welzijn van patiënt ('gelukscriteria') een belangrijker rol moeten spelen.

## Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)). Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

### Adviezen en achtergrondstudies

06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	gratis
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief	€ 15,00
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/13	Informeel zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€ 15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€ 15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€ 15,00
05/04	Van weten naar doen	€ 15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier	gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€ 15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning	gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00

04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)	gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00

02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkenning studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

#### **Bijzondere publicaties**

05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)	gratis
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))	gratis
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg	€ 15,00
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)	gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004	gratis
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe	gratis
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€ 15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€ 15,00

01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen	gratis
01M/01E	E-health in the United States	€ 11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€ 9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€ 6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€ 9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€ 11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€ 6,81

#### **Signalementen met achtergrondstudies**

Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02)	€ 15,00
Sig 05/03	Riscosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€ 15,00
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement	€ 15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€ 15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€ 15,00

#### **Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid**

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis

#### **Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking**

*De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.*

VGV 05/04	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VGV 05/03	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VGV 05/02	Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VGV 05/01	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	gratis

### **Werkprogramma's en jaarverslagen**

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002-2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis



