

DE ZORG IS GEEN MARKT

Een kritische analyse van de marktwerking in
de zorg vanuit verschillende perspectieven

De zorg is geen markt

Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg
vanuit verschillende perspectieven

Redactie: dr Ineke Palm

December 2005

Wetenschappelijk Bureau SP
Vijverhofstraat 65
3032 SC Rotterdam
T (010) 243 55 59
F (010) 243 55 66
ipalm@sp.nl
www.sp.nl/onderzoek

Omslagontwerp: SP

'What evidence is there that competition in the world of social health insurance is a) administratively workable and b) to the extent implemented, capable of controlling rapidly rising medical care expenditures? The answer is that there is no convincing evidence on either count.'

Prof Theodore R. Marmor

(in 'Dutch welfare reform in an expanding Europe', 2004)

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1 Europese tweedeling in de zorg <i>prof. dr W.J. de Gooijer</i>	11
Over Eigen Bijdragen en de Uitzonderingen	12
Het ‘succes’ van Marktwerking	15
Slotakkoord	16
2 Is de mens ons nog een zorg? <i>prof. dr J. van der Velden</i>	20
Inleiding	20
Heeft de Minister zijn topambtenaren in de hand?	21
Kennis en kunde niet meer centraal	21
De zachte kant ondergeschoven	22
De harde kant benadrukt	22
Wat is de markt ons waard?	23
3 Gelijke toegang tot gezondheidszorg verzekerd?	
<i>mr dr A.P. den Exter en mr dr M.A.J.M. Buijsen</i>	25
Het recht op gezondheidszorg	25
Rechtvaardigheid en gelijkheid in de gezondheidszorg	27
Nieuwe ongelijkheid in de gezondheidszorg: de no-claimteruggaafmaatregel	28
Nieuwe ongelijkheid in de gezondheidszorg: de Zorgverzekeringswet	30
Slotsom: nieuwe onrechtvaardigheid in de gezondheidszorg	31
4 De Nieuwe Zorgwet en de solidariteit. Een commentaar <i>Prof. dr Doeke Post</i>	34
Korte terugblik	34
Toch gelukt	35
Uitgangspunten van de nieuwe zorgwet	36
Gevolgen van de nieuwe wet	37
En nu verder	38
Tot slot	39

5 Zorg is geen product dat je op de markt kunt verhandelen	<i>prof. dr M.A. Verkerk</i>	41
Morele bezorgdheid		41
Aardverschuivingen in de zorg		42
Zorgethisch perspectief		43
6 Ook de huisarts moet zijn targets gaan halen	<i>prof. dr W.J.H.M. van den Bosch</i>	47
Marktwerving stimuleert volume		48
De ondernemende huisarts		48
Indicatoren		49
Kostbare tijd		50
Ketenzorg		50
Ongelijkheid		51
7 Marktwerving werkt niet in de zorg	<i>drs J. van den Heuvel</i>	53
Wat is marktwerving		53
Komen er inderdaad minder regels?		53
Bestaat marktwerving wel in het echt?		54
Waarom marktwerving?		54
Werkt de markt in de zorg?		55
Wat doet de markt niet?		55
Wat gebeurt er met de kwaliteit?		56
Waarom houden we onszelf voor de gek?		56
Hoe nu verder?		57
8 Zorgen om zorg	<i>prof. dr S.J.G. van Wijnbergen</i>	60
Noten bij hoofdstuk 1		65
Noten bij hoofdstuk 3		68
Noten bij hoofdstuk 5		70

Voorwoord

De weg die is ingeslagen met de invoering van het nieuwe zorgstelsel – de weg van meer markt en meer concurrentie – belooft weinig goeds voor de toekomst. Wie de zorg gezond wil maken, moet niet het commerciële spel centraal stellen, maar de professionaliteit van de behandelaars en de gezondheid van patiënten. Er is geen enkele aanwijzing dat meer markt heilzaam zal zijn voor de zorg en de bestaande problemen zal oplossen. Aanwijzingen voor negatieve effecten zijn er wel. Waarom wordt dan tóch in de zorg steeds meer marktwerking doorgevoerd? Niet omdat deskundigen, behandelaars en patiënten daar om vragen. Het lijkt vooral het gevolg van een doorgeslagen ideologie.

De zorg is geen markt. Onder die naam is in het najaar van 2004 een actiegroep van 100 werkers en deskundigen uit de zorg een tegenbeweging tegen het marktdenken gestart. Ik was één van de initiatiefnemers. Ruim een jaar later hebben zo'n 10.000 mensen uit de zorg zich bij ons aangesloten. In een manifest waarschuwen we voor de mogelijke negatieve gevolgen van marktwerking:

- Samenwerking in de zorg is onontbeerlijk, maar concurrentie maakt goede samenwerking onmogelijk. Door samenwerking kan de zorg beter op de zorgvrager worden gericht, integraal worden gegeven. Concurrentie is hier tegenstrijdig mee en zal leiden tot versnippering van de zorg.
- Marktwerking maakt de zorg niet goedkoper, maar juist duurder. Uit Amerikaanse onderzoeken blijkt dat de kosten van de zorg toenemen bij meer marktwerking. Dat valt onder meer te verklaren uit meer bureaucratie, hogere salarissen van managers en winstgerichtheid.

- Het marktprincipe betekent zoveel mogelijk zorg leveren tegen een zo laag mogelijke prijs. Het risico is groot dat er bezuinigd wordt op kwaliteit, scholing en arbeidsomstandigheden van het personeel.
- Marktwerking leidt ook tot meer bureaucratie. Uit recente Amerikaanse onderzoeken blijken bureaucratie en overhead juist hoger te zijn dan in een niet-marktsituatie.
- De markt heeft geen oog voor de lange termijn. Preventie, die zich bij uitstek richt op de gezondheid van de toekomst, zal minder aandacht krijgen.
- De markt organiseert geen solidariteit. De markt zal zich eerder richten op lucratieve zorg waar snel aan te verdienen valt. De markt zal zich eerder richten op klanten die goede zorg kunnen betalen, zoals voorrangszorg voor werkgevers en mensen met hogere inkomens. Het risico bestaat dat wie niet kan bijbetalen, langer moet wachten, kwalitatief minder zorg krijgt, of minder keuzevrijheid heeft. Bovendien bestaat het gevaar van risicoselectie door zorgverzekeraars.

Dit manifest verwoordt kort en krachtig onze kritiek. Ik ben verheugd dat het Wetenschappelijke Bureau van de SP in dit boek een aantal prominente deskundigen, die hun sporen in de zorg hebben verdiend, een podium heeft geboden voor hun uitgebreidere analyses en visies. Een uitdaging die zij met verve hebben opgepakt. Met als resultaat een aantal kritische beschouwingen, vanuit het oogpunt van het algemeen volksgezondheidsbelang, het gezondheidsrecht, de organisatie van het zorgstelsel, de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg en het ethisch, economisch en internationaal perspectief.

De titels die de auteurs hun bijdrage hebben meegegeven duiden hun zorgen:

- ‘Europese tweedeling in de zorg’
- ‘Is de mens ons nog een zorg?’
- ‘Gelijke toegang tot gezondheidszorg verzekerd?’
- ‘De Nieuwe Zorgwet en de solidariteit. Een commentaar’
- ‘Zorg is geen product dat je op de markt kunt verhandelen’
- ‘Ook de huisarts moet zijn targets gaan halen.’
- ‘Marktwerking werkt niet in de zorg’
- ‘Zorgen om zorg’

Ik hoop van ganser harte dat dit boek een impuls geeft om het debat over de toekomst van de gezondheidszorg meer op basis van argumenten, analyse en visie te voeren.

Agnes Kant, Tweede-Kamerlid SP en mede-initiatiefnemer van ‘Zorg geen markt’ (www.zorggeenmarkt.nl).



Prof. dr W.J. de Gooijer

Winfried de Gooijer (1940) werkte ruim 25 jaar als instellingsdirecteur in de Nederlandse gezondheidszorg, was bijzonder hoogleraar ziekenhuismanagement aan de Erasmus Universiteit en is bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgsystemen in Internationaal Perspectief aan de faculteit der Sociale Wetenschappen, vakgroep Bestuurskunde, van de Universiteit Leiden. Hij heeft zo'n 150 publicaties of voordrachten verzorgd over gezondheidszorg in binnen- en buitenland. In 1996 schreef hij het essay 'Over Solidariteit in een veranderde Gezondheidszorg. Europa op zoek naar een nieuwe Balans'. Binnenkort verschijnt zijn boek: 'EU Health Care Systems at Risk', een integrale Europese dwarsdoorsnede van de ontwikkelingen in de solidariteitsgedachte in de gezondheidszorgstelsels van de EU-landen.

De Gooijer is lid van de Standing Committee of the Hospitals of the European Union. In deze Standing Committee was hij vele jaren President van de subcommittee on economics and planning en Chairman van de Working Party 'Focus on Health Care Data'. Ook in Nederland heeft hij in vele landelijke commissies, stuurgroepen en besturen zitting gehad. Hij adviseerde de WHO en was een aantal jaren Temporary Expert Consultant van deze organisatie.

Vanuit internationaal perspectief

1 Europese tweedeling in de zorg

prof. dr W. J. de Gooijer

Sinds het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw staan drie doelstellingen centraal in de zorgstelsels van de landen van de Europese Unie.¹

Allereerst is dat kostenbeheersing. Wat dit betreft is het goed er even aan te herinneren dat het toenmalige Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven de Nederlandse overheid al in zijn eerste jaarverslag (1965) waarschuwde dat de kosten voor gezondheidszorg uit de hand dreigden te lopen. Niettemin duurde het nog 18 jaar voordat er met de invoering van een systeem van budgettering in 1983 een eerste poging tot beheersing werd ondernomen. En Nederland was nog niet eens het laatste land dat op dit punt iets ging doen. Dat was Luxemburg, waar budgettering pas in 1995 werd ingevoerd. Maar dat land kon zich een late start veroorloven, want het was het rijkste land van de EU. In het algemeen kan worden gesteld dat tot aan het begin van de tachtiger jaren van de vorige eeuw overheden van de meeste (EC, EEG) EU landen, vanuit het geloof in een maakbare samenleving, de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg op zijn beloop hebben gelaten. Zo'n 25 jaar later moeten we, ondanks alle maatregelen die er zijn genomen, weliswaar vaststellen dat de kosten nog steeds niet worden beheerst, maar kunnen wij ons troosten met het vermoeden dat de zaak echt uit de hand zou zijn gelopen indien er geen beheersingsmaatregelen zouden zijn genomen.²

Het interessante van de tweede doelstelling, zijnde kwaliteitsverbetering, is dat het nauwelijks een punt was vóórdát we met kostenbeheersing begonnen. Kennelijk werd tot dat moment een goede kwaliteit van zorg als zijnde vanzelfsprekend verondersteld. Sindsdien lijkt er echter een negatief verband te bestaan tussen de maatregelen gericht op beheersing van de kosten en hun gevolgen voor de kwaliteit van zorg. Dekker voorvoelde dat blijkbaar al, want in zijn rapport van 1987 werd voor het eerst expliciet een hoofdstuk over de kwaliteit van zorg opgenomen. Sindsdien zijn er wetten uitgevaardigd, commissies ingesteld, meetmethodes uitgedacht, accreditatiecriteria opgesteld, functionarissen aangesteld, jaarverslagen gemaakt, cursussen ontwikkeld, conferenties gehouden en symposia georganiseerd met als thema de kwaliteit van zorg. Kortom, veel (bestuurlijke) kwaliteitsdrukte, die de zorgsector waarschijnlijk honderden miljoenen heeft gekost en die diverse organisatieadviesbureaus een beste boterham heeft opgeleverd. De ironie bij dit alles is echter dat wij nog steeds niet weten of al die drukte nu echt tot verbetering van de resultaten van de zorgverlening heeft geleid. En daar gaat het tenslotte om.³

De derde doelstelling is solidariteit. Zij bedoelt randvoorwaardelijk te zijn voor de twee hiervoor geschetste, dat wil zeggen wél kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering, maar zodanig dat er niemand uit de boot valt. Deze randvoorwaarde is voor de meeste landen van de Europese Unie kennelijk zó belangrijk, dat de solidariteitsgedachte aangaande gezondheidszorg veelal op een of andere wijze grondwettelijk, of anderszins, is verankerd. Echter, doordat sinds Dekker ook marktwerking in de zorg een beleidspunt is geworden, zal deze derde doelstelling blijken de Achilleshiel van de stelselwijziging te zijn. Immers, solidariteit bedoelt juist burgers te beschermen tegen de negatieve gevolgen van een markteconomie. Je kunt ook zeggen dat, althans aan de vraagzijde, marktwerking en solidariteit niet samengaan. Toch proberen overheden dat. Eigen bijdragen en pakketuitdunning zijn er voorbeelden van.⁴ Allereerst gaat het daarover in deze bijdrage. Vervolgens wordt ‘het succes’ van deze vorm van marktwerking in de zorg in beeld gebracht. Ter afsluiting wordt een slotakkoord geformuleerd.

Over Eigen Bijdragen en de Uitzonderingen

Eigen bijdragen worden verondersteld de vraag naar onnodige zorg terug te dringen, de druk op publieke financiering te verminderen en de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid te vergroten. Echter, nog afgezien van de gevolgen van eigen bijdragen voor de solidariteitsgedachte (waarover in de volgende paragraaf), kleven er zowel acceptatie als politieke en administratieve bezwaren aan het gebruik van dit instrument.

Wat de *acceptatie* betreft, blijkt dat de burgers van Europa niet op eigen bijdragen zitten te wachten. Ik geef een paar voorbeelden. Al weer bijna veertig jaar geleden moest de Franse regering een plan tot algemene verhoging van eigen bijdragen inslikken vanwege protestacties van de bevolking. Pas 25 jaar later durfde zij weer een eigen bijdrage regeling in te voeren.⁵ De Italiaanse regering moest al in 1989 een plan intrekken om eigen bijdragen te introduceren voor opname in een ziekenhuis, vanwege protesten van de bevolking. Hetzelfde gebeurde in 1994 toen het ging om spoedopnames.⁶ Spanjaarden liepen in 1991 te hoop tegen plannen van de overheid om bescheiden eigen bijdragen in te voeren omdat men geloofde dat dit het begin was van privatisering van de zorg.⁷ De Deense overheid, ten slotte, slaagde er niet in om eigen bijdragen voor de huisarts en het ziekenhuis in te voeren, omdat gevreesd werd dat dit tot onverantwoorde onderconsumptie van zorg door de lagere inkomensgroepen zou leiden.⁸ Overheden hebben inzake eigen bijdragen dus te maken met dwarsliggende burgers. Daar komen dan nog dwarsliggende dokters bij. Eigen bijdragen voor verblijf in een ziekenhuis in Griekenland of Portugal, bijvoorbeeld, hebben een minimaal effect gehad om de eenvoudige reden dat de dokters vanwege de administratieve rompslomp weigerden mee te werken aan de inning ervan.⁹ Toen in Ierland de lijst met voor vergoeding in aanmerking komende medicijnen (weer) werd uitgedund, namen dokters hun toevlucht tot het voorschrijven van duurder medicijnen die (nog) wel voor vergoeding in aanmerking kwamen.¹⁰ De *politieke* bezwaren kunnen worden samengevat met de term inconsistentie. Een paar voorbeelden maar weer. Frankrijk heeft het gepresteerd om gedurende de periode 1980-2000 bijna om de 18 maanden een hervormingsplan voor de zorg te presenteren.¹¹ De Portugezen hebben er ook een rommeltje van gemaakt. De in dit land in 1982 ingevoerde eigen bijdragen werden na de verkiezingen van 1986 ongedaan gemaakt. In 1987 werden dergelijke bijdragen zelfs strijdig met de grondwet geacht, maar na amendering van de grondwet in 1989 werden zij in 1992 weer ingevoerd.¹² De Duitsers verlaagden sommige eigen bijdragen in de zeventiger jaren van de vorige eeuw, maar verhoogden die enige tijd later weer.¹³ Wij kunnen er echter ook wat van. Men herinnere zich in dit verband de medicijnenknaak en het specialistengeeltje, ondanks alle vooraf verwoorde bezwaren vanwege de politieke waan van de dag ingevoerd en al vrij snel weer ingetrokken. Verder was daar, bijvoorbeeld, nog de per 1 januari 1997 ingevoerde vaste eigen bijdrage van (omgerekend) 3,62 euro per verpleegdag in een ziekenhuis die twee jaar later weer werd ingetrokken.¹⁴ Inconsistentie dus. En dan zijn politici ook nog verbaasd dat een groeiend aantal burgers de belangstelling voor politiek heeft verloren.

De *administratieve* bezwaren zijn het gevolg van de verkrampte manier waarop overheden proberen de solidariteitsgedachte overeind te houden. Zij doen dat door specifieke groepen van de bevolking van eigen bijdragen uit te zonderen. De regelingen in dit verband zijn soms van een griezelige gedetailleerdheid. Omdat dit verhaal niet te lang mag worden geef ik één voorbeeld: Duitsland; de griezeligheid ten top. Allereerst zijn Duitsers met een zeer laag arbeidsinkomen en zij die een WW-uitkering krijgen uitgezonderd van eigen bijdrage regelingen, behalve voor opname in het ziekenhuis. Voorts zijn kinderen tot de leeftijd van 18 jaar uitgezonderd, behalve wanneer het gaat om aanvullende verzekering voor kronen en gebitsprothesen, alsmede eigen bijdragen voor ziekenvervoer. Verder zijn eigen bijdragen voor ziekenfondsverzekerden voor medicijnen, niet-medische zorg (fysiotherapie, logopedie, etc.) en ziekenvervoer (behalve naar ziekenhuizen en revalidatiecentra) beperkt tot 2 procent van het bruto jaarinkomen van een alleenstaande. Deze drempel is dan weer lager indien twee of meer personen van dat inkomen moeten rondkomen. Voor deze categorie zijn de eigen betalingen voor kronen en gebitsprothesen ook lager. Bovendien zijn die chronisch zieken uitgezonderd die meer dan 1 procent van hun bruto inkomen hebben uitgegeven aan medicijnen, niet-medische zorg en vervoer.¹⁵ Daar wordt een mens toch tureluurs van?! Maar voor de goede orde: Duitsland is bepaald niet het enige land met gedetailleerde regelingen. Zo kent Frankrijk maar liefst dertig typen chronische ziekten die voor uitzondering in aanmerking komen¹⁶ en heeft Griekenland speciale regelingen voor de ziekte van Parkinson, diabetes, hartproblemen, reumatische aandoeningen, tuberculose, de ziekte van Crohn, astmatische problemen, darmklachten en leveraandoeningen. Kortom, zo ongeveer alles.¹⁷ Het invoeren van eigen bijdragen en de daarbij behorende uitzonderingsmaatregelen vergen het opzetten van administratieve systemen. De kosten daarvan moeten lager zijn dan de besparingen. Maar dat valt zwaar tegen. Zo kwamen de Portugezen in 1995 tot de ontdekking dat de financiële gevolgen van eigen bijdrage regelingen nauwelijks meer dan 1 procent van de gezamenlijke exploitatiekosten van ziekenhuizen en gezondheidscentra bedroegen¹⁸ en ontdekten de Oostenrijkers in 1997 dat de eigen bijdrage voor een bezoek aan de huisarts meer kostte dan het opleverde.¹⁹ Het toepassen van uitzonderingen kost eveneens veel geld, vooral wanneer het aantal uitzonderingsgevallen groot is. Zo zullen in Italië de beoogde besparingen inzake eigen bijdragen voor medicijnen waarschijnlijk lager zijn dan de administratieve kosten als gevolg van het feit dat 25 procent van de bevolking (goed voor 75 procent van de publieke uitgaven in dit verband) in 1991 van eigen bijdragen werd uitgezonderd.²⁰ En wat te denken van de Britten waarvan halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw 84 procent claimde in aanmerking te komen

voor uitzondering van de eigen bijdrage voor medicijnen?²¹

Al met al moet worden betwijfeld of het heffen van eigen bijdragen zoden aan de dijk zet als het gaat om kostenbeheersing. Dit temeer indien eigen bijdragen slechts een gering deel uitmaken van de macro-zorguitgaven, zoals dat bij ons het geval is. En waar eigen bijdragen wel substantieel zijn, wordt het besparingseffect veelal geneutraliseerd door de mogelijkheid van aanvullende verzekering, hetgeen neerkomt op privatisering van de zorg.

Het 'succes' van Marktwerking

Per definitie zijn solidariteit en marktwerking aan de vraagzijde van de zorg niet te combineren. Uitzonderingsmaatregelen zijn een verkrampde poging om dat toch voor elkaar te krijgen. Zij bedoelen diegenen te beschermen die niet de middelen hebben om het marktspel te spelen. Nog afgezien van het feit dat een kosten-baten analyse in dit verband vermoedelijk zeer weinig oplevert, blijken die uitzonderingsmaatregelen maar een beperkte bescherming te bieden. Ik geef in dit verband een Europese dwarsdoorsnede. Een Fins overzicht uit 1996 maakte duidelijk dat het aantal huishoudens uit de laagste inkomenscategorie dat de hulp van familie en vrienden moest inroepen, dan wel zich tot de gemeentelijke sociale dienst moest wenden, voor het betalen van de doktersrekeningen was gestegen van 2,1 procent in 1987 tot 8,4 procent in 1996 (familie en vrienden) en van 3,2 procent tot 7,3 procent (gemeentelijke sociale diensten).²² In 1997 werd in een Belgische studie geconcludeerd dat een-derde van de bevolking moeite had met de betaling voor medische zorg, waarbij 8 procent van de ondervraagde gezinnen zei medische zorg (met name de tandarts) soms om financiële redenen uit te stellen.²³ Soortgelijk onderzoek in Zweden in 1993, 1995 en 1996 bracht aan het licht dat 20 procent à 25 procent van de bevolking vanwege financiële redenen tenminste één keer per jaar heeft afgezien van het inroepen van medische hulp. In het Verenigd Koninkrijk blijkt systematisch ongelijke toegang, ten nadele van lagere sociaal-economische klassen, te bestaan bij onderzoek en behandeling van hartproblemen en kanker, terwijl in Finland onderconsumptie door lagere inkomensgroepen voorkomt als het gaat om hartoperaties, heupoperaties en het verhelpen van staar.²⁴ In Duitsland blijken particulier verzekerden, waarvoor meer in rekening mag worden gebracht, sneller en beter te worden geholpen dan ziekenfonds-verzekerden.²⁵

Ongelijke toegang is ook aan de orde waar het gaat om aanvullende verzekering. In Ierland, bijvoorbeeld, heeft de helft van de bevolking vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering. Van de andere helft blijkt 42 procent zo'n verzekering niet te hebben afge-

sloten omdat de premie niet kan worden opgebracht.²⁶ In het Verenigd Koninkrijk blijken het vooral de hogere sociaal-economische klassen te zijn die een particuliere aanvullende verzekering afsluiten, waarbij het aantal deelnemers scherp daalt na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd omdat dan de werkgeversverzekering stopt.²⁷ Ook de premiestijging (tussen 1991 en 1996 5 procent hoger dan het inflatiepercentage) speelt hier een belangrijke rol. In dit verband resulteerde onderzoek in het Verenigd Koninkrijk in 2000 in de uitkomst dat 58 procent van de ondervraagden de premie voor vrijwillige verzekering te hoog vond.²⁸ In Italië, tenslotte, sluiten zij die de premie kunnen betalen een particuliere verzekering af om de wachtlijsten in de zorg, de hoge eigen bijdragen en de vaak ondermaatse zorgkwaliteit te kunnen omzeilen.²⁹ Intussen blijken de burgers van de landen van de Europese Unie bezorgd te zijn over hun gezondheidszorgtoekomst. In dit verband leverde onderzoek op dat 75 procent van de Zweedse burgers denkt een hogere premie te moeten betalen, dan wel te moeten sparen, om zich goede gezondheidszorg te kunnen veroorloven als zij oud zijn. Onderzoek in Duitsland onder gezondheidszorginstellingen en -organisaties bracht aan het licht dat 60 procent van de ondervraagden denkt dat verdere rantsoenering van de zorg onvermijdelijk is.³⁰ Zelfs de Britten vrezen dat algemene toegankelijkheid van zorg op den duur niet kan worden volgehouden.³¹ Onderzoek uit 1995 in ons land leverde op dat 82 procent van de bevolking gelooft dat zij die meer kunnen betalen in 2020 betere zorg zullen krijgen.³² Tien jaar later bleek een grote meerderheid van ondervraagde Nederlanders zich zorgen te maken over komende ontwikkelingen ter zake van de kosten en capaciteiten van ons gezondheidszorgstelsel.³³

Slotakkoord

Eigen bijdragen kunnen worden beschouwd als een instrument om marktwerking aan de vraagzijde van de gezondheidszorg te bewerkstelligen. De veronderstelde ‘opbrengst’ van het gebruik van dit instrument zet echter geen zoden aan de dijk als het gaat om kostenbeheersing. Bovendien blijken uitzonderingsbepalingen niet te kunnen voorkomen dat (ook) in de zorg de tweedeling toeneemt. Wat eigen bijdragen vooral opleveren, is onrust en teleurstelling bij de burgers en zorgen over hun gezondheidszorgtoekomst. In dit verband mag worden verwacht dat de bij ons ingevoerde no-claim korting, straks aangevuld met keuzemogelijkheden inzake het eigen risico, de onrust zal vergroten. Je zult maar na bijna een jaar van goede gezondheid in december plotseling doodziek worden. Marktwerking aan de aanbodzijde dan maar? Daar is niets op tegen, maar verwacht er niet alle heil van. Overheden verkeren op dit punt in een soort roes, denkend dat de ont-

wikkelingen beheersbaar zijn. Die veronderstelling deugt niet. Gezondheidszorg heeft een volstrekt eigen immanente dynamiek, waarbij wetenschap en technologie als belangrijke aanjagers fungeren. Met al het gepraat over deregulering en privatisering blijkt in een samenleving waar de productie en consumptie van goederen en diensten in overwegende mate wordt overgelaten aan het particuliere initiatief³⁴, de overheid alleen maar te beschikken over het financiële aspect als beheersingsinstrument. Zij kan voorts conditioneren en corrigeren, maar moet voor het overige tolereren. Tegen deze achtergrond zou wat er aan beheersingsmaatregelen tot zo ongeveer de millenniumwisseling is doorgevoerd kunnen worden omschreven als het beëindigen van, wat ik noem, ‘collectief wangedrag’. Overheden, verzekeraars, aanbieders en patiënten hebben allemaal heel lang gedacht dat de koek niet op kon. Vroegtijdige waarschuwingen dat de zaak uit de rails zou lopen werden zo’n vijftieng jaar in de wind geslagen. De samenleving was immers maakbaar?! Toen, eindelijk, het besef doordrong dat dát nogal tegenviel, zijn nagenoeg alle EU landen budgettering gaan invoeren, denkende dat daarmee de uitgaven beheersbaar zouden worden. De werkelijkheid heeft anders uitgewezen. Bovendien is de effectiviteit van budgetteringssystemen niet eindeloos. Dit onderkende, verwachten diezelfde EU-overheden het heil nu van concurrentie tussen aanbieders op basis van prijskaartjes per product (DRG’s of DBC’s). Dat kan weliswaar nog veel opleveren, omdat het er vermoedelijk toe zal leiden dat die aanbieders met behulp van ICT hun bedrijfsprocessen zullen optimaliseren, maar het wordt echter pas echt interessant als we ook deze fase achter de rug hebben. Dan zal blijken dat de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in een samenleving die gebaseerd is op een systeem van particuliere ondernemingswijze productie niet of nauwelijks beheersbaar zijn. Allereerst omdat gezondheidszorg een zeer innovatieve sector is. Er gaat zo ongeveer geen dag voorbij of er verschijnt wel iets nieuws op de markt. Anders gezegd: progressieve druk is kenmerkend voor de gezondheidszorg.³⁵ Bijgevolg zal de spanning tussen groeiende uitgaven en het deel dat daarvan collectief zal worden gefinancierd toenemen. In de tweede plaats omdat onderzoek heeft uitgewezen dat er een positief verband bestaat tussen groeiende welvaart en uitgaven voor gezondheidszorg. Eenvoudig gezegd: als mensen meer te besteden hebben, zullen zij na het bereiken van een zeker niveau van behoeftebevrediging relatief meer aan gezondheidszorg uitgeven. Amerikaanse cijfers, in dit verband, tonen aan dat private medische consumptie als percentage van de totale private consumptie is toegenomen van 5,3 procent in 1960, via 10,3 procent in 1980 tot 15,3 procent in 2000.³⁶ Maar hoe moet dat dan op den duur met die solidariteit in de zorg? Dat wordt inderdaad hét probleem. Dat probleem wordt nu al jaren vooruitgeschoven. In plaats daarvan heb-

ben overheden gekozen voor verkrampt beleid om de solidariteit overeind te houden, voor het toenemend onder druk zetten van aanbieders en verzekeraars en voor regelgeving waarmee zo ongeveer alles controleerbaar is. De kosten worden echter nog steeds niet beheerst. Wel zijn intussen de verhoudingen tussen zorgpartijen gebaseerd op geïnstitutionaliseerd wantrouwen en neemt de ontmoediging in het veld toe. En intussen komt dat keuzeprobleem onafwendbaar op ons af. Er zal (periodiek) moeten worden afgesproken in hoeverre wij gezondheidszorg als een collectief goed willen definiëren. Noem dat het basispakket en laat de rest over aan de markt. Maar laat het daar niet bij. Voer periodiek, zeg eens in de vijf jaar, een solidariteitsdebat in het parlement op basis waarvan de solidariteitsruimte in macro-financiële termen voor de volgende periode wordt afgesproken. Bij die afspraken hoort ook het financieringselement, dat wil zeggen, óf verhoging van de belastingen om collectieve dekking te verzekeren, óf een uitruil met andere publieke uitgaven, óf het zorgaanbod verder overlaten aan de markt. Uiteraard behoren combinaties ook tot de mogelijkheden. Bij de keuze voor deze weg zou het goed zijn dat overheden zich realiseren dat (a) gezondheidszorg een dienstverlening is en derhalve politiek anders moet worden behandeld dan uitgaven voor sociale zekerheid, (b) gezondheidszorg bijdraagt aan economische groei, niet alleen vanwege de grote werkgelegenheid die het direct en indirect oplevert, maar ook vanwege de productiewaarde en de toegevoegde waarde die er mee gemoeid is. Sterker nog, een goede gezondheid van de burgers is een voorwaarde voor een gezonde economische ontwikkeling.



Prof. dr J. van der Velden

Koos van der Velden (1952) is hoogleraar Public Health en hoofd van de afdeling Sociale Geneeskunde bij het UMC St Radboud Nijmegen. Hij is eindverantwoordelijk voor het wetenschappelijk onderzoek, curriculaire en post-academisch onderwijs en ondersteuningsactiviteiten in binnen- en buitenland. Zijn aandachtsgebieden zijn public health & infectieziekten en gezondheidssystemen. Hij is voorzitter van het Europese Programma voor Influenza Surveillance (EISS) dat actief is in 28 landen.

Voorheen was Koos van der Velden decaan van de Netherlands School of Public Health.

Van 1985 tot 1997 was hij programmaleider huisartsgeneeskundig onderzoek bij het NIVEL in Utrecht. In die hoedanigheid is hij intensief betrokken geweest bij gezondheidszorghervormingen in een groot aantal landen van Midden en Oost-Europa en laatstelijk in de Russische Federatie. Zijn carrière begon hij als tropenarts in een middelgroot missieziekenhuis in Tanzania.

Koos van der Velden studeerde geneeskunde aan de Universiteit Utrecht, specialiseerde zich tot huisarts en later tot master of public health aan de London School of Hygiene and Tropical Medicine. In 1999 promoveerde hij aan de Erasmus Universiteit Rotterdam over het werk van de huisarts in Nederland.

Koos van der Velden is onder andere voorzitter van de Stichting Kwaliteit Gezondheidszorg Roemenië, voorzitter Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Leprastichting, lid van de Raad voor het Wetenschappelijk Onderzoek in het kader van Ontwikkelingssamenwerking.

Vanuit het perspectief van het algemene volksgezondheidsbelang

2 Is de mens ons nog een zorg

prof. dr J. van der Velden

Inleiding

Dat er iets aan het financieringssysteem van de Nederlandse gezondheidszorg moest veranderen is te billijken. Dat de minister de reuze-operatie aandurft, is in hem te prijzen. Echter de minister en zijn ambtelijk apparaat zijn in de fout gegaan tijdens de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet:

- Daar waar de patiënt centraal had moeten staan, staat nu de belastingdienst centraal.
- Daar waar handen aan het bed centraal hadden moeten staan, worden bureaucraten toegevoegd.
- Daar waar gezondheid centraal had moeten staan, wordt meer ziekte gecreëerd.
- Daar waar kwaliteit en zorg voor iedereen gegarandeerd moeten worden, komt grotere sociale ongelijkheid met grote sprongen op ons af.

We gaan op weg naar een samenleving met een gezondheidssysteem gedomineerd door een christelijke politiek met weinig mededogen voor de zwakken, een kille, liberale elite en weinig transparant en deskundig opererende ziektekostenverzekeraars. Politici en bestuurders met slechts oog voor de technisch-bureaucratische kant van de gezondheids-

zorg hebben Nederland in het grote zorgexperiment gestort. Voor mij zou de kern van het debat naar de betaalbaarheid van het gezondheidssysteem de zoektocht naar garantie op voldoende humaniteit moeten zijn, maar het woord humaniteit (of varianten daarop) is in het openbaar nog niet gevallen... Bij de Minister niet, bij de verantwoordelijke DG niet en in het parlement evenmin. Treurig.

Heeft de Minister zijn topambtenaren in de hand?

Het experiment dat Nederland nu te wachten staat, is goed voorbereid op het Ministerie van Financiën en de nodige ambtenaren van dat Ministerie zijn terecht gekomen op kernposten bij het Ministerie van VWS. De incentives voor het nieuwe zorgsysteem gaan derhalve vooral de financieel juridische economische kant op. Zorg, zo wordt gedacht, is business en dat vergt een strak financieel-juridisch economisch kader, geen humanitair gedachtegoed. VWS is verworden tot een kille machine van financieel, juridisch, economisch geschoolde medewerkers met hier en daar wat ex-zorgleners.

Hoe anders is het in vele andere Europese landen, waar vele werkers uit het veld en uit de wetenschap parttime banen op hun ministeries hebben en direct invloed mogen uitoefenen op beleidsontwikkeling. Natuurlijk moet er strak worden gemanaged – werd dat op basis van een op gezondheid gebaseerde visie ook maar eens gedaan – maar mag het op zijn minst ook wat meer inspirerend, oprechter en respectvoller naar patiënt, de zorg en de samenleving? Nederland lijkt overgeleverd aan een groep machtswellustelingen, die de Nederlandse zorg wel eens mores zullen leren. Maar zijn hun mores wel zo goed?

Kennis en kunde niet meer centraal

Goede gezondheidszorg is afhankelijk van een permanente instroom van wetenschappelijke kennis, juiste vaardigheden en attitude van hulpverleners. De wetenschappelijke verenigingen van specialisten, huisartsen en andere gezondheidsberoepen garandeerden deze instroom. Echter, deze zijn inmiddels door het Ministerie financieel grotendeels drooggelegd. Wat betreft de patiënt geldt de apert onjuiste vooronderstelling dat deze voldoende kennis in huis heeft om goede keuzen te maken. Het laat zich raden wat er zal gebeuren:

- handige grote-mond-specialisten voeren straks de boventoon in plaats van de deemoedige kundige artsen. Wie het nog niet in de gaten heeft: welke medisch specialisten gaan er op vooruit? Dat zijn de perifere specialisten die al veel testen / ingrepen doen, terwijl specialisten bij wie de zorg centraal staat er minder goed af zullen komen.

Ergers is dat niet duidelijk is wie garandeert dat elke arts de beste kennis en de beste vaardigheden inzet. De inspectie kan dat alleen maar achteraf toetsen.

- handige grote-mond-specialisten worden bezocht door handige grote-mond-patiënten, niet perse de slimste, die met elkaar budget opeten door esthetische chirurgie en andere onnodig reparatiewerk ten koste van de zwaar zieke veelal oudere patiënt wiens levenseinde nadert.
- de professionele autonomie van hulpverleners wordt aan banden gelegd door verzekeraars die niet worden gehinderd door enige kennis, mede een gevolg van de protocollering van het werk.

Men hoeft geen profeet te zijn om te voorzien dat de zorg kennisschraal en procesmanagement-intensief zal worden, hetgeen zal leiden tot gedemotiveerde en dus tot minder artsen en andere hulpverleners. Ik heb helaas genoeg gezondheidssystemen gezien waar deze situatie domineerde om te weten waar dit eindigt.

De zachte kant ondergeschoven

De sociale dimensie van gezondheid, ziekte en zorg heeft verloren, de centen gewonnen. Het is al een tijdje gaande, maar wie wel eens in een ziekenhuis, verpleeghuis of huisartsenpraktijk komt, weet van patiënten en hulpverleners dat er geen tijd is voor een praatje of een extra bezoekje, ook al zouden ze dat wel willen. De incentives van het nieuwe systeem zijn ook niet gericht op samenwerking van hulpverleners terwijl iedereen weet, dat nu juist dat de kern is voor optimale zorg en goede overleving bij ernstige aandoeningen. Illustratief is verder dat de voorlichting – typisch onderdeel van de zachte kant – over het nieuwe systeem al maanden hopeloos faalt en de verzekeraar zich vooral stil houdt tot de allerlaatste maand voor de start van het nieuwe systeem. Wel is er tijd te over en zijn er miljoenen voor gebrekkige ingewikkelde dure informatiesystemen op basis van DBC's.

De harde kant benadrukt

De harde biomedische kant van de zorg moet zich koning wanen, want die gaat gouden tijden tegemoet. Op zoek naar nog meer 'evidence' - dat is iets anders dan kennis en kunde – voor nog meer screening en interventies in een prachtig protocol. Dat er nog een mens in het spel is zien we steeds minder terug. De interessante vraag is, wat er met onze moderne dokters aan de hand is. Dreigen deze niet te verworden tot kille uitvoerders van steeds vaker door niet-medici bedachte protocollen? Hoeveel ruimte kan en mag de arts nog claimen om geneeskunst te bedrijven? De KNMG is op dit punt erg stil.

Een andere uiting van de harde kant is de strakke controle, op zich goed bedoeld voor transparantie en betere uitkomsten, maar het motto lijkt hier: wie vrijheid geeft, moet heel streng in controle zijn of zoals iemand mij toevertrouwde: het ultieme liberalisme kan wonderwel samengaan met het ergste controle-apparaat. Zo had ik er nog nooit tegenaan gekeken, maar onze minister en al zijn VVD-trawanten bij de Europese Commissie, Zorgverzekeraars Nederland en de Zorgautoriteit vinden het geen probleem.

Wat is de markt ons waard?

Naar mijn overtuiging kan een kwalitatief goede, toegankelijke zorg in Nederland met veel minder geld toe dan het lelijke apparaat dat wij nu in onze vingers hebben. De toekomst is aan de combinatie van een compact high-tech ziekenhuis en een voldoende omvangrijke thuiszorg terwijl veel meer aandacht voor preventie, navigatie van de patiënt door het systeem en samenwerking van hulpverleners op allerlei niveaus voor de hand ligt. Die kant lijkt het nieuwe stelsel niet uit te gaan, maar de minister heeft het ook niet gemakkelijk. Tegenover hem staat een mede door de politiek geschapen en zelfkritiek tekortschietend kartel van apothekers, tandartsen, specialisten, ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars die met elkaar wel veel kosten maken, maar daarvoor te weinig gezondheid produceren. Echter, het idee dat de markt de problemen van de minister kan oplossen is een verzinsel van mensen die het niet meer weten. Uiteraard kunnen delen van de zorg de markt op, maar niet een heel stelsel. De burger wordt een al dan niet terecht opeisende zorgconsument, terwijl de overheid op dit moment bijvoorbeeld de medische consumptie in de geneesmiddelenbranche niet in de hand heeft, evenmin als in de schaalvergroten ziekenhuizen die worden gefinancierd op basis van DBCs, een uit de hand gelopen hobby van medisch specialisten, waar de fraude is ingebouwd. De markt kan alleen werken onder strikte condities. Een sterke markt vergt vooral een sterke overheid, die de burger mondig maakt en betrokken houdt, samen met die burger de organisatorische versnippering aanpakt, financiële complexiteit tegengaat en hulpverleners en instellingen afrekent op de productie van gezondheid. Die sterke overheid ontberen wij simpelweg.

Het idee om de zorg op de schop te nemen was goed, maar doe het dan ook grondig en niet alleen de financiering. In de gezondheidszorg behoort de mens centraal te staan, niet de bureaucratie en niet de centen. Mijn hoop is gevestigd op de burgers van onze samenleving vooral wanneer zorgzaamheid en zorgvuldigheid weer voldoende aandacht krijgen, precies de kernzaken waarop onze huidige marktgeoriënteerde overheid het jammer genoeg laat afweten.



Mr dr A.P. den Exter

André den Exter (1966) is als universitair docent Europees Recht verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Zijn promotieonderzoek betrof een rechtstheoretisch onderzoek naar de inrichting van gezondheidszorgstelsels in enkele nieuwe EU-lidstaten, met als titel: "Health care law-making in Central and Eastern Europe: Review of a legal-theoretical model" (2002). Sindsdien publiceert hij met enige regelmaat over dit onderwerp en over aanverwante gezondheidsrechtelijke onderwerpen in de juridisch-wetenschappelijke tijdschriften. Den Exter is actief als voorzitter van de externe klachtencommissie verpleeg- en verzorgingshuizen 'Drechtsteden', voorzitter van de werkgroep Gezondheidsrecht van het Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM), secretaris van de Wetenschappelijke Kring voor Recht, Ethiek en de Gezondheidszorg (WKREG), alsmede lid van de raad van toezicht van de Rotterdamse gezondheidscentra.



Mr dr M.A.J.M. Buijsen

Martin Buijsen (1963), gezondheidsjurist en rechtsfilosoof, is als universitair hoofddocent verbonden aan het Erasmus Medisch Centrum/Erasmus Universiteit. Hij is hoofd van de sectie Gezondheidsrecht van het Instituut voor Beleid en Management van de Gezondheidszorg en verricht en coördineert tal van activiteiten op de terreinen van onderwijs en onderzoek.

Martin Buijsen heeft rechtsgeleerdheid en wijsbegeerte gestudeerd aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, alwaar hij in 1999 promoveerde. Hij publiceert veelvuldig op de gebieden van het gezondheidsrecht en de rechtsfilosofie.

Daarnaast is hij lid van medisch-ethische toetsingscommissies, klachtencommissies en adviescommissies. Martin Buijsen maakt deel uit van het bestuur van de Wetenschappelijke Kring voor Recht, Ethiek en Gezondheidszorg.

Vanuit het perspectief van het gezondheidsrecht

3 Gelijke toegang tot gezondheidszorg verzekerd?

Mr dr A.P. den Exter en mr dr M.A.J.M Buijsen

Inleiding

De ideeën van gelijkheid en rechtvaardigheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het enkele feit dat sociale *ongelijkheid* altijd om *rechtvaardiging* vraagt, illustreert dit reeds. De gezondheidszorg lijkt zich te kenmerken door het besef dat in deze context ongelijkheid (in de toegang tot voorzieningen) zich niet of nauwelijks laat rechtvaardigen. Van dit besef getuigt het positieve recht inzake het recht op gezondheidszorg, zoals dat in het internationale recht is vormgegeven.

In deze bijdrage zetten wij uiteen *hoe* het recht op gelijke toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen internationaal-rechtelijk gewaarborgd is, pogen we te verklaren *waarom* gelijkheid en rechtvaardigheid in de context van de gezondheidszorg welhaast synoniem zijn, en plaatsen we kritische noten bij enkele beleidsvoornemens met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg te onzent.

Het recht op gezondheidszorg

Het recht op gelijke toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen wordt in het internationale recht algemeen erkend als een fundamenteel mensenrecht, vastgelegd in diverse verdragteksten. Naast de verdragrechtelijke inbedding krijgt het recht op zorg vooral

betekenis door de invulling gegeven door nationale constitutionele bepalingen en wetgeving betreffende de gezondheidszorg. Niettemin fungeren de internationale bepalingen als universele (minimum) normen waaraan verdragspartijen - waaronder ook Nederland – zijn gehouden. De relevantie van het internationale recht betreft primair de invulling en het waarborgen van de norm, in dit geval het recht op gezondheidszorg. Het niet respecteren van de vastgelegde verdragsnorm door een lidstaat resulteert in een schending van de betreffende bepaling met mogelijk (juridische) consequenties.

Verdragrechtelijk wordt het recht op gelijke toegang tot zorg algemeen uitgelegd in termen van verplichtingen van de wetgever ten aanzien van de burger.³⁷ De bepaling dat 'iedere burger recht heeft op een zo hoog mogelijk niveau van bescherming van de gezondheid' (artikel 12 van het Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, IVESCR) duidt erop dat de overheid verplichtingen heeft ten aanzien van het aanbod, de organisatie en de financiering van gezondheidszorgvoorzieningen, en wel zodanig dat er geen ongerechtvaardigd onderscheid wordt gemaakt bij de toegang tot de noodzakelijke zorg. Deze algemene formulering zwijgt echter over de materiële inhoud en reikwijdte van het recht. In dit opzicht bieden toelichtende verdragscommentaren en in het kader van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) internationale sociale zekerheids-verdragen meer houvast.³⁸

Naast een concrete invulling van het begrip noodzakelijke zorg (bijvoorbeeld huisartsen-geneeskunde, tandheelkundige en verloskundige zorg) en de reikwijdte van het begrip noodzakelijke zorg, benoemen met name de IAO-conventies tevens de categorieën verzekerde personen en de condities waaronder de toegang tot zorg moet worden gewaarborgd. Daarmee kaderen deze internationale, alsook afgeleide Europese sociale zekerheidsverdragen de vrijblijvendheid van lidstaten in waar het gaat om de samenstelling van de 'vrij' toegankelijke gezondheidszorgvoorzieningen teneinde eenieder de toegang tot noodzakelijke zorg te waarborgen. Zowel de wetgever, alsmede de rechter, dienen in hun besluitvorming te toetsen aan deze verdragsnormen en de daarbij behorende geldende uitleg toe te passen. Het achterwege laten daarvan of een onjuiste interpretatie kan voor de wetgever ingrijpende gevolgen hebben.³⁹

Internationaal-rechtelijk gezien liggen vooral de invoering van eigen bijdragen bijzonder gevoelig, niet in de laatste plaats vanwege de zogenoemde non-regressiebepalingen. Deze bepalingen zijn ontleend aan het volkenrecht en omvatten een verbod om reeds gerealiseerde rechten (in casu zorgaanspraken) in te perken.⁴⁰ Eigen betalingen zijn namelijk bedoeld om de vraag naar zorg te reduceren en beperken daarmee de vrije toegang tot zorg. Slechts onder bijzondere omstandigheden kan een inbreuk op een non-regressie-

bepaling, en daarmee de invoering van eigen betalingen, worden gerechtvaardigd. Het is zeer de vraag of de no-claimteruggaafregeling en andere onderdelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw), in overeenstemming zijn met de eerder genoemde non-regressie-bepalingen dan wel een gerechtvaardigde inbreuk kunnen vormen op het recht van gelijke toegang tot zorg.⁴¹

Rechtvaardigheid en gelijkheid in de gezondheidszorg

Rechtvaardigheid is de vaardigheid om recht te doen. Eén van de reeds door Aristoteles onderscheiden vormen van rechtvaardigheid is de verdelende rechtvaardigheid. Het was ook Aristoteles die met betrekking tot deze rechtvaardigheid signaleerde dat ‘iedereen het er immers over eens [was] dat een verdeling rechtvaardig is als zij plaatsvindt naar verdienste’.⁴²

In de geschiedenis van het denken over rechtvaardigheid hebben velen getracht de inhoud van het verdienstebegrip te bepalen. Zo is het zeer gangbaar gebleken om verdienste op te vatten als *merite*. Aan eenieder overeenkomstig verdienste, zo redeneert men, en dan is het rechtvaardig dat de snelste atleet de gouden medaille ontvangt. Als er onderzoeksgelden te vergeven zijn, dan is het niet meer dan rechtvaardig dat de best presterende onderzoeker deze ontvangt. Is er een vacature, dan verdient de meest gekwalificeerde kandidaat de baan.⁴³

Maar, zoals Aristoteles ook al zag, rechtvaardigheid heeft tevens iets van doen met gelijkheid. Waarom bijvoorbeeld de reeds bestaande ongelijkheid vergroten door iemand die toch al meer wetenschappelijk talent bezit ook nog eens financiële voordelen te verschaffen? En is het zo onrechtvaardig de baan te geven aan iemand die weliswaar minder gekwalificeerd is maar een groep vertegenwoordigt die maatschappelijk ernstig achtergesteld is, en de baan derhalve harder nodig heeft? Dient, met andere woorden, de rechtvaardigheid niet juist de *gelijkheid*? En is het dan niet zozeer *merite* als wel *behoefte* op basis waarvan verdeeld zou moeten worden?⁴⁴

Aan het begrip van verdienste kunnen dus inhouden gegeven worden die welbeschouwd neerkomen op diametraal tegengestelde opvattingen van verdelende rechtvaardigheid. Beide weerspiegelen weliswaar intuïtieve noties van ons algemene morele bewustzijn, maar op zichzelf beschouwd staan ze – juist vanwege de verschillende inhouden van het verdienste-begrip – op zeer gespannen voet met elkaar.⁴⁵ Tegenwoordig aanvaardt men wel dat in een en dezelfde samenleving verschillende inhouden aan het begrip van verdienste naast elkaar kunnen worden toegekend: in de sport *merite*, behoefte in de bijstand etc. Gezegd wordt daarom dat er meerdere ‘sferen van rechtvaardigheid’ bestaan.⁴⁶

Wat nu in de gezondheidszorg geldt als verdienste blijkt zeer contextgebonden. Nadere beschouwing leert dat onderscheiden inhouden gegeven worden aan dit begrip. De gezondheidszorg blijkt uit twee ‘sferen van rechtvaardigheid’ te bestaan. Aan de verstrekkingzijde van het zorgstelsel vindt verdeling overduidelijk niet plaats volgens merite. De amateur-voetballer die zich op zaterdagmorgen blesseert, wordt geen zorg onthouden omdat hij zich heeft bezondigd aan een risicovolle bezigheid. Ook de roker met keelkanker krijgt de therapie voorgeschreven die hem van zijn gezondheidsprobleem moet afhelpen. En zelfs de onverzekerde illegaal die kampt met een medisch probleem, zal hulp ontvangen.⁴⁷ Dat verdienste aan de verstrekkingzijde niet de betekenis van merite heeft, blijkt onder meer uit de bezwaren die men heeft tegen voorstellen om werknemers in bedrijvenpoli’s sneller te helpen. Daarmee is niet gezegd dat ongelijke behandeling aan de verstrekkingzijde altijd onrechtvaardig geacht wordt, wel dat ongelijke behandeling slechts door een verschil in behoefte te rechtvaardigen is. Aan eenieder naar (medische) behoefte dus, en slechts naar (medische) behoefte.

Aan de premiekant van het stelsel van gezondheidszorg, waar de lasten verdeeld worden, lijkt ‘verdienste’ nadrukkelijk *niet* die betekenis te hebben. Aan deze kant wordt verdeeld op basis van merite. Onder de huidige wetgeving is dat nog inkomen, onder de nieuwe zal dat het vermogen zijn om verstandig tussen zorgverzekeraars te kiezen. Gezondheidsproblemen en hun determinanten lijken aan deze kant geen rol te mogen spelen. Daarmee is niet gezegd dat ongelijke behandeling aan de premiezijde altijd onrechtvaardig geacht wordt, wel dat ongelijke behandeling nimmer door een verschil in medische behoefte te rechtvaardigen is. Van eenieder naar merite derhalve.

Nieuwe ongelijkheid in de gezondheidszorg: de no-claimteruggaafmaatregel

Per 1 januari 2005 is de Ziekenfondswet gewijzigd in verband met de invoering van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat.⁴⁸ Ingevolge de no-claimteruggaafmaatregel zijn ziekenfondsen wettelijk verplicht om na het eind van elk kalenderjaar een no-claimteruggaaf uit te keren. Individuele verzekerden van achttien jaar en ouder voor wie een nominale premie verschuldigd is, krijgen aanspraak op een no-claimteruggaaf van maximaal 255 euro. Mochten er geen zorgkosten worden gemaakt, dan ontvangen zij dit bedrag van hun ziekenfonds; indien er wel zorgkosten worden gemaakt, doch voor minder dan het genoemde bedrag, ontvangen zij een no-claimteruggaaf ter grootte van het verschil tussen 255 euro en de gemaakte zorgkosten. Voor enkele verstrekkingen gelden afwijkende regels. Per 1 januari is tevens het eigen risico voor particulier verzekerden met

een standaardpakketpolis verhoogd tot 250 euro. Door de introductie van de no-claimteruggaafregeling – die na de stelselwijziging zal blijven bestaan – hoopt men dat verzekerden meer afgewogen gebruik gaan maken van medische voorzieningen, dat daarmee de kostenstijging zal afnemen, en dat dit vervolgens zal leiden tot gemiddeld lagere kosten voor de verzekerden.⁴⁹ De no-claimteruggaafmaatregel wordt evenwel door velen onrechtvaardig geacht. Indachtig het voorgaande is het niet moeilijk om in te zien waarom. De maatregel maakt namelijk het niet gebruiken van voorzieningen van gezondheidszorg medebepalend voor de premielast. En deze voorzieningen worden niet aangesproken, wanneer er geen behoefte bestaat, wanneer er – met andere woorden – geen gezondheidsproblemen zijn. Vooral chronisch zieken zullen door deze maatregel onevenredig hard getroffen worden. Juist voor mensen die meer dan anderen structureel op voorzieningen van gezondheidszorg aangewezen zijn, vermindert de (financiële) toegankelijkheid. Met andere woorden, vanwege verschil in medische behoefte ontstaat ongelijke behandeling aan de premiezijde.⁵⁰

Nu zou men kunnen aanvoeren dat de in de vorige paragraaf gepleegde inhoudsbepaling van het verdienstebegrip voor de gezondheidszorg (behoefte aan de verstrekkingenzijde, merite aan de premiezijde) slechts de vrucht is van filosofische speculatie. Dit bezwaar zou gegrond zijn als niet het (internationale) positieve recht zoveel aanknopingspunten bood. Zo zag de Raad van State in zijn advies de no-claimteruggaafregeling materieel als een verkapte vorm van eigen betalingen.⁵¹ Dergelijke verplichte betalingen kunnen een inbreuk maken op het subjectieve recht van (categorieën van) personen, voor zover er sprake is van een achteruitgang in reeds gerealiseerde aanspraken op zorg ('non-regressie bepaling').

Welnu, zojuist werd geconstateerd dat juist de no-claimregeling chronisch zieken onevenredig hard treft. Weliswaar komt de overheid de burger tegemoet met de zogenaamde 'zorgtoeslag',⁵² maar wanneer die toeslag de voorgestelde kostenverhoging bestaande uit het verlies van het no-claimbedrag, de verplichte zorggebonden eigen bijdragen en een hogere nominale premie onvoldoende compenseert, dan werpt zij daarmee een drempel op voor de toegang van zorg, die kan wordt aangemerkt als een beperking in de zin van artikel 2 lid 1 IVESCR. In dat geval dient de Nederlandse Staat het belang van een dergelijk beperkende maatregel aan te tonen, waarbij een 'strong presumption of impermissibility of any retrogressive measure' geldt. Mede op basis van eerdere uitspraken van het Verdragsorgaan kan worden geconcludeerd dat louter doelmatigheidsoverwegingen onvoldoende zwaarwegend zijn om een dergelijke inbreuk te rechtvaardigen.⁵³ Soortgelijke non-regressie bepalingen zijn te vinden in de Europese Code inzake soci-

ale zekerheid.⁵⁴ Met enige reserves kan men concluderen dat het bijzondere deel van de Code (Deel VI) in geval van arbeidsongevallen en beroepsziekten deze eigen betalingen niet toestaat.⁵⁵ Reeds eerder heeft het toezichthoudend Comité van Ministers hiervoor de Zwitserse regering op de vingers getikt vanwege het invoeren van eigen betalingen bij bijzondere risico's.⁵⁶ Mede in het licht van deze uitspraak is het niet onwaarschijnlijk dat de Centrale Raad van Beroep zijn reeds eerder geopperde verdragrechtelijke bezwaren tegen de toenmalige eigen bijdragen voor kraamhulp zal doortrekken naar de zorggebonden verplichte eigen betalingen en de no-claimteruggaafregeling.⁵⁷ Mocht dat zo zijn, dan betekent dat het einde van de eigen bijdragen. Daarmee ligt het lot van de eigen bijdragen in handen van de rechter.⁵⁸

Nieuwe ongelijkheid in de gezondheidszorg: de Zorgverzekeringswet

Het recht op gelijke toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg staat ook op andere wijzen onder druk. Zoals genoegzaam bekend zal zijn, kent de Zvw-systematiek van gereguleerde concurrentie zogeheten 'solidariteitselementen': een acceptatieplicht (aan de zijde van zorgverzekeraars, met een bijbehorende verzekeringsplicht voor de burger) voor een door de overheid samengestelde basisverzekering, een verbod op premiedifferentiatie en risicoselectie, en de verplichte participatie aan een systeem van risicoverevening.⁵⁹ Dit laatste element herbergt mogelijk gevaren.

De Zorgverzekeringswet gaat uit van ex ante risicoverevening, waarbij verzekeraars in grote mate risicodragend zijn. Het risicodragende karakter moet verzekeraars ertoe aanzetten efficiënter zorg in te kopen, anders prijzen zij zich door hogere premies uit de markt. Ook de huidige Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ 1998) kent een vorm van risicoverevening, maar anders dan in de Zorgverzekeringswet is die verevening niet risicodragend. Welnu, door de verevening risicodragend te maken dwingt de overheid zorgverzekeraars bepaalde verzekeringsrisico's - en daarmee bepaalde verliezen - te accepteren die zij onder normale bedrijfsomstandigheden niet onder dezelfde voorwaarden zouden verzekeren. De doelmatigheidsprikkel doet daar niets aan af. Onder dergelijke omstandigheden moet niet worden uitgesloten dat zorgverzekeraars, ondanks de algemene acceptatieplicht, alsnog op indirecte wijze aan risicoselectie zullen doen teneinde de kosten te drukken. De ervaring leert immers dat verzekeraars in staat zijn bepaalde ongunstige risico's te weren door selectieve marketingtechnieken toe te passen, al dan niet in relatie tot aanvullende verzekeringen. Hierdoor kunnen potentiële verzekerden die gelden als risicovol (chronisch zieken en ouderen) worden ontmoedigd om bij een verzekeraar polissen af te sluiten.

Risicoselectie kan tevens worden bewerkstelligd door het beperkt contracteren van bepaalde typen zorg, met kunstmatig gecreëerde wachtlijsten als gevolg, of door het contracteren van zorg die nauwelijks aan de kwaliteitseisen voldoet. De keuze voor een andere verzekeraar met een ruimer aanbod aan (wellicht in het buitenland) gecontracteerde zorgaanbieders ligt dan voor de hand. Door de opheffing van de contracteerplichting van ziekenhuisinstellingen, behoudens bepaalde uitzonderingen, en gegeven de mogelijkheid om periodiek van verzekeraar te veranderen, zullen risicovolle verzekerden opteren voor de zorgverzekeraar met een ruimer aanbod van diensten tegen een vaak hogere premie. Met een dergelijke geraffineerde strategie, waardoor dus de risicovolle verzekerde als het ware gedwongen wordt zijn keuzevrijheid te benutten, kunnen zorgverzekeraars het verbod op risicoselectie omzeilen en kan voor bepaalde categorieën verzekerden de (financiële) toegang tot zorg worden bemoeilijkt.⁶⁰

De onrechtvaardigheid van deze aspecten van de Zorgverzekeringswet is niet zozeer gelegen in het feit dat de hoogte van het inkomen als criterium voor de verdeling van de lasten aan de premiezijde enigszins wijkt voor het vermogen om verstandig te kiezen (tussen verzekeraars) als wel in het feit dat ook hier behoefte aan gezondheidszorg – dus het hebben van medische problemen – medebepalend kan zijn voor de individuele premielast. Nogmaals, ongelijke behandeling aan de premiezijde zal het gevolg zijn, en wel als gevolg van verschillen in medische behoefte.

In potentie zijn deze aspecten van de Zorgverzekeringswet niet minder onrechtvaardig dan de no-claimteruggaafregeling. Daarmee is de verhouding van de Zorgverzekeringswet tot het internationale recht in dit opzicht niet minder problematisch.

Slotsom: nieuwe onrechtvaardigheid in de gezondheidszorg

Gelijkheid en rechtvaardigheid liggen dicht bij elkaar in de gezondheidszorg. Dat juist hier verschillen zich niet of nauwelijks laten rechtvaardigen, is gegeven met de verschillende betekenissen die in deze context aan ‘rechtvaardigheid’ gegeven wordt. We achten het onrechtvaardig dat we aan de verstrekkingenzijde van een stelsel van gezondheidszorg andere criteria hanteren dan behoefte. Louter en alleen behoefte aanvaarden we daar als verdelend principe. We houden het evenzeer voor onrechtvaardig wanneer datzelfde criterium aan de premiekant de lastendruk meebepaalt. Positiefrechtelijk komt een en ander tot uitdrukking in de internationaal-rechtelijke erkenning van het recht *van eenieder* op toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg, van het recht op *gelijke* toegang tot deze voorzieningen derhalve.

Aan gezondheidszorg als voorziening worden dus hele bijzondere morele en juridische eisen gesteld. Waarom dat is, ligt min of meer voor de hand. Gezondheid is een bijzonder goed. Moraalfilosofen noemen gezondheid wel een typisch voorbeeld van een intrinsiek of primair goed.⁶¹ Haar ‘goedheid’ ontleent het niet aan een nog hoger (of fundamenteeler) goed. Terwijl gezondheid haar goedheid zelf wel meedeelt (zo is gezondheidszorg goed, instrumenteel goed dus, omdat gezondheid goed is), leent de goedheid van gezondheid zich op haar beurt niet voor logische bewijsovervoering. Gezondheid moet wel *van zichzelf* goed zijn, en dit kunnen we alleen maar staven met de uitspraak dat dat evident is. Omdat een goed als gezondheid zijn waarde niet ontleent aan een hoger goed, vormt het als primaire reden ook altijd vertrekpunt van praktische redeneringen. Omdat stelsels van gezondheidszorg altijd de producten zijn van decennialang – zo niet eeuwenlang – praktisch redeneren, kan gezegd worden dat de bijzondere betekenis van rechtvaardigheid in deze context van de gezondheidszorg de vrucht is van een voortdurend beter verstaan van het fundamentele belang van gezondheid. Van dit belang zijn we zo doordrongen geraakt, dat alleen al de afwezigheid van gezondheid toewijzing van gezondheidszorg reeds rechtvaardigt; het fundamentele belang van gezondheid is voor iedereen zo evident dat zij om precies die reden bij de verdeling van de lasten aan de premiezijde van gezondheidszorgstelsels buiten beschouwing blijft.⁶²

Zoals gezegd vinden deze moeizaam verworven morele inzichten inmiddels hun juridische vertaling in het internationaal-rechtelijk erkende recht op gelijke toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg. Partijen bij mensenrechtenverdragen hebben de opdracht om ook dit recht te verwerkelijken. Bijzonder is evenwel dat dit sociale grondrecht geruggesteund wordt door non-regressiebepalingen, hetgeen ongetwijfeld samenhangt met het fundamentele belang van gezondheid. Elke stap in het proces van verwerkelijking van het recht op gelijke toegang tot gezondheidsvoorzieningen is daarmee geborgd. Er is geen weg terug. Met de invoering van de no-claimteruggaafmaatregel en de Zorgverzekeringswet lijkt de Nederlandse wetgever evenwel een tegengestelde koers te willen volgen.



Prof. dr. Doeke Post

Doeke Post heeft zijn medische opleiding aan de Vrij Universiteit in Amsterdam voltooid in 1966. Van 1967 tot 1982 is hij apothekhoudend huisarts geweest in Wezep. In 1980 promoveerde hij aan de VU op het onderwerp 'De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten'. Hij heeft daarna de opleiding Sociale Geneeskunde in Leiden gevolgd en werd adviserend geneeskundige bij het Regionaal Ziekenfonds Zwolle, het latere Groene Land Achmea. Vanaf 1992 heeft hij de leerstoel Sociale Geneeskunde aan de Universiteit Groningen bekleed. Als hoogleraar in dat vak hield hij zich nadrukkelijk bezig met de organisatie, de structuur en de financiering van de gezondheidszorg.

In de jaren '90 was hij lid van de drie staatscommissies: de commissie Keuzen in de zorg (Dunning), de commissie "Modernisering Curatieve Zorg" (Biesheuvel) en de commissie "Modernisering Ouderenzorg" (Welschen). Daarnaast was hij lid van commissies van de Raad voor de Volksgezondheid, de voormalige Ziekenfondsraad en de Gezondheidsraad. Hij is lid van de fractiebegeleidingscommissie van de CDA-Tweede Kamerfractie.

Hij publiceerde met name over de organisatie en financiering van de zorg, maar ook over vele ethische onderwerpen. En schreef meerdere boeken over deze onderwerpen.

Vanaf 2004 is hij met emeritaat en heeft de tijd om zich verder te verdiepen in de ombouw van ons zorgstelsel. Hij schrijft daarover en geeft er lezingen over.

Vanuit het perspectief van de organisatie van het zorgstelsel

4 De Nieuwe Zorgwet en de solidariteit. Een commentaar

Prof. dr Doeke Post

De nieuwe zorgwet is er door en zal in 2006 worden ingevoerd en dat is een omwenteling in het systeem van de gezondheidszorg. Hoe we ook mogen denken over de aard van deze wet, het is toch wel heel opmerkelijk dat het gelukt is om de jarenlange discussie over de vorming van een verzekering voor alle Nederlanders tegen ziektekosten eindelijk te besluiten met de realisatie van een eenvormige wet daaromtrent. Nog opmerkelijker is het dat die wet precies 60 jaar na de ingang van de Ziekenfondswet in werking treedt. In dit artikel zal ik een korte terugblik geven en analyseren hoe het mogelijk is dat deze wet nu wel tot stand is gekomen. Maar het hoofdbestand van deze bijdrage wordt gevormd door mijn commentaar op deze wet en over de toekomstige ontwikkelingen die we tegemoet kunnen zien. Immers de geluiden uit de samenleving zijn van een dergelijke aard dat we mogen verwachten dat in een volgend kabinet grote aanpassingen zullen en moeten plaatsvinden. Ik zal suggesties geven voor die aanpassingen.

Korte terugblik

Sinds de eerste ideeën over een ziekenfondswet in het begin van de 20e eeuw is er veel discussie geweest over de inrichting van ons gezondheidszorgstelsel. Het heeft jaren geduurd alvorens we tot een ziekenfondswet kwamen. Politiek en beroepsbeoefenaren

blokkeerden telkens maar weer de totstandkoming ervan. Meerdere malen is een serieus wetsontwerp aan de Kamer aangeboden. Door de invloed van met name de artsenorganisatie maar ook door politieke controversen werd tegengestemd. Artsen hadden het idee dat door de komst van een ziekenfondswet hun particuliere inkomsten onder druk zouden komen te staan. Belangen dus. Het is het dictaat van de Duitse bezetting geweest die een eind aan de discussie maakte en die ervoor zorgde dat een ziekenfondsbesluit werd ingevoerd. Mensen onder een bepaalde inkomensgrens werden verplicht verzekerd en betaalden daarvoor een percentuele premie grotendeels gecompenseerd door de werkgever. Het heeft echter tot 1966 geduurd alvorens een echte Nederlandse wet in werking trad. De discussie van voor de Tweede Wereldoorlog werd gewoon weer voortgezet. In die tijd leefde ook al het idee om een nationale volksverzekering te formeren. Na de invoering van de Ziekenfondswet werd dat een aandachtspunt en al in 1966 vermeldde de toenmalige minister van Sociale Zaken Veldkamp in zijn Volksgezondheidsnota dat er een verzekering moest komen tegen ziektekosten voor alle Nederlanders. Hij kreeg de handen er niet voor op elkaar en voerde toen alleen een verzekering in tegen onverzekerbare risico's, de AWBZ.

Menig poging volgde. Staatssecretaris Hendriks probeerde het in 1974 en zijn collega Van der Reijden deed ook weer een poging in de jaren tachtig. Een heel serieuze poging was die van staatssecretaris Simons in de beginjaren negentig. Hij was er bijna in geslaagd maar opnieuw waren er weer allerlei tegenstellingen in gezondheidszorgveld en politiek die de realisatie van een volksverzekering verhinderden.

In 1993 was de Kamer het zat en stelde een onderzoek in hoe het nu toch kwam dat het maar steeds niet lukte om tot een nationale volksverzekering te komen. De commissie Willems onderzocht dat en kwam tot de conclusie dat steeds maar weer de belangen- tegenstellingen en de politieke controversen een innovatie van ons verzekeringsstelsel verhinderden. Belangentegenstellingen werden gevonden bij de verzekeraars maar ook bij de beroepsorganisaties. De politieke tegenstellingen manifesteerden zich vooral in de aard van de toekomstige verzekering. Moest deze een sociale verzekering worden of meer een private aangelegenheid? Het klassieke patroon tussen rechts en links in de politiek.

Toch gelukt

Hoe kan het dat in een kabinet na de parse combinatie het toch lukte om tot een nieuwe zorgwet te komen? De analyse is interessant in het licht van de voorgaande beschouwing. Immers geen enkele politieke combinatie slaagde in een realisering van een volksverzekering. Dat begrip hoorde te veel bij linkse ideeën en daarom werd ook steeds

gesproken over een basisverzekering al is dat precies hetzelfde als de eerder beoogde volksverzekering.

De VVD werd het departement van Volksgezondheid toegeschoven om de klus te klaren. Van de liberalen was bekend dat zij eigenlijk een private verzekering wilden hebben: een schadeverzekering. Ook was bekend dat zij de marktwerking in de zorg als een soort privatiseringsoperatie wilden invoeren. De ideologie achter het nieuwe concept was duidelijk die van de vrije markt met een premie niet naar draagkracht maar voor iedereen gelijk. Dat past in het marktconcept.

Het CDA had op grond van zijn vroegere beleidsuitgangspunten tegengas kunnen geven. Immers de basis van de christelijke politiek is solidariteit, omzien naar de naaste, sociale structuren als basis voor de samenleving. Helaas is het CDA meegegaan in de liberale ideologie al moet worden gesteld dat enkele CDA-standpunten in de nieuwe wet terug te vinden zijn, maar dan niet als essentiële en structurele zaken maar als een geringe correctie op de toch wel extreme liberale standpunten van minister Hoogervorst. Zo zien we dat er een wet op de Zorgtoeslag is gekomen die de minder bedeelden de mogelijkheid geeft om hun premie te betalen. Het CDA heeft sterk de nadruk gelegd op de verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid en heeft vergeten dat ziekte iets is dat voor een groot deel de mens overkomt en dus vraagt om solidariteit. De CDA-senator Hannie van Leeuwen heeft de combinatie van solidariteit en eigen verantwoordelijkheid als uitgangspunt genomen bij de beoordeling van de wet op de zorg, maar is toch meegegaan in de liberale ideologie van de markt en heeft het draagkrachtbeginsel te weinig aan de orde gesteld en als principe gehanteerd.

Dat er dus een nieuwe wet is gekomen is louter te danken aan de liberale opstelling van het CDA in dezen. Men kon om electorale redenen ook niet veel anders dan meegegaan met de VVD: een kabinetscrisis zou voor alle partijen desastreus geweest zijn in de huidige tijd: de stemming van de bevolking is redelijk negatief over het beleid van dit kabinet.

Uitgangspunten van de nieuwe zorgwet

Ik gaf al duidelijk aan dat de nieuwe wet gebaseerd is op het principe van een private wet met daarbij enige publieke randvoorwaarden. De wet lijkt in alle opzichten op een schadeverzekering. De premie die de burger zelf moet betalen is nominaal: iedereen betaalt dezelfde premie. Voor de werkenden is er een door de werkgever te betalen percentage premie. Mensen zonder werkgever, zelfstandigen en ook de ouderen moeten die premie ook zelf betalen. Het zal duidelijk zijn dat het draagkrachtprincipe dat we in de ziekenfondswet vonden, is verlaten. De solidariteit wordt gevonden, aldus het kabinet, in

een zorgtoeslag die degene die de nominale premie niet kan opbrengen, zal krijgen. Het is nu al bekend dat 6 miljoen Nederlanders voor die zorgtoeslag in aanmerking komen. De reeds ingevoerde no-claim wordt voortgezet in de nieuwe Zorgwet. Een heel belangrijk uitgangspunt is de kostenbeheersing in het nieuwe systeem. Een heel prominente drive voor het invoeren van de nieuwe zorgwet is het feit dat de kosten uit de hand dreigen te lopen, althans dat is de mening van het huidige kabinet. De vergrijzing is daarvoor de grootste factor. Het is opmerkelijk dat men dit item aangrijpt om de noodzaak voor een nieuwe wet te onderstrepen. Immers het is zeker niet wetenschappelijk aangetoond dat de vergrijzing tot grote problemen zal leiden. In andere landen waar het percentage ouderen hoger is dan bij ons, is het niet tot een probleem geworden om de zorgkosten op te brengen. Ook in ons land lijkt het erop dat door de grotere draagkracht van ouderen een groot deel van de zorgkosten kan worden opgebracht. Daarenboven is nog nooit serieus onderzocht wat een verhoging van de totale lasten op de economische ontwikkeling voor invloed heeft. Ik heb meermalen gepleit voor een verhoging van de ziekenfondsloongrens met behoud van de percentuele premie. Dat zou hebben ingehouden dat langzamerhand iedereen in het ziekenfonds zou zijn gekomen terwijl dan de hogere inkomens een grotere bijdrage zouden leveren: de ware inkomenssolidariteit.

Gevolgen van de nieuwe wet

Natuurlijk is niet alles te overzien. Doch één ding is wel duidelijk. Een kostenbeheersingstactiek op grond van marktwerking zal de totale kosten niet doen dalen, noch de stijging in bedwang houden. Overal waar wordt geprivatiseerd en de markt ingevoerd zien we forse kostenstijgingen. Dat zal nog meer gelden voor de zorgsector die absoluut geen markt zal toelaten. Alle voorwaarden voor een echte markt zijn niet aanwezig: de patiënt is geen consument in financiële zin, maar is gedekt door een verzekering. De concurrentie zal nauwelijks optreden als het om de zorgaanbieders gaat. En bij de zorgverzekeraars zullen wettelijke regelingen de echte markt blokkeren. Zorg is geen markt en zal het ook nooit worden. De aard van de zorg, gekenmerkt door een intermenselijk gebeuren vanuit een gevoel van barmhartigheid, past niet bij een markt.

Kosten zullen niet worden beheerst en we mogen verwachten dat juist de stijging van de kosten een feit zal worden. Dat heeft grote consequenties en die zullen we zien in de vorm van een verkleining van het verstrekkingenpakket en een overheveling naar de aanvullende verzekering. Deze verzekering heeft een schadekarakter en degene die het niet kan betalen zal daarvan de dupe worden: chronisch zieken met een smalle beurs. Immers hier wrekt zich echt het gebrek aan solidariteit. Ook zal er verwacht kunnen worden dat

de eigen bijdragen zullen stijgen als er meer kosten worden gemaakt. En ook dat zal voor de veelgebruikers van zorg: de chronisch zieken en gehandicapten tot problemen kunnen leiden. Minister Hoogervorst heeft in meerdere interviews al duidelijk aangegeven dat hij het logisch vindt dat de gebruikers ook meer betalen. Zijn no-claim is daar ook een voorbeeld van. Het past ook in de liberale gedachtegang dat mensen die meer schade veroorzaken ook meer daarvoor betalen.

En zal de bureaucratie verminderen? Het feit dat er honderden ambtenaren bijkomen om de zorgtoeslag uit te rekenen en uit te betalen, duidt er al op dat de bureaucratie zal toenemen. Ook de no-claim vraagt een enorme administratie. En denk ook maar eens aan de uitvoering van het DBC-systeem, de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen die nodig zou zijn om de concurrentie en de marktwerking in die sector te realiseren.

En nu verder

Van alle kanten wordt duidelijk gemaakt dat de markt de solidariteit ondermijnt. En juist die solidariteit is het morele uitgangspunt van de zorg en past ook in onze Nederlandse traditie. De gelijke toegang tot alle zorgvormen moet blijven worden gegarandeerd.

Vanuit de bevolking hoort men die roep om solidariteit. Er is veel kritiek op het huidige gebeuren en dat geeft aan dat de volgende verkiezingen wel eens die solidariteit in de zorgsector tot een uitgangspunt kan hebben.

De punten die dan aan de orde zouden moeten komen, zullen moeten gaan over het herstel van de solidariteit. Dat zou inhouden dat de nominale premie moet worden vervangen door een totale percentuele premie, Dat houdt ook in dat de no-claim moet verdwijnen. En als het noodzakelijk is om financieel rond te komen om een eigen bijdrage te heffen, zal dat ook naar draagkracht moeten gebeuren waarbij vooral de chronisch zieken, de gehandicapten en de ouderen die veel zorg nodig hebben worden gespaard. Een betere verdeling van de premie over de inkomensgroepen waarbij de hogere inkomens duidelijk meer bijdragen zou een speerpunt moeten worden.

Heel belangrijk is ook dat het maken van winst, zowel door de verzekeraars als door de zorginstellingen gaat verdwijnen. Hulp bij ziekte is geen onderwerp waarmee men winst zou moeten kunnen maken. Als door een grotere doelmatigheid er kosten kunnen worden bespaard, kunnen die ten goede komen aan nieuwe investeringen in de zorg.

Heel belangrijk blijft de kostenbeheersing. Er zijn genoeg ervaringen opgedaan in het verleden om kostenbesparingen te realiseren. Daar hebben we echt de markt niet voor nodig.

Tot slot

De nieuwe zorgwet zoals ik mijn analyse wil besluiten is een wet gebaseerd op de liberale uitgangspunten waar de solidariteit slechts marginaal tot uiting komt. Het valt het CDA te verwijten dat ze de solidariteit als basis van het christelijk-sociaal denken niet beter naar voren heeft laten komen in de huidige wet. Immers solidariteit is niet weg te denken uit de christelijk sociale ethiek, zoals de emeritus hoogleraar ethiek, Schroten, onlangs nog eens schreef. Het probleem is dat het CDA met de VVD de verzorgingsstaat als een probleem is gaan zien, terwijl juist de linkse partijen nog steeds die verzorgingsstaat omhelzen en deze willen moderniseren. Verzorging in de zin die we de afgelopen decennia hebben gehad, moet worden gewijzigd zoals de maatschappij zich ook heeft gewijzigd. Er is meer oog voor eigen verantwoordelijkheid en dat zal ook in het beleid naar voren moeten komen. Maar om dat te vertalen in de zorg naar een volkomen individualisatie met een nadruk op zelfverantwoordelijkheid en dus ook zelf daarvoor te betalen, dat gaat te ver en zal door de burgers niet worden geaccepteerd. Markt en zorg gaan niet samen en we moeten dat de komende jaren met kracht proberen te ontzenuwen en het beleid daarop corrigeren.



Prof. dr M.A. Verkerk

Marian Verkerk (1957) is hoogleraar Zorgethiek en hoofd van het Expertisecentrum Ethiek in de Zorg van het Academisch Ziekenhuis Groningen. Zij is betrokken bij en uiteindelijk verantwoordelijk voor onderzoek, onderwijs en consultancy-activiteiten. Daarnaast is zij hoofd van de sectie Metamedica binnen de Discipline-groep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Voor het medisch curriculum van de initiële opleiding is zij coördinator voor de lijn Reflectie.

Eerder heeft Marian Verkerk ethiek gedoceerd aan de faculteit Wijsbegeerte van de Universiteit Utrecht en de Erasmus Universiteit Rotterdam. Van 1995 tot 2000 bekleedde zij de Socrates leerstoel Ethiek in de Zorg aan de Rijksuniversiteit Groningen. Marian Verkerk heeft wijsbegeerte gestudeerd aan de Universiteit Utrecht en Universiteit van Amsterdam. In 1985 promoveerde zij aan de Universiteit Utrecht met het proefschrift Ethiek en Welzijnsbeleid. Zij publiceert veelvuldig op het gebied van zorgethiek, chronische zorg, palliatieve zorg, psychiatrie en organisatie-ethiek.

Marian Verkerk is onder andere lid van de landelijke toetsingscommissie Euthanasie Zuid-Holland/Zeeland, lid van de Beraadsgroep Gezondheidsrecht en Ethiek van de Gezondheidsraad.

Vanuit ethisch perspectief

5 Zorg is geen product dat je op de markt kunt verhandelen

Prof. dr M.A. Verkerk

Morele bezorgdheid

Private klinieken voor specifieke behandelingen, bedrijvenpoli's, meer concurrentie tussen zorgaanbieders, een marktgericht zorgverzekeringsstelsel: de economisering heeft zijn intrede gedaan in de gezondheidszorg. Die ontwikkeling roept ook nieuwe ethische vragen en dilemma's op. Welke behandelingen worden bijvoorbeeld straks nog in het basispakket van de zorgverzekering opgenomen en welke niet? Krijgen patiënten voorrang wanneer zij bij een bepaalde zorgverzekeraar zijn verzekerd? Leidt de no-claim teruggave naar een verminderde solidariteit in de gezondheidszorg?

De bezorgdheid over de invloed van economisering op de markt richt zich vooral op het behoud van de maatschappelijke en professionele waarden die vanouds aan zorg verbonden zijn. In het laatste signalement van het *Centrum voor Ethiek en Gezondheid* over 'Economisering van zorg en beroepsethiek'⁶³ wordt tot de maatschappelijke waarden onder andere gerekend: gelijkheid van behandeling, toegankelijkheid van gezondheidszorg en een rechtvaardige verdeling van middelen. Deze maatschappelijke waarden worden geborgd in wet- en regelgeving. Daarnaast zijn er medisch-ethische en professionele

waarden zoals het recht op zelfbeschikking van de patiënt, professionele autonomie en urgentie op basis van medisch-ethische criteria. Het publieke debat vreest een inbreuk op die waarden als gevolg van de economisering. Een voorbeeld. Het nieuwe financieringsstelsel van behandelingen - de zogenaamde Diagnose BehandelCombinaties (DBC's) - plaatst aan elke afzonderlijke behandeling een prijskaartje. Ziekenhuizen worden zo gestimuleerd om openlijk met elkaar te concurreren. Deze vorm van marktwerking maakt het mogelijk voor ziekenhuizen interessant om dure, verliesgevende operaties tot een minimum te beperken, en meer ingrepen te doen die juist veel geld opleveren. En juist dat laatste druist in tegen de beroepsethiek van dokters. Die ethiek is in wezen heel eenvoudig: zij moeten mensen beter maken, door hen de best mogelijke behandeling voor te schrijven. Economische belangen zouden daarbij geen rol mogen spelen. Door marktprikkels in de zorg te introduceren komt die beroepsethiek onder spanning te staan, zo luidt de redenering. Nog een tweede voorbeeld. Dokters moeten bij medische beslissingen steeds meer rekening houden met bedrijfsbelangen of met het beleid van de zorgverzekeraar. Het gebeurt nu al dat dokters van de zorgverzekeraar niet de beste, maar alleen een 'kosten-effectievere' (lees: goedkopere) behandeling mogen voorschrijven. Binnen de revalidatie kun je bijvoorbeeld kiezen tussen een traditionele prothese of een computergestuurde prothese. In het eerste geval bepaalt de prothese hoe de patiënt loopt, in het tweede geval bepaalt de patiënt dat zelf weer. Voor een revalidatiearts zal de keuze voor de hand liggen. Maar een computergestuurde prothese is wel drie keer zo duur als de traditionele. Een verzekeraar zal daarom eerder geneigd zijn de traditionele prothese te vergoeden, want die werkt op zich prima. Dat roept de vraag op wat eigenlijk adequate zorg is. Is dat maximale zorg, of zullen we in voorkomende gevallen genoeg moeten nemen met betaalbare zorg?

In hoeverre economisering daadwerkelijk bedreigend is voor de waarborg van maatschappelijke en professionele waarden, valt niet op voorhand te zeggen. Economisering als zodanig sluit niet, naar mijn mening, het behoud van dergelijke waarden bij voorbaat uit. Het maakt het allemaal wel lastiger. Keuzes en afwegingen zullen meer dan voorheen expliciet gemaakt moeten worden. De noodzaak tot een uitdrukkelijke sociaalethische verantwoording van gemaakte beslissingen door alle betrokkenen laat zich sterker voelen dan in vroegere tijden wellicht.

Aardverschuivingen in de zorg

Economisering van zorg laat zich overigens ook niet meer terugdringen en past binnen het geheel van andere ontwikkelingen – de psychiater Jan Pols spreekt in een publicatie

zelfs over *aardverschuivingen*⁶⁴ - die het veld van de zorg de afgelopen decennia heeft ondergaan. In de eerste plaats hebben we te maken met een ontwikkeling van individualisering in de gezondheidszorg en van emancipatie van de patiënt. De patiënt als mondige en rechthebbende burger is op de voorgrond komen te staan. In het bijzonder het recht op zelfbeschikking – vertaald als het recht op vrije keuze en controle – wordt leidraad voor goede zorg. Zorg op maat, vraaggerichte zorg zijn belangrijke motto's van het gezondheidszorgbeleid geworden die de kritische en mondige burger dienen te ondersteunen. Hulpverleners worden geacht zich te onthouden van ongewenste bemoeienis met patiënten. De emancipatie van de patiënt krijgt zijn neerslag in een aantal wetten waarvan de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) wel de meest belangrijke is geweest. Daarin wordt het juridische kader van de zorgrelatie verwoord als ware het een *contract* met wederzijdse rechten (vooral van de patiënt) en plichten (van de hulpverlener). Het burgerschap van de patiënt komt daarnaast tot uitdrukking in de toekenning van een zogenaamd sociaal recht, zoals het recht op zorg en gelijke toegang in de zorg. Deze sociale rechten vragen om een inspanningsverplichting van de kant van de overheid. Individualisering en emancipatie leidden niet alleen tot een visie op de patiënt als *rechthebbende burger*, maar ook op de patiënt als *kritische consument*. Klantvriendelijke benadering, kostenefficiënt werken, een goede kwaliteit-prijs verhouding bepalen meer en meer het spreken over zorg. Zorg wordt steeds vaker beschouwd als een product dat op een marktgerichte wijze verhandeld dient te worden. Dat laatste stelt uiteraard ook eisen aan zorg. Voor zorg als product geldt dat het meetbaar en vooral meetbaar in effectiviteit dient te zijn. Daarmee verandert de zorg langzamerhand van een relatie- naar een kenniscultuur.⁶⁵ Evidence-based werken is de kern geworden van wat professionaliteit in de zorg is gaan heten. Dat betekent dat vooral nadruk komt te liggen op interventies die methodiek gestuurd worden ingezet. Protocolen en richtlijnen zijn kenmerk van kwaliteit van zorg. Alleen die behandelingen en zorgarrangementen die evidence-based en meetbaar ingezet kunnen worden, komen in aanmerking als producten op de zorgmarkt.

Zorgethisch perspectief

Bovengenoemde ontwikkelingen zijn geen kwaad op zich. Het feit dat patiënten zich beschermd weten met een uitgebreide patiëntenwetgeving, is als zodanig nastrevenswaardig. Dat meer en meer gevraagd wordt naar de evidentie van behandelingen en zorg is eveneens van belang. Het probleem schuilt zich echter in de eenzijdigheid die dit alles teweeg heeft gebracht in het spreken over zorg. Bij een patiënt als rechthebbende en kritische consument zou je bijna vergeten dat hij ook ziek en kwetsbaar is. Bij zorg als

product zou je uit het oog kunnen verliezen dat zorg vooreerst een relationeel proces is waarin mensen voor elkaar verantwoordelijkheid nemen. Relationele aspecten als bejegening en het present zijn bij de ander laten zich niet zo gemakkelijk meten en vertalen in enquêtes en zorgplannen, maar maken wel de kern uit van wat zorg tot goede zorg maakt. Het eenzijdig benadrukken van onafhankelijkheid, autonomie en eigen verantwoordelijkheid gaat ten koste van andere, meer relationele aspecten als zorgzaamheid en solidariteit. Zorg is echter niet iets wat je zou kunnen kiezen en willen (en dus ook misschien wel niet zou kunnen kiezen en willen) maar is iets wat je *nodig* hebt.

Wat vooral gemist wordt in het debat over zorg en economisering is een inhoudelijke visie op wat zorg nu eigenlijk is. Ik doe hier een voorstel. Zorg is al datgene dat nodig is om ons bestaan te herstellen, te handhaven en te continueren als een menselijk bestaan.⁶⁶ Dat menselijke bestaan is – zoals vanuit met name de zorgethiek telkens weer wordt benadrukt – een fragiel en kwetsbaar bestaan. Niet alleen beginnen we ons leven in radicale en fragiele afhankelijkheid, maar ook gedurende het leven kennen we tijden van ziekte, zwakte en beperkingen en ook de ouderdom kan voor sommigen diepe afhankelijkheid met zich meebrengen. Voor zorg zijn wij wederzijds van elkaar afhankelijk. Wij hebben elkaar nodig om onszelf te beschermen: het menselijke bestaan is in die betekenis *interdependent*.

Vanuit deze kenschets van ons bestaan als fragiel, kwetsbaar en interdependent stelt zorgethiek een viertal waarden voorop: (1) het oog hebben voor zorgbehoeften, (2) de verantwoordelijkheid en (3) bekwaamheid in het tegemoetkomen aan die behoeften, (4) de waarde van verbondenheid met elkaar daarin en van het zorgen zelf. Het gaat erom telkens weer *aandachtig* te zijn voor wat benodigd is, wie *verantwoordelijk* is voor dat er zorg wordt gegeven, hoe die zorg *competent* geleverd kan worden en op welke wijze die zorg *ontvangen* wordt. Zorg is daarmee een proces waarin meerdere betrokkenen op verschillende niveaus een rol spelen en waarbij sprake kan zijn van wat ik wel elders heb genoemd *botsende verantwoordelijkheden*.⁶⁷ Dat wat onder ‘goede zorg’ moet worden verstaan is niet op voorhand gegeven, maar is het resultaat van een proces van beraadslaging en onderhandeling tussen de verschillende betrokkenen die op hun beurt onderscheiden (machts-) posities in de praktijk innemen. Ethische reflectie dient zich daarbij niet uitsluitend te richten op het primaire proces van zorgverlening tussen hulpverlener en patiënt. De reflectie verbreedt zich tot de organisatorische, sociale en culturele context, waarin het primaire zorgproces zich afspeelt. Zo is de wijze waarop in de gezondheidszorg invulling wordt gegeven aan ‘patiëntgerichte of vraaggestuurde zorg’ het resultaat van onderhandeling tussen de verschillende spelers met hun eigen posities en opvattingen.

gen in de zorg. Voor de gehandicapte betekent bijvoorbeeld vraaggestuurde zorg dat hij beschikt over een persoonsgebonden budget en een eigen regie heeft in het bepalen welke hulp wanneer en waar wordt aangewend. De hulpverlener zal wellicht het belang daarvan onderstrepen, maar heeft ook zorg of de meestal door de professioneel zelf aangegeven kwaliteit van zorg wel behouden blijft. Het zorgkantoor is een derde speler die met eigen overwegingen invulling geeft aan het persoonsgebonden budget. In plaats van het wegpoetsen van die botsingen is het noodzakelijk het inherent conflictueuze karakter van zorg als startpunt van het denken over zorg te kiezen. Vandaar uit kan gewerkt worden naar een oplossing waarin goede zorg een mate van integriteit kent, dat wil zeggen waarin de verschillende verantwoordelijkheden met elkaar in evenwicht zijn.

Het speelveld van de zorg is onomkeerbaar veranderd. Andere spelers met andere belangen en ook verantwoordelijkheden hebben het veld eveneens betreden. Dat is niet erg, maar het vraagt wel om een bepaalde (morele) denkstrategie. Voorop zal de vraag moeten staan: wie en wat is ons een zorg? Het antwoord daarop is wat mij betreft: een ieder in staat blijven stellen zijn kwetsbare bestaan te kunnen vormgeven en continueren tot een menselijk bestaan. Vervolgens komt de vraag wie er verantwoordelijk voor is dat die zorg ook gegeven wordt. Dat hoeft niet altijd per se de overheid te zijn. Ook met een geregleerde markt kan de verantwoordelijkheid vorm gegeven worden. Maar dan wel zo, dat die zorg vervolgens ook zo bekwaam mogelijk gegeven wordt. En ten slotte zal telkens bekeken moeten worden of de wijze waarop zorg bekwaam en verantwoordelijk gegeven wordt ook tegelijkertijd recht doet aan waar het bij zorg uiteindelijk om gaat: het zich verantwoordelijk voelen jegens elkaar in een reageren op kwetsbaarheid. Dat alles vraagt om een continu proces van beraadslaging en verantwoording met oog voor elkaars perspectieven en gezichtspunten. De verzekeraar is niet bij voorbaat de vijand van de arts; hij zal wel oog moeten hebben voor wat het vraagt om bekwaam en competent zorg te geven aan een patiënt, inclusief de relationele aspecten daarvan. De arts doet er op zijn beurt goed aan niet krampachtig vast te houden aan zijn eigen oude beroepsethiek van professionele autonomie. Ook artsen zullen zich moeten verantwoorden voor de economische en maatschappelijke gevolgen van hun handelen. Er is in die zin ook niets op tegen dat in het eerder gegeven voorbeeld, de arts zich verantwoordt met het oog ook op maatschappelijke belangen dat niet de traditionele, maar alleen de computergestuurde prothese in die specifieke situatie bij die specifieke patiënt adequate hulp is.

Zorg is geen product dat wordt verhandeld, maar een proces (politiek, maatschappelijke en relationeel) waarin het gaat om verantwoording ten opzichte van elkaar over wie en wat ons een zorg is.



Prof. dr W.J.H.M. van den Bosch

Wil van den Bosch (1949) is huisarts in Lent en deeltijd hoogleraar Huisartsgeneeskundige zorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Hij is betrokken bij het praktisch klinisch onderwijs in de masterfase van de geneeskundestudie en bij onderzoek in de huisartspraktijk met een bijzondere interesse in de continuïteit van zorg. Als voorzitter van het Platform Eerstelijns beijvert hij zich om de geïntegreerde eerstelijnszorg in de Waalsprong, een vinexlocatie bij Nijmegen verder te optimaliseren. Hij was lid van het dagelijks bestuur van het NHG en bekleedt daar nog een stoel in de autorisatiecommissie voor de NHG-standaarden.

Hij is lid van de beraadsgroep Infectie en Immuniteit van de Gezondheidsraad en van het Forum voor het Centrum Ethiek en Gezondheid. Daarnaast is hij lid van de Beleidsadviesgroep Eerstelijnszorg van het CVZ.

Vanuit het perspectief van de huisartsenzorg

6 Ook de huisarts moet zijn targets gaan halen

prof. dr. W.J.H.M. van den Bosch

Al enige tijd is het merkbaar dat de zorg in de gezondheidszorg meer en meer gezien wordt als een economische activiteit. De zorg wordt een product, de zorgverlener een aanbieder van dit product en de zorgverzekeraar wordt een inkoper. Vooral binnen de huisartsgeneeskunde zijn dit trends die met argwaan tegemoet getreden moeten worden. De relatie van de huisarts met zijn/haar patiënten waarbij de huisarts de hulpvragen van patiënten naar beste weten zal trachten te beantwoorden, kan op deze wijze beïnvloed worden door economische motieven.

Marktwerking in de huisartsgeneeskunde is niet helemaal vreemd. Voor het ingaan van de vestigingwet in 1986 hebben zich nog vele huisartsen ‘wild’ gevestigd. Om een voldoende aantal patiënten te krijgen moesten deze huisartsen zich concurrerend opstellen ten opzichte van de zittende huisartsen. Dat betekende vaak dat er snel tegemoet gekomen werd aan wensen van patiënten. Daar was natuurlijk niets op tegen als de kwaliteit van de service daarmee omhoog ging. Het werd twijfelachtig als hiermee niet meer kritisch werd verwezen of als er buiten richtlijnen medicatie werd gegeven om de betreffende patiënt te vriend te houden.

Marktwerking stimuleert volume

Marktwerking is gericht op het verlagen van de kosten van de zorg bij gelijkblijvende kwaliteit, of op het verhogen van de kwaliteit bij gelijkblijvende kosten. Voor de aanbieder is het daarbij van belang een zo groot mogelijke omzet te bereiken omdat dit de enige manier zal zijn om een gezonde bedrijfsvoering te behouden. Dit beginsel is sterk in tegenspraak met de uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde waar juist getracht wordt uit te gaan van een terughoudend beleid. Uitgangspunten van alle NHG-standaarden, de richtlijnen die de huisartsgeneeskunde zelf ontwikkeld heeft, zijn het vermijden van onnodige diagnostiek, het gericht voorschrijven van medicatie en het beperken van het aantal onnodige verwijzingen naar de tweede lijn. Dit alles om de eigen verantwoordelijkheid van patiënten te stimuleren en om medicalisering te voorkomen maar vooral om patiënten te behoeden voor de nadelen en bijwerkingen van diagnostische en therapeutische interventies. Op andere terreinen van de gezondheidszorg is dit probleem minder groot. Marktwerking kan de prijs-kwaliteitverhouding positief beïnvloeden. Daarvoor moet er veel omgezet worden. In veel kringen wordt dat als een positieve ontwikkeling ervaren. Zo zal de verkoper van rollators niet wakker liggen dat zijn product na een goede marketing ook gebruikt gaan worden door patiënten die heel goed met een stok vooruit kunnen. Dit principe gaat in de huisartsgeneeskunde niet op.

De ondernemende huisarts

Veel huisartsen hebben al het gevoel dat de strijd om de marktwerking al gestreden is en doen al pogingen zich in dit veld te profileren. Groepen huisartsen slaan de handen daarbij ineen in de vorm van coöperaties of andere samenwerkingsverbanden. Er wordt managementondersteuning ingehuurd en er worden businessplannen gemaakt. Het is in dit verband logisch maar toch ook wel een beetje schrijnend voor de huisartsgeneeskunde dat een grote groep huisartspraktijken in Eindhoven zich heeft georganiseerd onder de naam 'de Ondernemende Huisarts'. Het uitgangspunt van deze bewegingen is zeker het streven naar kwaliteit. Door goed ondernemerschap kan de kwaliteit verhoogd worden. Echter de economische motieven kunnen daarbij wel degelijk interfereren. Er komt onderscheid tussen verschillende soorten activiteiten in de huisartspraktijk. De meeste gangbare activiteiten zullen blijven behoren tot de groep consult- of patiëntgebonden en gehonoreerd binnen het abonnement of consulttarief. Andere aanvullende of extra activiteiten hebben een eigen tarief. Er moet met de ziektekostenverzekeraar onderhandeld worden welke van de extra verrichtingen kunnen worden gedeclareerd. Het gevaar schuilt erin dat de praktijk eerder zal kiezen voor verrichtingen die als extra gedeclareerd kunnen worden. Immers het macrobudget is

vastgesteld. De taart wordt niet groter en praktijken zullen moeten proberen om een zo groot mogelijk stuk van de taart binnen te halen. De opbouw van het totaal aan inkomsten van de praktijk zal zo zijn dat huisartspraktijken wel gedwongen zullen worden vooral activiteiten uit de gefinancierde groep uit te voeren omdat er anders geen sluitende begroting mogelijk zal zijn. Activiteiten die veel tijd kosten van de huisarts, niet gedelegeerd kunnen worden en niet als extra gedeclareerd kunnen worden, dreigen dan ingewisseld te worden voor andere activiteiten. Dit kan forse repercussies voor de kwaliteit hebben. Binnen het palet van activiteiten in de huisartspraktijk zal zodoende meer en meer een scheiding ontstaan tussen activiteiten die leiden tot aanvullende financiering en andere activiteiten. Gestructureerde diabeteszorg, oproepen van patiënten met een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten en monitoring van COPD-patiënten, hoe belangrijk ook, zullen prioriteit krijgen boven andere, niet extra gefinancierde, activiteiten zoals het bezoek van patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen, het buiten kantooruren begeleiden van patiënten in de terminale fase van hun ziekte of het begeleiden van patiënten met een chronische psychiatrische stoornis. De ondernemende huisarts doet er het beste aan om deze taken buiten zijn pakket te houden door te delegeren of te verwijzen. Aangezien deze door de marktwerking afgedwongen opstelling niet ophoudt bij de huisartsgeneeskunde maar ook terug te vinden zal zijn bij andere eerstelijnszorgverleners of zorgverleners in de tweede lijn, is het zeker niet ondenkbaar dat er groepen patiënten buiten spel zullen komen staan. Ook zal de marktwerking die er om de huisarts heen zal zijn een grote invloed uitoefenen op het functioneren van de huisarts.

Indicatoren

Ook de huisartspraktijk zal worden afgerekend op de kwaliteit van de gegeven zorg. Hiervoor worden op dit moment de indicatoren ontwikkeld. Deze indicatoren moeten betrouwbaar meetbaar zijn, voldoende voorkomen en valide zijn. Indicatoren geven de mogelijkheid om targets voor het bereiken van de zorg vast te stellen. Het stukje kwaliteit dat door deze indicatoren gemeten zal worden, zal echter maar een beeld geven van een klein gedeelte van de kwaliteit van de zorg. Om targets te halen zullen er concessies gedaan moeten worden aan andere delen van de zorg. Zo bleek in Engeland dat de target om de patiënt binnen korte tijd een afspraak bij een van de huisartsen te geven te leiden tot verstoring van de continuïteit van de zorg. Een toenemend aantal patiënten krijgt niet meer, zoals door hun gewenst, een afspraak bij hun eigen huisarts maar wordt op de afsprakenlijst van een collega of waarnemer geplaatst omdat anders de targets niet zouden worden gehaald.

Kostbare tijd

Op dit moment besteedt de huisarts ongeveer 45-60 minuten per jaar voor iedere individuele patiënt aan direct face-to-face patiëntgebonden taken. Dit naast de tijd die de patiënt krijgt van andere praktijkmedewerkers en de tijd die indirect voor de patiënt besteed wordt als overleg, administratie en andere regelzaken. Deze 45-60 minuten zijn kostbare tijd. Het is tijd die zowel de patiënt als de huisarts zou moeten koesteren. Meer en meer lijkt er echter een verschuiving plaats te vinden vanuit deze tijd naar taken als coördinatie van zorg, preventieve taken en taken op de rand van de huisartsenzorg zoals reizigersadviesring of besnijdenissen. Deels zijn deze verschuivingen te verklaren door mankrachtproblemen maar deels worden ze ook geïnitieerd door economische principes.

Patiëntenorganisaties zouden beter moeten bewaken dat de huisarts de kans krijgt om een zo groot mogelijk deel van de tijd aan directe patiëntgebonden zorg te besteden. Buitenstaanders hebben vaak het idee dat de huisartsgeneeskunde als het ware grenzeloos is. Bijna wekelijks is in de krant te lezen dat de huisarts meer aandacht zou moeten besteden aan...; waarbij alle problemen in de gezondheidszorg aan de orde kunnen komen. Maar de huisartsgeneeskunde heeft wel degelijk grenzen. Als de huisarts bijvoorbeeld de opsporing en begeleiding van diabetes op de manier zou uitvoeren zoals de richtlijnen aangeven, zou hij of zij ongeveer 20 procent van de totale beschikbare tijd alleen aan diabetes besteden. Hetzelfde verhaal gaat op bij aandoeningen als hartfalen en chronische bronchitis. Het is duidelijk dat de huisarts in deze prioriteiten moet stellen. Die prioriteiten liggen op de eerste plaats bij de vragen waarmee de patiënt de huisarts bezoekt. Als de huisarts zijn of haar prioriteiten meer laat beïnvloeden door de omstandigheid dat voor de betreffende activiteit een tarief bestaat dan door de directe zorgvraag van de patiënt, komen we op een hellend vlak. Dat hellend vlak is eigenlijk al betreden omdat bij een gelijkblijvend totaalpakket de praktijkinkomsten van de huisarts die zich minder door de marktwerking laat beïnvloeden zullen achterblijven bij die van praktijken die de weg naar de markt gevonden hebben. Het gaat daarbij niet om het inkomen van de huisarts maar het gaat vooral om het rendabel houden van de huidige praktijkvoering.

Ketenzorg

De laatste jaren is er hard gewerkt aan de onderlinge samenwerking en de afstemming van de zorg in regionaal verband. Transmurale zorg en later ketenzorg waren daarbij de nieuwe toverwoorden. De drempels tussen eerste en tweede lijn werden lager, men ging meer in elkaars keuken kijken en er werden landelijke transmurale afspraken tussen huisartsen en specialisten gemaakt die daarna regionaal geïmplementeerd werden. Ver-

zekeraars hebben nu de mogelijkheid om zich te beperken bij het maken van contracten met ziekenhuizen tot die ziekenhuizen die een bepaald product voor de laagste prijs kunnen aanbieden. Hierdoor zal het meer en meer voorkomen dat de patiënt die de huisarts verwezen heeft naar de specialist waarmee hij samenwerkingsafspraken heeft gemaakt, geopereerd zal worden in een ziekenhuis elders waarmee de huisarts geen relatie heeft. Dit zal grote consequenties hebben voor de continuïteit van zorg.

Ongelijkheid

Het beleid op gebied van gezondheidszorg wordt, grofweg gezegd, bepaald door goed opgeleide gezonde 40-jarige mannen uit de hogere sociale laag die ook zonder huisarts hun weg in de gezondheidsmarkt wel kunnen vinden. Marktwerking in de zorg zal ertoe leiden dat deze groep de meeste voordelen van deze veranderingen zullen vinden. Marktwerking leidt tot de uitbreiding van het aantal mogelijkheden tot het maken van keuzen. Dit is voor de meeste consumenten een goede zaak. Deze ontwikkeling bergt echter ook gevaren in zich. Gesteld mag worden dat zodra de consument meer keuzen kan maken wat betreft de zorg, dit kan leiden tot ongelijkheid omdat juist de hoogopgeleiden hiermee het beste om zullen kunnen gaan.

Ten slotte kijkend naar de huisartsgeneeskunde in mondiaal verband: zouden de beleidsmakers mij een voorbeeld kunnen geven waar marktwerking in de huisartsgeneeskunde heeft geleid tot een voordeel?

Nog steeds staat de Nederlandse huisartsgeneeskunde model voor die in vele andere landen. Er is onder collegae huisartsen in het buitenland veel onbegrip over de koers waartoe het gezondheidszorgsysteem in Nederland gekozen lijkt te hebben.

Samenvattend

Marktwerking kan een van de methoden zijn om de kwaliteit van geleverde diensten en producten te verbeteren. Goede kwaliteit tegen een lage prijs is alleen mogelijk als er voldoende omzet is om de doelen te halen. De huisartsgeneeskunde is daarom volstrekt het verkeerde veld voor marktwerking. Laat het belonen van kwaliteit de belangrijkste incentive zijn. De keuzen hiervoor zouden idealiter in de spreekkamer door patiënt en huisarts samen moeten worden gemaakt. Op macroniveau zou dit moeten gebeuren door patiënten- en huisartsorganisaties. Het is treurig om te zien dat patiëntenorganisaties zich meer en meer scharen achter het systeem van de marktwerking. Het zal nog een hele toer worden om het natuurlijke bondgenootschap van patiënten en huisartsen op dit gebied te herstellen.



Drs J. van den Heuvel

Jaap van den Heuvel (1955) voltooide de geneeskundestudie in Leiden, de doctoraalstudie Bedrijfskunde in Rotterdam en de Postdoctorale Controllers Opleiding aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Hij werkte drie jaar als arts-assistent op de afdelingen Hart Chirurgie, Interne Geneeskunde en Cardiologie. Vervolgens werkte hij bij CMG als organisatie-adviseur in de ICT. Daarna werkte hij parttime als locatiemanager in verpleeghuis Amstelhof in Amsterdam en als interim-manager op het centrum RRN in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. In 1997 werd hij eerst medisch en daarna algemeen directeur van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. Vanaf 1 januari van dit jaar is hij voorzitter van de Raad van Bestuur van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen.

Vanuit het perspectief van de ziekenhuiszorg

7 Marktwerking werkt niet in de zorg

drs J. van den Heuvel

Wat is marktwerking

De ideeën over marktwerking stammen uit de 18e eeuw en zijn afkomstig van de Schotse filosoof Adam Smith. Hij ontwikkelde zijn gedachten tijdens een langdurig verblijf in Frankrijk waar hij zag dat aan de marktwerking veel wettelijke en bureaucratische beperkingen waren opgelegd. Smith was van mening dat door het opheffen van die beperkingen de economische activiteiten zouden toenemen en de welvaart in een land zou stijgen. Bureaucratie en regelzucht gaan dus niet samen met marktwerking. Wanneer alle regels en beperkingen opgeheven zijn, dan zal door het vrijelijk op elkaar inwerken van vraag en aanbod op de markt een prijs tot stand komen. Als het aanbod aanvankelijk hoger is dan de vraag dan gaat de prijs omlaag en (te dure) aanbieders trekken zich terug of gaan failliet. Is de vraag groter dan het aanbod, dan stijgt de prijs en zullen meer aanbieders toetreden. De schaarste neemt af en de prijs zal weer dalen. Volgens Smith treedt er een evenwicht op als de prijs die uiteindelijk tot stand komt een reële vergoeding biedt voor de kosten van het product plus de winst voor de ondernemer.

Komen er inderdaad minder regels?

Na het afkondigen van marktwerking in de zorg is de bureaucratie, die al zeer aanzienlijk

was zoals de SP heeft laten zien, de laatste jaren nog eens verdubbeld. Dit gaat zelfs zo ver dat met zeer veel inspanning door het ziekenhuis rekeningen worden gemaakt waar patiënten geen touw meer aan vast kunnen knopen en die geen weergave zijn van de geleverde zorg en kosten. Het verdubbelen van de bureaucratie in de zorg kan gelet op de ideeën van Smith niet uitgelegd worden als de aanloop tot het invoeren van marktwerking. Bureaucratie en regelzucht hebben immers niets te maken met marktwerking. Waarschijnlijk is het huidige beleid dan ook een combinatie van een doorgeslagen liberale ideologie dat de markt al onze problemen wel zal oplossen en een terecht wantrouwen tegen de gevolgen van marktwerking.

Bestaat marktwerking wel in het echt?

Een vrije markt bestaat nagenoeg nergens en wordt ook door nagenoeg niemand nagestreefd. Als supermarkten hun stilzwijgende prijsafspraken voor korte tijd opgeven en klanten iets terugkrijgen van wat hen jarenlang is onthouden, dan heet dat ineens een prijzenoorlog. De bouwfraude had uitsluitend tot doel marktwerking buiten de deur te houden en winsten te verhogen. Zelfs de overheid leed grote verliezen, deed een onderzoekje en hoopt nu tegen beter weten in dat het beter gaat. De meest grootschalige frustratie van marktwerking wordt al eeuwenlang de ontwikkelingslanden aangedaan. In plaats van zich zelf te mogen ontwikkelen door het vrij verhandelen van hun producten, stuiten ze op immense handelsbeperkingen ten gunste van de rijke landen. Als China T-shirts maakt voor een tiende van de prijs, gaan de grenzen in Nederland dicht. Adam Smith ligt ondertussen te woelen in zijn graf.

Waarom marktwerking?

De overheid wil marktwerking invoeren omdat de kosten van de zorg omlaag moeten, de kwaliteit beter moet en de transparantie vergroot moet worden. Dit zijn overigens op zich gerechtvaardigde eisen. Transparantie daarentegen, is sowieso niet iets dat bij marktwerking hoort. Cijfers over kosten en kwaliteit dienen niet op straat te liggen, want de concurrent kan ermee aan de haal gaan. Uit onderzoek blijkt dat ziekenhuizen het beste hun kwaliteit kunnen verbeteren als ze in beslotenheid hun resultaten en werkmethoden kunnen vergelijken en uitwisselen. Behalve het vergroten van de oplages van het AD, Elsevier en de Consumentengids, levert het publiceren van zogenaamde prestatie-indicatoren niet veel wezenlijks op. Ziekenhuizen die het goed doen, wijten dit uiteraard uitsluitend aan hun eigen inzet en harde werk. Ziekenhuizen die niet goed scoren, geven unaniem aan dat dit komt door de methodiek of de oneerlijke wijze van

beoordelen. Zelden gaan de “goede” bij de “slechte” op bezoek om samen te bekijken hoe de zorg verbeterd kan worden. De patiënt blijft in verwarring achter en kan nu nog niet kiezen.

Werkt de markt in de zorg?

Het effect van marktwerking is niet dat een product zo goedkoop mogelijk wordt, maar dat er uiteindelijk een prijs tot stand komt die de reële kosten dekt en een winst toestaat. Dat laatste, winst maken, is overigens nog steeds niet goed geregeld in de zorgmarkt. Voorlopig zijn het alleen de zorgverzekeraars die hun winsten weer op niveau hebben gebracht. In tijden van schaarste (wachtlijsten) dienen de prijzen dus te kunnen stijgen om nieuwe aanbieders te verleiden om zorg te gaan verlenen. Dit betekent in de huidige situatie bijvoorbeeld dat bij een schaarste aan bepaalde medisch specialisten de tarieven omhoog zullen gaan. Dit element van marktwerking is in ieder geval al niet in lijn met het kabinetsbeleid. De totale kosten van de zorg zullen hierdoor uiteraard ook stijgen. Zodra na een opleiding van twaalf jaar het aantal medisch specialisten is gestegen, kunnen de tarieven weer omlaag. Dit zal dan weer tot gevolg hebben dat het aantal mensen dat medisch specialist wil worden weer zal dalen. Om vervolgens na ruim 12 jaar weer tot een tekort te leiden. Net als in tijden van schaarste bij de huizenprijzen zullen de tarieven dan vervolgens weer stijgen. Door de lange opleidingsstijden zitten we daardoor in feite altijd met een tekort en te hoge tarieven of met een overschot en te lage tarieven. Beide zijn schadelijk voor de kwaliteit van de zorg. Vertalen we dit naar de gehele zorgsector, dan zullen we zonder overheidsregulering steeds een te groot aanbod van zorg kennen afgewisseld met schaarste. De kwaliteit van de zorg en daarmee de patiënt zijn de grote verliezers, de ondernemers die op het goede moment instappen en op het juiste moment stoppen zijn de grote winnaars. Overigens zijn in het nieuwe bekostigingssysteem de tarieven van medisch specialisten vast en wordt het nieuwe zorgverleners erg moeilijk gemaakt om toe te treden tot de zorgmarkt. De maatregelen tot nu toe leiden dus, overigens terecht, niet tot een zorgmarkt. Ze resulteren wel in een heleboel nieuwe regels.

Wat doet de markt niet?

Marktwerking gaat om winst maken, niet meer en niet minder. Een markt reguleert niets, een markt coördineert niets, maar een markt jaagt uitsluitend aan tot consumeren. Wanneer de druk op de prijzen gaat doorzetten dan zullen ziekenhuizen zich als echte ondernemingen gaan gedragen. Alle activiteiten die zich niet vertalen in inkomsten zullen worden gestaakt. Afstemming tussen zorgverleners om de continuïteit van zorg aan de

patiënt te waarborgen wordt eveneens gestaakt indien dit geen extra inkomsten oplevert. De terughoudende en rationele benadering van Nederlandse artsen verdwijnt ten gunste van omzet en winst. Een veelheid aan nieuwe “producten” zal verschijnen. Marketing in de zorg rukt op. De Summer Sale doet zijn intrede, want in de zomer zijn veel ziekenhuizen onderbenut. Salarissen van directeuren kunnen weer verder omhoog, want ook zij moeten concurreren met het bedrijfsleven.

Wat gebeurt er met de kwaliteit?

Wanneer de overheid dus marktwerking in de zorg wil invoeren, is het uitsluitend nog van belang om kritisch te kijken welke regels en beperkingen er achter dit ideologische rookgordijn schuil gaan. Voor een goed begrip van de effecten van al die regels en beperkingen is het belangrijk om het spanningsveld tussen de patiënt, zorgverzekeraar en ziekenhuis nader te bekijken. Verzekerden zullen, zeker gelet op de toch al hoge kosten, een zo laag mogelijke premie willen betalen voor hun zorgverzekering. Wanneer verzekerden patiënt worden en zorg nodig hebben, zullen ze echter de beste kwaliteit van zorg willen. Niemand wil namelijk de kunstheup die een paar jaar korter meegaat. Het moment waarop een patiënt kiest voor een verzekeraar en premie betaalt, en het moment waarop de zorg ontvangen wordt liggen in het algemeen heel ver uit elkaar. De meeste zorg krijgen mensen in de laatste twee jaar van hun leven. Zij willen dan maximale zorg, overigens deels omdat zij zich niet realiseren dat die laatste twee jaren zijn aangebroken. Door de volledige scheiding tussen prijs en product treden er bij marktwerking in de zorg grote problemen op. Verzekeraars kunnen eigenlijk alleen maar concurreren op de prijs. Verder verkopen ze lucht want zij kunnen geen enkele zekerheid geven welke orthopeed over 20 jaar welke heup (de goede of de goedkoopste) bij de verzekerde gaat implanteren. Verzekeraars moeten daarom noodgedwongen de hand maximaal op de knip houden als ze zorg gaan inkopen. Dit gaat ten koste van de kwaliteit. Voor 50.000 euro koop je nu eenmaal een aanmerkelijk betere en veiligere auto dan voor 20.000 euro. Deze negatieve spiraal kan lang en ongestraft doorgaan. De groep verzekerden die op Internet (terecht) naar de laagste premie zoekt, is namelijk veel groter en veel belangrijker voor de continuïteit van de verzekeraar dan de groep patiënten die in het ziekenhuis te maken krijgt met afnemende kwaliteit door extreme druk op de prijzen. De kwaliteit van zorg komt dus binnen afzienbare tijd ernstig onder druk te staan.

Waarom houden we onszelf voor de gek?

De grote verliezers van marktwerking zijn zoals gezegd de kwaliteit en continuïteit van

zorg. We hebben het dan nog niet eens gehad over wat er moet gebeuren met de veelal oudere patiënt wiens combinatie van kwalen niet in een product te vatten is en waarvan de kosten niet opwegen tegen de opbrengsten. De “echte” privéklinieken zullen voor de eer bedanken en kunnen de complexere zorg niet leveren. In tegenstelling tot wat de politiek denkt, leggen deze patiënten wel het grootste beslag op de ziekenhuiscapaciteit. Dit geldt zeker als we naar de kosten kijken. Op dit moment krijgen ziekenhuizen voor iedere patiënt een vaste vergoeding, ongeacht de kwaal. Wanneer de jongere patiënten met eenvoudige aandoeningen naar de privéklinieken gaan, dan zal het ziekenhuis naar verhouding meer complexere patiënten krijgen. De kosten zullen daardoor stijgen. Het ziekenhuis kan, als de politiek dat persé wil, voor ‘eenvoudige’ patiënten net als privéklinieken een lagere prijs in rekening brengen. De prijzen voor de oudere patiënt met meervoudige aandoeningen stijgen dan wel. Omdat de meeste kosten van een ziekenhuis vaste kosten zijn, is het dus niet voordeliger de ‘goedkope’ patiënten ergens anders te laten behandelen. De vaste kosten lopen immers gewoon door en de privékliniek wil zijn rekening ook betaald zien. Veel zogenaamde prijsverschillen tussen de reguliere ziekenhuizen en privéklinieken hebben te maken met de wijze waarop de kostprijzen berekend worden. We houden onszelf dus een beetje voor de gek als we denken dat commerciële zorginstellingen goedkoper zijn.

Hoe nu verder?

De minister van VWS geeft met een overdaad aan extra bureaucratische maatregelen eigenlijk al aan dat hij geen echte vrije markt wil. De verdere invoering van de producttypering met Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) is ver vooruit geschoven tot na de verkiezingen. Dit is enerzijds jammer omdat het systeem met producten en prijzen een beter inzicht geeft in de geleverde zorg dan de vaste vergoeding die ziekenhuizen nu per patiënt krijgen. Anderzijds is vertraging onvermijdelijk omdat het systeem veel te complex is. Een sterke vereenvoudiging en met name vermindering van het aantal DBC's is dus op korte termijn zeer gewenst. Verder dienen er per DBC vaste prijzen te komen die jaarlijks kunnen worden herijkt. Ongelijke machtsverhoudingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen kunnen dan niet tot ongewenste uitkomsten van de onderhandelingen leiden. Een kwalitatief mindere verzekeraar met een sterke machtspositie kan dan geen te lage prijzen afdwingen en een minder goed ziekenhuis met een monopoliepositie kan geen te hoge prijzen afdwingen. De relatie tussen de kosten en de premie is hierdoor helemaal weg. Dit zou voor patiënten ook zeer ondoorzichtig zijn, zij kunnen daarmee niet voor de beste verzekeraar kiezen, maar uitsluitend voor de goedkoopste. Over de

kwaliteit van de zorg die ze ontvangen blijven ze lang in het ongewisse. De concurrentie om de hoogte van de premies dient dus losgekoppeld te worden van de prijsstelling van de DBC's. Dit is niet eenvoudig, maar hiervoor dient een oplossing gevonden te worden omdat in dit systeem de beste ziekenhuizen failliet kunnen gaan door de slechtste verzekeraars en omgekeerd. De patiënt is in alle gevallen de dupe. Marktwerking werkt dus niet in de zorg!



Prof dr S.J.G. van Wijnbergen

Sweder van Wijnbergen is professor Internationale Economie aan de Universiteit van Amsterdam en oprichter van Infomedics NV (internet intermediary in de gezondheidssector). Van 1997 tot 2000 werkte hij als Secretaris Generaal Economische Zaken, van 1993 tot 1997 was hij professor aan de London School of Economics, en adviseur van regeringen in Oost Europa, het Midden Oosten en Mexico. Vanaf 1980 tot 1993 was Van Wijnbergen werkzaam bij de Wereldbank, Washington DC, laatstelijk als hoofdeconoom Oost Europa. Hij heeft meer dan 60 academische publicaties op zijn naam staan, voornamelijk op het gebied van Internationale Economie en Public Finance.

Van Wijnbergen is gepromoveerd aan het Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA, USA (1980), en behaalde daarvoor het doctoraal Econometrie in Rotterdam (1977), en het doctoraal Natuurkunde aan de Universiteit van Utrecht (1975).

Vanuit economisch perspectief

8 Zorgen om zorg

Prof. dr S.J.G. van Wijnbergen

Hoogervorst kan lef niet ontzegd worden. Bij de komst van het kabinet Balkenende II zag het zorgdossier er somber uit. Zes jaar bezuinigen onder Paars volgens het recept Gerrit Zalm ('geef ze minder geld, dan worden ze vanzelf efficiënter') had helemaal verkeerd uitgepakt. De bureaucratie schoot omhoog en bezuinigingen vonden plaats door gewoon minder zorg te leveren, met wachtlijsten als gevolg. Toen een rechter een gat schoot in deze strategie (en de verkiezingen in zicht kwamen) ging het roer om, en de wachtlijsten gingen op dezelfde manier als ze gekomen waren: meer geld resulteerde in minder wachtlijsten. De kosten van de zorg groeiden met dubbele cijfers. In het huidige stelsel leek het dus neer te komen op laveren tussen ofwel minder geld en meer wachtlijsten, ofwel geen wachtlijsten maar oncontroleerbare kosten. Ga daar maar eens aan staan.

Nu was de paniek wel wat overdreven want de hoge kostenstijging was natuurlijk deels een eenmalige inhaalslag. En Nederland heeft nog steeds internationaal gezien kwalitatief goede zorg tegen verhoudingsgewijs lage kosten (lager dan in onze buurlanden, en veel lager dan in bijvoorbeeld de VS). Toch gaat er genoeg mis in zorgland om hervorming serieus te nemen. Onnodige bureaucratie is patiëntvijandig en een verspilling van geld. Bovendien komt de vergrijzing eraan met zijn eigen uitdagingen op gezondheidszorggebied. De meeste economen zullen dan ook sympathie hebben voor de pogingen van Hoogervorst om via gedoseerde marktwerking de efficiëntie in de zorg te vergroten.

Maar vanaf daar lopen de wegen uiteen. Politici kijken de laatste jaren anders tegen marktwerking aan dan economen. Voor een politicus gaat het om kostenbesparing; als marktwerking de kosten verlaagt, OK. Zo niet? Dan komen aanbodssturing en budgettering weer terug. Alleen tegen die achtergrond is het te begrijpen dat de politiek geen enkele aandacht besteedt aan wat er nodig is om een efficiënte markt tot stand te brengen in een prima facie moeilijke sector en domweg doorzeilt in het blinde maar puur ideologische geloof dat marktwerking lagere kosten betekent. Die stelling is in geen tekstboek te vinden. Een econoom verwacht van een efficiënte markt wel lagere kosten per geleverde eenheid zorg maar niet noodzakelijkerwijs lagere totale kosten. Als die markt echt efficiënt is, is het verder aan de consument of hij meer wil uitgeven of niet.

Hoogervorst zet het beleid van Els Borst en Bomhof door. De inzet van dat beleid is eigenlijk vreemd. We willen efficiëntie in de 'productie' van zorg, maar in plaats van daarom de zorgmarkt zelf open te gooien, krijgen we marktwerking niet in de zorg zelf, maar in de financiering van de zorg. Verzekeraars moeten onderling concurreren bij het leveren van een standaard pakket met acceptatieverplichting en een verbod op risicoselectie (de basisverzekering). Wat buiten het basispakket gaat, komt in een aanvullend segment waar risicoselectie is toegestaan en geen acceptatieplicht geldt. Amerikaanse toestanden liggen daar dus in het verschiet. De verzekeraars moeten vervolgens onderhandelen over een vooralsnog klein deel van het zorgaanbod met zorgaanbieders. Hoe verzekerden vervolgens richting de onderhandelde oplossing gestuurd gaan worden, is vooralsnog onduidelijk.

De politiek vraagt zich alleen maar af of er lagere kosten uit zullen komen. Daar weten we het antwoord al op: nee, de kosten gaan naarmate er meer vrijgegeven gaat worden natuurlijk stijgen omdat dit vrijgeven op een moment van schaarste gebeurt. Verder zijn de transactiekosten van dit systeem natuurlijk gigantisch, zeker nu de NMA in een naar mijn mening onjuiste toepassing van de mededingingswet zorgaanbieders verboden heeft als groep te onderhandelen. Daarbovenop kunnen we een administratieve chaos verwachten waarbij Nuon gunstig af gaat steken; een voorproefje hebben we al gekregen bij de vooralsnog mislukte invoering van de DBC's als basis voor ziekenhuisdeclaraties.

Maar gaat die concurrentie tussen verzekeraars er echt komen en gaat het opengooien van de verzekeringsmarkt leiden tot efficiënter zorgaanbod zonder onacceptabel of ongewenst verlies van kwaliteit of van toegankelijkheid? Allereerst die concurrentie. Die zou moeten komen vanuit enthousiast switchgedrag door ontevreden verzekerden. Daar zit al de eerste ontwerpfout. We kunnen wel wat heen en weer geswitch in het begin verwachten, maar daarna kom je je verzekeraar eigenlijk alleen weer tegen als je eerst patiënt gewor-

den bent. Maar de overgrote meerderheid van de gezondheidseuro's wordt uitgegeven in het eerste en het laatste levensjaar, rond geboorte en dood. Maar heel jong en heel oud zijn nu net groepen waarvan je weinig actief consumentengedrag mag verwachten. Verder lijkt het hele traject ontworpen om monopolievorming te bevorderen. De uitgangsspositie is al ongunstig; door ons oorspronkelijk regionaal georganiseerde systeem van ziekenfondsen hebben we te maken met een betrekkelijk kleine groep regionaal zeer dominante verzekeraars. Die kunnen door hun marktmacht in hun eigen regio veel betere deals afsluiten dan kleine nationaal opererende partijen of grote partijen die buiten 'hun' regio opereren. In de praktijk wordt er met de dominante verzekeraar onderhandeld en de rest krijgt een prijslijst toegestuurd met een opslag die tot 40 procent op kan lopen. Dit geeft de regionale speler natuurlijk een onoverbrugbaar voordeel binnen zijn eigen regio, waarmee die regionale monopoliepositie alleen nog maar verder versterkt wordt. Je kan de verzekeraars niets kwalijk nemen. Zij doen slechts wat elk bedrijf in die omstandigheden zou doen. Maar de liberaliserende overheid heeft, net zoals eerder bij taxi's, het spoor of de loodsen, haar 'market making function' verzaakt en kan zich gaan voorbereiden op het volgende mislukte experiment met marktwerking. Ondertussen is er een ongecontroleerd overnameproces aan de gang waarbij in hoog tempo kleine nationale verzekeraars en kleine ziekenfondsen opgeslokt worden en de situatie navenant verergerd wordt. De zorgautoriteit in oprichting heeft weliswaar het succesvolle marktwerkingsteam van de DTE overgenomen, maar gaat pas werken als dit overnameproces voorbij is. En dan valt er niet veel meer aan competitiebeleid te doen.

Wat betreft de tweede vraag, over de disciplinerende werking op zorgaanbieders, is er ook reden tot zorg. Van open aanbestedingsprocedures is geen sprake: kleine zorgaanbieders krijgen hun termen gedictieerd met weinig oog voor patiëntenbelangen en ziekenhuis-onderhandelingen zijn zoals vermeld onderonsjes tussen twee partijen die in de meeste gevallen op elkaar aangewezen zijn (ook bij ziekenhuizen is een vanuit competitie oogpunt zorgwekkend fusieproces aan de gang). Verder lijkt een aantal grote verzekeraars, zoals veel grote bedrijven, te vallen voor de verleiding van alles zelf doen in plaats van vertrouwen op marktprocessen: de eerste huisartsen in dienst van een verzekeraar zijn er al en minstens één verzekeraar heeft al een belang genomen in (een deel van) een ziekenhuis. Dit is in feite gedwongen winkelnering voor de verzekeraar en gaat uiteindelijk natuurlijk tot hogere en niet lagere kosten leiden. En de patiënt kan tegen die tijd nergens naar toe, want die is door die verzekeraar aangewezen op 'zijn' ziekenhuis. Dat brengt een ander probleem naar voren, dat verzekeraars die van Hoogervorst de 'regie' over de zorg krijgen, geen natuurlijke behartigers van patiëntenbelangen zijn.

Verzekeraars willen eigenlijk alleen gezonde mensen, en als ze dan toch ziek zijn ligt het accent op schadelastbeperking. De reclame suggereert anders, maar de eerste berichten over de onderhandelingen met zorgaanbieders wijzen toch die kant op. Weer valt hier verzekeraars weinig te verwijten: zo liggen de stimulansen nou eenmaal en competitie betekent scherpere reactie op die stimulansen. Al met al lijken we af te stevenen op regionale versies van het ministerie van VWS, maar dan acht of negen in plaats van één. Hogere kosten, maar hetzelfde gebrek aan vraagsturing als in de oude tijd dus. Dat de patiëntenverenigingen niet aan de bel trekken is onbegrijpelijk, want hun belang lijkt het meeste op de achtergrond te raken.

Hoe moet het dan wel? Tony Blair geeft een interessante richting aan in Engeland. Daar is de uitgangspositie veel slechter dan bij ons. De zorg is er goedkoper maar ook veel slechter; de National Health Service is niet alleen verzekeraar, zoals in Canada, maar ook de grootste leverancier van zorg met alle problemen van inefficiënties en klantvijandigheid die grote staatsbedrijven nou eenmaal met zich mee brengen. Aan de verzekeringskant gebeurt in tegenstelling tot in Nederland niet veel; dat is nu eenmaal een grotendeels administratief proces waar met marktwerking niet veel voordelen te halen zijn. De grote veranderingen komen daar aan de aanbods kant, zoals *the Economist* onlangs uiteenzette. Private winstgestuurde zorgaanbieders krijgen daar ruim baan, de NHS gaat uitvoering uitbesteden, ziekenhuizen krijgen meer financiële vrijheid en worden per ‘geleverd product’ betaald, geen budgettering dus. En patiëntenbelangen worden bij speciale zorginkoopinstellingen gelegd die weer ondersteund worden door de huisarts.

Dit systeem legt de nadruk op meer concurrentie in het aanbod van de zorg, terwijl de huisarts een speciale rol krijgt bij het behartigen van patiëntenbelangen. Dit zou uitstekend aansluiten bij de in Nederland toch al sterke en zeer effectieve rol van de huisarts. Maar in plaats van het versterken van de rol van de huisarts, lijkt VWS op het oorlogspad tegen deze beroepsgroep, ondanks de zeer kostenbesparende poortwachtersfunctie die huisartsen in Nederland met veel succes uitvoeren.

Preventie zou ook beter lopen in een dergelijk systeem. Nu valt die rol vooral bij verzekeraars, die wel een belang hebben bij preventie, maar veel van hun preventie-euro's weg zullen zien lekken naar concurrenten. De verantwoordelijkheid voor preventie zou in een Tony Blair achtige hervorming deels toevallen aan de overheid, voor nationale voorlichting, en deels aan de huisarts, die geen nationaal forum heeft maar wel een beter patiëntencontact. De huisarts zou in dit systeem nog meer dan nu gericht zijn op integrale behandeling en preventie, en een belangenbehartiger van patiënten worden bij het aanschaffen van tweede lijnszorg. Huisartsen, waar in Nederland de oorlog aan verklaard

lijkt, krijgen in Engeland dus juist een grotere rol. Al met al verdient Hoogervorst lof voor daadkracht en een duidelijke lijn. De verwachting dat scherp concurrerende zorgverzekeraars alle problemen gaan oplossen, lijkt echter te naïef. Mededingingsproblemen in de financieringsmarkt dreigen onomkeerbaar onoplosbaar te worden door de veel te trage start van de Zorg Autoriteit en de beperkte mogelijkheid van de NMA om ziekenfondsfusies te toetsen. Sowieso vereist efficiëncy in de zorg concurrentie in de zorgsector zelf, de omweg via het financieringssysteem gaat het niet doen. De positie van de patiënt dreigt verder in de knel te komen in de te verwachten confrontatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Een hele andere invalshoek komt uit recent onderzoek uit de VS. Daar is ondertussen alles wat wij bedenken al eerder geprobeerd om kostenstijgingen in de zorg af te remmen. Onderhandelmacht leggen bij verzekeraars door hen toe te staan patiëntkeuzevrijheid te beperken, soms zelfs drastisch zoals bij Health Maintenance Organisations; vraagafremming via hogere eigen risico/eigen bijdrages; en competitie tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen. Onderzoek naar de effecten van al deze pogingen geeft twee dingen aan.

Allereerst, wat je ook probeert, het kostenremmende effect is tijdelijk en soms zelfs afwezig of zelfs pervers; maar twee, de kostenstijgingen in de zorg komen grosso modo voort uit technologische vooruitgang die nieuwe of betere zorg mogelijk maakt en daarmee weliswaar leidt tot meer geconsumeerde en dus in totaal duurdere zorg, maar ook tot meer gezonde levensjaren. En alle onderzoeken naar waardering van die gezonde levensjaren geven aan dat de voordelen van die duurdere zorg de kosten ver te boven gaan. Geen reden om alle zorgen over kostenstijgingen in de zorg overboord te gooien, maar wel een reden om kostenbeperking niet tot absolute doelstelling te bombarderen. Voor al dat extra geld krijgen we ook wat terug, en over de lange termijn gemeten meer dan het ons kost.

Noten bij hoofdstuk 1

- 1 Ik heb het dan over de 15 lidstaten van vóór 1 mei 2004.
- 2 De vraag of de kosten van gezondheidszorg wel kunnen worden beheerst in een samenleving waar de productie van goederen en diensten in overwegende mate wordt overgelaten aan het particuliere initiatief, valt buiten het bestek van deze bijdrage.
- 3 In de jaren tachtig van de vorige eeuw maakte Donabedian onderscheid in drie kwaliteitsaspecten van de zorg.
Allereerst de structurele kwaliteit, waarbij het gaat om de input die nodig is voor goede zorgverlening, inclusief de kwalificaties van het personeel, de beschikbaarheid van apparatuur en de verhoudingen in personele bezetting. De proceskwaliteit verwijst naar procedures en richtlijnen ter zake van het behandelingsproces. De resultaat kwaliteit verwijst naar de invloed van de behandeling op de conditie van de patiënt.
- 4 Het gaat mij hier niet om, bijvoorbeeld, de reeds jaren bestaande eigen bijdrage voor langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.
- 5 Mossialos, E. en Le Grand, J., (red.): *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, 2001, p. 454.
- 6 Donatini, A., Rico, A., D'Ambrosio, M. M., Lo Scalzo, A., Orzella, L., Cicchetti, A., en Profili, S., in: Rico, A. en Cetani, T., (red.): *Health Care Systems in Transition. Italy 2001*, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001, pp. 46-47.
- 7 European Observatory on Health Care Systems: *Health Care Systems in Transition. Spain 2000*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000, p. 114.
- 8 Vallgård, S., Krasnik, A., en Vrangbæk, K., in: Thomson, S., en Mossialos, E., (red.): *Health Care Systems in Transition. Denmark 2001*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001, p. 30.

- 9 Mossialos, E. en Le Grand, J., (red.): *ibid.*, p. 83.
- 10 Hughes, J.: Health Expenditure and Cost Containment in Ireland, in: Mossialos, E. en Le Grand, J., (red.): *ibid.*, p. 487.
- 11 Lancry, P-J, en Sandier, S.: Twenty-Five Years of Cures of the French Health Care System, in: Mossialos, E. en Le Grand, J., (red.): *ibid.*, p. 449.
- 12 OECD: The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries, OECD, Paris, 1994, p. 261.
- 13 Busse, R. en Howorth, Ch.: Cost Containment in Germany, in: Mossialos, E. en Le Grand, J., (red.): *ibid.*, p. 324.
- 14 Exter, A. den, Hermans, H., Dosljak, M. en Busse, R.; Busse, R., Ginneken, E. van, Schreyögg, J. en Wisbaum, W. , (red.): Health Care Systems in Transition. The Netherlands, 2004, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004, p. 48.
- 15 European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition. Germany 2000, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000, pp. 48-49.
- 16 Sandier, S., Paris, V., Polton, D.; Thomson, S., Mossialos, E., (red.): Health Care Systems in Transition. France 2004, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004, p. 40.
- 17 Sissouras, A., Karokis, A., en Mossialos, E.: Health Care and Cost Containment in Greece, in: Mossialos, E en Le Grand, J., (red.): *ibid.*, p. 379.
- 18 Pereira, J., Campos, A. C. de, Ramos, F., Simões, J. en Reis, V.: Health Care Reform and Cost Containment in Portugal, in: Mossialos, E. en Le Grand, J., (red.): *ibid.*, p. 655.
- 19 Theurl, E.: Health Expenditure and Cost Control in Austria, in: Mossialos, E., en Le Grand, J., (red.): *ibid.*, pp. 623-624.
- 20 Fattore, G.: Cost Containment and Reforms in the Italian National Health Service, in: Mossialos, E. en Le Grand, J., (red.): *ibid.*, p. 522.
- 21 Robinson, R.: User Charges for Health Care, in: Mossialos, E. en Le Grand, J., (red.): *ibid.*, p. 178.
- 22 Järvelin, J.; Rico, A. en Cetani, T., (red.): Health Care Systems in transition. Finland 2002, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002, p. 37.
- 23 Figueras, J., Saltman, R. B., Busse, R. en Dubois, H. F. W.: Patterns and Performance in Social Health Insurance Systems, in: Saltman, R. B., Busse, R., Figueras, J., (red.): Social Health Insurance Systems in Western Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, p. 112.

- 24 Paterson, I. en Judge, K.: Equality of Access to Healthcare, in: Mackenbach, J. en Bakker, M. (red.): Reducing Inequalities in Health. A European Perspective, Routledge, 2002, p. 172
- 25 Wasem, J., Groß, S. en Okma, K. G. H.: The Role of Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries, in: Saltman, R. B., Busse, R. en Figueras, J., (red.): *ibid.*, p. 236
- 26 Schriftelijke informatie ontvangen via de heer Paul Robinson van de heer John Scannell van het Ierse ministerie van volksgezondheid (Department of Health and Children).
- 27 European Observatory on Health Care Systems. United Kingdom 1999, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999, p. 44.
- 28 Mossialos, E. en Thomson, S. M. S.: Voluntary Health Insurance in the European Union, in: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., (red.): Funding Health Care: Options for Europe, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, 2002, pp. 148-149.
- 29 Donatini, A., Rico, A., D'Ambrosio, M. M., Lo Scalzo, A., Orzella, L., Cicchetti, A. en Profili, S.: *ibid.*, p. 63.
- 30 Feuerstein, G. en Kuhlmann, E., (red.): Rationierung im Gesundheitswesen, Ullstein Medical, 1998, p. 24.
- 31 Health Care 2000: UK Health and Healthcare Services. Challenges and Policy Options, London, 1995, pp. 4-5.
- 32 Trappenburg, M.: Gezondheidszorg en Democratie, inaugurele rede, Erasmus universiteit, Rotterdam, 2005, p. 26.
- 33 Bongers, I. M. B., Weert, C. M. C. van, Vis, C. M., Garretsen, H. F. L., Das, M.: Kwaliteit en Kwantiteit van de Gezondheidszorg en actuele Beleidsontwikkelingen in de Gezondheidszorg in 2005: Nederlanders aan het Woord, Tilburg, 2005.
- 34 Waar ik overigens een groot voorstander van ben.
- 35 Evans, R. G. en Stoddart, G. L.: Producing Health, Consuming Health Care, in: Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, Th. R., (red.): Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations, Aldine de Gruyter, New York, 1994, pp. 36-37.
- 35 Turner, A.: Just Capital. The Liberal Economy, Pan Books, 2002, p. 95.

Noten bij hoofdstuk 3

- 37 Zie onder meer, artikel 12 lid 1 (recht op gezondheid) van het Internationaal Verdrag inzake de Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR), Trb. 1969, 100.
- 38 Gewezen wordt op de ‘Algemene Commentaren’ (General Comments) in het kader van het IVESCR, in het bijzonder: General Comment no. 3 on the Nature of States Parties obligations, art. 2(1) in: VN Doc. E/1991/23, en General Comment on Health no. 14, May 2000, the right to the highest attainable standard of health, art. 12 ICESCR, VN Doc. E/C.12/2000/4 toegankelijk via de ICESCR databank. Zie tevens IAO Conventies No. 102 (Trb. 1953, 69) en 103 inzake sociale zekerheid (Trb. 1953, 129) en No. 130 betreffende aanspraken medische zorg bij ziekte, alsook de Europese (herziene) sociale zekerheidscode Trb. 1965, 47 en Trb. 1993, 123.
- 39 Zie de uitspraak CRvB 29 mei 1996, RSV 1997/9, m. nt. Vlemminx (Eigen bijdragen voor kraamhulpregeling).
- 40 Zie VN Doc. E/1991/23, pt 9. In de literatuur zijn de non-regressie bepalingen ook wel bekend als ‘standstill’ of ‘hardship’ clauses, zie o.a.: G. Maes. De afdwingbaarheid van sociale grondrechten. Intersentia, 2003, p. 110 e.v.
- 41 Zie tevens Exter A.P. den. “De nieuwe basisverzekering en de ‘standstill-clausule’”. NJB (2002), p. 2143.
- 42 Ethica 1131a25.
- 43 Nozicks fameuze omschrijving van rechtvaardigheid (‘[T]o each according to what he makes for himself’) is een typische weergave van de gedachte dat verdienste eerst en vooral merite is. Zie R. Nozick, *Anarchy, State and Utopia*, Oxford 1974, p. 160.
- 44 Deze opvatting van rechtvaardigheid werd bijvoorbeeld gehuldigd door Kropotkin en – tot op zekere hoogte – door Rawls. Zie Kropotkin, P., *La Conquête du Pain*, Paris 1892 en J. Rawls, *A Theory of Justice*, Cambridge MA 1971.

- 45 Raphael, D, *Concepts of Justice*, Oxford 2001, p. 6
- 46 Walzer, M, *Spheres of Justice: a defense of pluralism and equality*, Oxford 1985.
- 47 Buijsen, M. en Exter, A.den, “‘Eigen schuld’ speelt geen rol in de gezondheidszorg’, NRC Handelsblad 22 november 2003.
- 48 Wet van 23 december 2004, Stb. 725, tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimeruggaaf . Zie tevens Besluit van 23 december 2004, Stb. 726, tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.
- 49 Kamerstukken II 2003/04, 29 483, nr. 3.
- 50 Buijsen, M, Exter, A. den en Hermans, B, ‘Chronisch zieke blijft in de kou zitten’, in Trouw 20 oktober 2004.
- 51 Kamerstukken II 2003/04, 29 483, nr.4.
- 52 Wet van 16 juni 2005, Stb. 368, houdende regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen (Wet op de zorgtoeslag).
- 53 Concluding Observations Irak VN Doc. E/1998/22, punt 253.
- 54 Zie supra noot 3.
- 55 Wetters-Bronsgest, M.W., ‘Eigen bijdrage aan een zijden draadje?’, in RZA 2004, p. 975-977.
- 56 Resoluties CSS(93) 9 en CSS(2003)10 van het Comité van Ministers van de Raad van Europa.
- 57 Zie supra noot 3. De koppeling met deze eerdere uitspraak is gebaseerd op het juridische fenomeen ‘reflexwerking’ van verdragen, waarbij de rechter bij de uitleg van een bepaling in het nationale recht, rekening houdt met volkenrechtelijke regels. In het geval van kraamhulp kwam de Nederlandse regeling van verplichte eigen bijdragen in strijd met IAO-conventie 102 en 103.
- 58 Wetters-Bronsgest, p. 978.
- 59 Wet van 16 juni 2005, Stb. 358, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringwet).
- 60 Buijsen, M, en Exter, A. den, ‘Keuze voor solidariteit. Kanttekeningen bij het voorstel Zorgverzekeringwet’, in TvGR 2005, p.111-118.
- 61 Over het leerstuk van intrinsieke en instrumentele goederen, raadplege men bijvoorbeeld R. George, In *Defense of Natural Law*, Oxford 1999.
- 62 Zie Buijsen, M, ‘Solidariteit, rechtvaardigheid en de zorg om gezondheid’, verschijnt in *Filosofie & Praktijk* 2005/5.

Noten bij hoofdstuk 5

- 63 Centrum voor ethiek en gezondheid, Economisering van zorg en beroepsethiek, Zoetermeer, 2004.
- 64 Pols, J, 'Macht en dwang in psychiatrische hulpverlening', in: Waardenvol werk – Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg, J. raste & D. Bauduin (red.), Assen, 2000, p. 130-149.
- 65 Zie Pols, J, 2000.
- 66 Zie voor deze definitie Tronto, J, Moral Boundaries – A political ethics of care, New York, 1993.
- 67 Verkerk, M.A., 'Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden', in: In gesprek over goede zorg, H. Manschot & H. van Dartel, Amsterdam, 2003.

