

Gezondheidszorg als handelswaar: worden we daar beter van?

Achtergronden en ontwikkelingen

Maarten J. Rutgers



Eburon
Delft 2018

ISBN 978-94-6301-163-1 (Paperback)
ISBN 978-94-6301-176-1 (Ebook)

Uitgeverij Eburon
Postbus 2867
2601 CW Delft
tel.: 015-2131484 / fax: 015-2146888
info@eburon.nl / www.eburon.nl

Schilderij omslag: Rotterdam, door Harriet Rutgers-Kros
Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag
Grafisch ontwerp: Studio Iris, Leende

© 2018. Dr. M.J. Rutgers. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

Voorwoord

De weg tot dit boek, mijn ontdekkingsstocht, vergde geruime tijd om af te leggen; tijd die ik nodig had naast mijn reguliere werkzaamheden, werkzaamheden die echter ook de elementen voor dit geschrift leverden; tijd die zich niet alleen in uren, dagen, maanden, jaren laat beschrijven, tijd die vooral *mijn* tijd was, “tijd als duur” (Hermsen 2009), tijd die ik dus ook niet als lang beleefd heb, maar in essentie als behorend bij de ontdekkingsstocht die mij veel bracht, ook in relatie tot mij, tot wie ik ben. In die zin was het kort en dichtbij, maar nooit af. In de loop van de tijd, onderweg, heb ik sporadisch al eens een en ander over de gezondheidszorg gepubliceerd.

Een boek als dit komt tot stand door toedoen van velen, vooral de vrienden, de gesprekspartners, de meelezers, de commentaarleveraars en vooral een grote groep die niet beseft welke bijdrage zij geleverd hebben door bij mijn dagelijkse werk de afgelopen decennia in de Nederlandse gezondheidszorg betrokken te zijn geweest. Ik ben hun allen grote dank verschuldigd. Zonder hen was dit boek, waarvan de inhoud uitsluitend *mijn* verantwoordelijkheid is, niet tot stand gekomen. Degene echter die mij altijd steunde, die mij aanzette tot volhouden, die mij onvermoeibaar terzijde stond, mijn dierbare echtgenote, heeft het eindresultaat niet mogen zien. Onze gezamenlijke zorg was de gezondheidszorg, niet alleen door beiden korter of langer als professional te werken in die gezondheidszorg, maar vooral ook door de persoonlijke ervaringen als hulpverlener, mantelzorger én patiënt. Als ervaringsdeskundigen op diverse plekken in de zorg namen de vragen en zorgen eerder toe dan af. Het bracht de noodzaak om onderweg te gaan, de zoektocht te beginnen én na alles wat er zich in ons leven voordeed tot het einde vol te houden. Harriet overleed veel te vroeg; het is aan *haar* dat ik dit boek opdraag.

Inhoud

Inleiding	7
Gezondheidszorg vandaag (‘de sanitatis mercatus’)	17
Historisch besef	74
Gelijkheid (over individualisme en samenleving)	97
Vrijheid (over liberalisme en staatsvorming)	117
Broederschap (over solidariteit en economie)	143
Geloof (over wetenschap en scheppingsdrang)	181
En nu?	197
Toekomst?	221
Literatuur	231

Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg¹ staat volop ter discussie. Niet omdat zo nodig alles anders moet, niet omdat er niets deugt, maar omdat de gezondheidszorg onbetaalbaar dreigt te worden in de ogen van velen, in ieder geval in de ogen van de beleidsmakers, niet te vergeten de politici. Betaalbaarheid is in essentie een politiek begrip (Maarsse 2011). Dit is overigens geen nieuw geluid. Waarschuwingen dat de kostenontwikkeling van de georganiseerde gezondheidszorg onbeheersbaar dreigt te worden zijn al in de negentiende eeuw meermalen geuit (Post 2009, 2010). In de tachtiger jaren van de vorige eeuw werd ‘onbetaalbaar’ door politici van de rechterkant van het politieke spectrum breed gebruikt om neoliberal gedachtegoed te verhullen (Van Dam 2009). Al eerder, in de zestiger en zeventiger jaren, waren de kosten van de gezondheidszorg een politiek thema. Hoewel deze aan de orde komen in de Nota Volksgezondheid van minister G.M.J. Veldkamp uit 1966 wordt in de aanbiedingsbrief van de toenmalige staatssecretaris J. Hendriks bij de ‘Structuurnota Gezondheidszorg’ van 1974 voor het eerst nadrukkelijk gesproken over de sterke kostenstijging van de gezondheidszorg en de noodzaak tot ingrijpende hervormingen. In deze Nota werden begrippen als regionalisering en echelonnering gepresenteerd als oplossingen voor problemen van diverse aard. Het succes van deze oplossingen werd betwijfeld (Van Doorn-de Leeuw 1982). Nadien zijn er talloze nota’s² geproduceerd, commissies ingesteld, maar nog steeds wordt gezocht naar wegen om de kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden. Een opsomming nu draagt niet direct bij tot een oplossing, hoogstens tot een beter inzicht in wat er allemaal geprobeerd is. Hier zal verder vooral aandacht worden besteed aan een van

- 1 Hoewel het begrip ruimer is wordt hieronder veelal de curatieve zorg en langdurige en ouderenzorg verstaan. Als het om het kostenaspect gaat is meestal de ziekenhuiszorg het meest in het oog springend. In het spraakgebruik wordt onder gezondheidszorg veelal huisartsen- en andere eerstelijnszorg, waaronder thuiszorg, verstaan samen met ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg. Klamer (2008) spreekt liever over ziektezorg of beter nog over ziektebehandeling; gezondheidszorg heeft voor hem meer weg van preventie.
- 2 Bijv. door de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (‘cie. Dekker’), 1987.

de duurste componenten, de ziekenhuiszorg, zonder de andere onderdelen van de gezondheidszorg geheel uit het oog te verliezen³.

Op 1 januari 2006 is nieuwe wetgeving gerealiseerd. De Memorie van Toelichting van de Zorgverzekeringswet⁴ stelt:

Om alle ingezetenen noodzakelijke, betaalbare zorg te kunnen blijven bieden, is een optimaal presterend gezondheidszorgsysteem, waarin alle betrokkenen gestimuleerd worden tot een gepast gebruik van medische voorzieningen, onontbeerlijk.

Met deze wet ‘in de hand’ zijn de afgelopen jaren talloze maatregelen genomen. Zoals in de gehele samenleving was het vertrekpunt dat ‘de markt’ tot de meest doelmatige oplossing zou leiden. Intussen is wel duidelijk dat niet voor iedereen het uiteindelijke resultaat bekoorlijk is en er vele kanttekeningen geplaatst kunnen worden. Het is daarnaast niet duidelijk wat met markt bedoeld wordt. Vaak spreekt men over de tegenstelling markt en staat, markt en overheid. Het is goed te beseffen dat deze onzinnig is (Reich 2015). Zonder staat geen markt. De markt is een ordening en daarmee onderhevig aan regels, onderling afgesproken en door de staat vastgelegd.

Een bijzondere aanduiding voor de markt vinden wij bij het Zwitserse kunstenaarsduo Peter Fischli (1952) en David Weiss (1946-2012). Een van hun beroemdste stukken *Plötzlich diese Übersicht*, een verzameling van zo’n 350 kleifiguren⁵ die per stuk op een sokkel in de ruimte zijn opgesteld volgens een vast patroon, bevat een figuur “Freie Marktwirtschaft”, een kluwen vechtende mannen. In hoeverre hun observatie en interpretatie hout snijdt zullen we nog moeten zien.

Ook op andere manieren wordt het begrip markt op de korrel genomen. Met de benaming “de grootste show op aarde” (Haegens 2015) wordt aangegeven dat het begrip markt een illusie is, een fantasie is, op zijn minst een gebeuren waar fantasie en werkelijkheid door elkaar lopen. Wellicht niet verbazingwekkend dat de maatregelen die nu, het tweede decennium van de

3 Aan de discussie over de participatiesamenleving wordt hier geen aandacht besteed. Voor de gezondheidszorg betekent dit meer mantelzorg, meer vrijwilligerswerk. De meningen hierover zijn verdeeld. Zeker als deze vormen van zorg verplichtend worden (Putters 2014). Zijn er er wel voldoende vrijwilligers en mantelzorgers? Dit is onbekend. Ook de belasting van mantelzorgers wordt onvoldoende onderkend.

4 Kamerstukken 2003-2004.

5 Fischli en Weiss 2015.

eenentwintigste eeuw, onder de noemer marktwerking⁶ genomen worden om de kosten te beheersen, niet bij alle partijen weerklank vinden. Arrow (1963) gaf al aan dat gezondheidszorg en marktwerking op gespannen voet met elkaar staan. Ook Achterhuis heeft in 1988 de argumenten geleverd waarom deze gekozen weg – in zijn ogen – doodlopend is. Levi (2015) somt nog eens op welke “paradoxale uitkomsten van marktwerking in de dagelijkse praktijk van de zorg” ontstaan zijn.

De betrokkenen roeren zich danig, verketteren de ander en intussen neemt de politiek alle mogelijke beslissingen, beslissingen die het landschap van de zorg drastisch veranderen. Deze besturing typeert Maarse (2013) als “doormodderen”; overigens voor hem de normale gang van zaken. De hoofdrichting van de verandering kenschetst Frissen (2007) als “uitbreiding van het discours van marktwerking en geïntensiverde beheersing”. De gezondheidszorg wordt zo een gerantsoeneerde voorziening. Daarmee doet het begrip schaarste⁷ zijn intrede en mede als gevolg daarvan wordt de gezondheidszorg als beleidsterrein een prooi voor economen.

Gevoelsmatig passen gezondheidszorg en markt niet bij elkaar. Echter, de gezondheidszorg weerspiegelt, zoals ook andere delen van de samenleving, de vigerende opvattingen over de Nederlandse samenleving; evenzeer in de meeste westerse landen, met variaties. En overal is al decennia de koopman aan de macht (Priestland 2013) met alle gevolgen van dien.

Wat is nu de basis van deze opvattingen?

Zonder de historie te kennen kunnen we opvattingen huldigen over wat er nu gebeurt in de samenleving, over de beslissingen die door de overheid worden genomen over ons, met ons, zonder ons. Kunnen we ons opwinden over de beslissingen die in Den Haag worden genomen. Kunnen we het gevoel hebben en onder woorden brengen dat tussen Den Haag en de rest van Nederland een steeds grotere kloof gaapt. Kunnen we het beeld hebben gekregen dat de politieke werkelijkheid en onze eigen werkelijkheid, de

6 Het begrip markt is veelal niet eenduidig gebruikt, iedereen heeft zo zijn eigen opvatting. Een poging tot verheldering: Marktwerking is enerzijds een proces waarbij onder bepaalde voorwaarden volledige concurrentie tussen aanbieders bestaat, kopers de juiste prijs betalen en er een evenwicht bestaat; anderzijds een verdringingsrace tussen aanbieders, waardoor geen evenwicht ontstaat, maar wel veel dynamiek (naar Binswanger 2012). Daarnaast is het van belang een onderscheid te maken in productmarkt en factormarkt. De eerste is de ons bekende markt, waar we inkopen doen; de tweede is de plaats waar grond, arbeid en kapitaal verhandeld worden.

7 Bij Rawls (1921-2002) noodzaakt schaarste tot samenwerking; “een radicaal andere les” dan die van de economen, waar het de noodzaak voor nutsmaximalisatie aangeeft (Claassen 2004). Voor de gezondheidszorg lijkt samenwerking een prima optie.

werkelijkheid van onze alledag, elkaar niet meer dekken. Enzovoort. Waar het om gaat is dat de opvattingen in de politiek, opvattingen die de inrichting van onze samenleving in hoge mate bepalen en dus ook de gezondheidszorg betreffen, gebaseerd zijn op een aantal uitgangspunten. Die uitgangspunten kennen betekent begrijpen waarom het gaat zoals het gaat. Althans, dat zou zo moeten zijn. Het ermee eens zijn is van een geheel andere orde.

Een vraag die nog meer de diepte in voert is: hoe zijn de uitgangspunten tot stand gekomen? Wat ligt eraan ten grondslag? Is dat op te sporen?

Antwoorden op deze vragen wil dit boek proberen te ontrafelen. Daarnaast wordt naar de stand van zaken in de gezondheidszorg gekeken en een poging gedaan een blik op de toekomst te richten.

Er lijkt consensus te bestaan over het feit dat de huidige inzichten over de samenleving tot stand zijn gekomen – al dan niet na lange ‘omzwervingen’ – op grond van veranderde opvattingen die hun intrede in de samenleving deden in de periode die we de Verlichting plegen te noemen, een tijdsbestek van een kleine anderhalve eeuw, van ongeveer 1650 tot de Franse Revolutie in 1789, soms nog tot 1850. Die periode wordt wel gezien als het draaipunt, soms ook wel als breekpunt, waar de ‘oude’ tijd overgaat in de ‘nieuwe’ tijd⁸. Siedentop (2014) geeft aan dat vooral de schrijvers uit deze periode het verschil benadrukken tussen de ‘donkere’ middeleeuwen en hun eigen ‘verlichte’ tijd. De moderne, nieuwe tijd wordt door hem gekenschetst:

The liberation of the individual from feudal social hierarchies – as well as the liberation of the human mind from self-servicing clerical dogmas – represented the birth of modernity.⁹

Geboorte-uur is de naam die Kinneging¹⁰ ervoor gebruikt, geboorte-uur van het relativisme. Voor hem is dit moment niet favoriet, want in zijn opvatting startpunt van veel problemen. Hij is er dus niet van gecharmeerd. Het is en blijft echter een belangrijke periode in de geschiedenis, een periode die ons niet loslaat en ons hele leven heeft veranderd (Abicht 2007). Veenbaas (2013) laat zien dat er genuanceerd naar deze periode moet worden gekeken. Voor hem “ontstond ons geestelijk speelveld”.

8 Er wordt hierover ook anders gedacht (Pecar en Tricoire 2015).

9 Citaten worden veelal in de oorspronkelijke taal opgenomen.

10 In: *Opinio 1*, 2007 (http://delta-stichting2.blogspot.nl/2007_01_01_archive.html).

Het zou echter al die denkers tekortdoen die al voor de Verlichting van hun opvattingen kond deden, hun opvattingen aan het papier of perkament toevertrouwden. De denkers van de Verlichting grepen zelf vaak terug op hun voorgangers. Enerzijds om hun eigen standpunten te onderbouwen, er steun voor te vinden, meestal om zich ertegen af te zetten. Dit teruggrijpen ging dan tot in de vroege oudheid en de Griekse tijd met Plato, Aristoteles en vele anderen. Deze verlichtingsdenkers gaan volgens Siedentop (2014) voorbij aan de grote intellectuele inspanning die door denkers in de elfde tot de vijftiende eeuw is verricht.

Het is niet de bedoeling hier zover terug te gaan. Wel vond ik het tijdens de naspeuringen naar de wortels van de huidige (politieke) opvattingen noodzakelijk voor een beter begrip, mijn begrip, om terug te keren naar de zeventiende eeuw, het startpunt van de Verlichting¹¹.

In kort bestek kan geen alomvattend overzicht over de ontwikkelingen van ruim drieënhalve eeuw worden gegeven, geen overzicht met enige pretentie van volledigheid. Alleen over de Verlichting zijn al boekenkasten vol geschreven. Veelal werken van meerdere centimeters dikte (o.a. Blanning 2007, Israel 2001, 2006, 2010, 2014). Nee, datgene wat – in mijn ogen – voor het begrip van de materie van belang is – mijn keuze – wordt belicht. In het bestek van dit boek is niet de ruimte gevonden om alle voor- en tegenstanders van bepaalde opvattingen aan het woord te laten. Het zou vele jaren onderzoek en studie vergen en dan is het nog de vraag of iedereen wel aan bod komt. Gezocht werd in beginsel naar die auteurs die aantoonbaar invloed hebben gehad op de ontwikkelingen, die als grondleggers of voorgangers beschouwd kunnen worden. Die commentaar leverden, kanttekeningen plaatsten. Een voorbeeld: voor ons als relatief neutrale toeschouwers is het niet moeilijk Hobbes aan te wijzen als een auteur die nieuwe elementen aandroeg en die in zijn tijd de nodige discussie opriep; zijn directe invloed was na een halve eeuw flink tanende. Dit geldt zeker niet voor Locke, op wiens opvattingen diverse auteurs zich nog steeds beroepen. Ook Spinoza (1632-1677) heeft een wisselende invloed gehad, maar vooral de laatste jaren wordt duidelijk dat, ook zonder zich al te nadrukkelijk op Spinoza te beroepen, zijn opvattingen in de volgende eeuwen nog steeds bestudeerd werden. Overigens pas heel laat in Nederland. Daar diverse auteurs slechts een deel van hun geschriften tijdens hun leven durfden te publiceren, zijn wij geneigd onze mening mede te laten bepalen door postuum uitgebrachte werken en in nalatenschappen aangetroffen werk dat nooit is uitgegeven. Het valt niet te ontkennen dat op

11 Niet iedere auteur weet een scherp beginpunt van de Verlichting aan te wijzen. Er zou meer sprake zijn van een sluimerend en aarzelend begin, dat wellicht ook eerder kan worden gesitueerd (Veenbaas 2013).

basis van al het materiaal een beter inzicht kan worden verkregen omtrent de opvattingen van de schrijver, maar de invloed die betrokkene heeft gehad op de verdere ontwikkelingen is tot stand gekomen op basis van het gesproken woord, op basis van gepubliceerd materiaal tijdens zijn leven of kort na het verscheiden postuum uitgebracht werk. Aan werk uit de nalatenschap zal hier weinig aandacht worden besteed.

De hoeveelheid geschriften, van groot tot klein, is enorm en nauwelijks meer te overzien. En dagelijks komen er nieuwe bij. Er valt dus niet te ontkomen aan selectie. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij mij. Het was immers *mijn* zoektocht. Nooit is er de pretentie geweest een zuiver wetenschappelijk werk te schrijven; wel is geprobeerd de gebruikte literatuur zo veel mogelijk aan te geven, evenals de nodige citaten. Derhalve komen vooral die zaken aan de orde die mij hebben geholpen mijn doel te bereiken, begrijpen waarom het is zoals het is. Naast wetenschappelijk werk heb ik ook veelvuldig gebruikgemaakt van krantenartikelen, columns en andere uitingen van schrijvers, die van hun opvattingen kond deden. Veelal ging het om persoonlijke meningen, maar anderzijds ook om goed onderbouwde uiteenzettingen. Een bloemrijke veelheid in verscheidenheid dus.

De huidige staat van de gezondheidszorg is het begin¹², gevolgd door een historisch overzicht, mede over de gezondheidszorg. Vervolgens wordt aan de hand van de begrippen gelijkheid, vrijheid en broederschap getoond tot welke gedachten, maar vooral ook praktische uitvoeringen, deze geleid hebben. De beide eerste begrippen zijn een centraal thema in de Verlichting en werken door in het heden. Broederschap is een begrip dat later, in de Franse Revolutie, aan het eind van de Verlichting een rol ging spelen. Hier komt de algemene achtergrond aan de orde, niet de gezondheidszorg in het bijzonder. Als intermezzo wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van de wetenschap, gevolgd door enkele algemene bespiegelingen. Dit alles culmineert in een toekomstperspectief van de gezondheidszorg met verscheidene invalshoeken. Hiermee is niet gezegd dat mijn analyse vanzelf tot een eenduidige oplossing leidt. Het is ook de vraag of dat noodzakelijk is, of dat geëist mag worden (Streeck 2013a). Meestal is er meer voor nodig. Vandaar slechts een vooruitblik, een aanzet in de richting waarin oplossingen gezocht kunnen worden. Er is nog veel werk aan de winkel.

12 Hierbij werd dankbaar gebruikgemaakt van een eerdere publicatie (Rutgers 2016).

Gezondheidszorg vandaag

Solidariteit in de gezondheidszorg was vroeger solidariteit in kleinste kring, in familieverband. Verpleging en verzorging werden thuis ter hand genomen. Al in de middeleeuwen werd gezocht naar mogelijkheden om mensen te voorzien van professionele hulp. Naast de activiteiten van kloosterorden en soms andere liefdadigheidsvoorzieningen zochten georganiseerde beroepsgroepen naar mogelijkheden om de aangesloten leden hulp te garanderen in geval van ziekte. Het waren de gilden die een soort fonds voor zieke leden oprichtten. Door het heffen van contributie werd het fonds gevoed. In latere eeuwen werden de toelatingscriteria tot deze fondsen steeds verder verruimd, zodat grotere delen van de bevolking een beroep konden doen op zorgvoorzieningen. Voor de welgestelden was er altijd al toegang tot zorg. Zij betaalden immers zelf of verkregen rechten door – grote – schenkingen aan de Kerk. De te verkrijgen zorg was echter niet voor iedereen hetzelfde. Een tweedeling in de zorg was eeuwenlang een feit. Ook op vele andere terreinen bestond een tweedeling, vrijwel geheel langs dezelfde scheidslijnen. Tweedeling was de norm, is de norm, ook nu nog. De grote vraag is of dit wenselijk is. Met de uitgangspunten van de Franse Revolutie, waarover later meer, spoort het in ieder geval niet; ook stuit de ongelijkheid die hiermee gecreëerd wordt tegen de borst.

In de negentiende eeuw bestonden weliswaar de gilden niet meer, maar er bleef nog steeds behoefte aan een soort verzekering tegen ziektekosten. In deze periode zagen verscheidene onderlinge verzekeringen, werkgevergerelateerde en ook door artsen opgezette verzekeringen het licht. Al deze vormen waren grotendeels gebaseerd op het principe van solidariteit, solidariteit onder de aangeslotenen. Deze nieuwe vorm van solidariteit kreeg gestalte, gesteund door de vele geschriften en debatten over de ontwikkeling van de samenleving, een samenleving waarin arbeidsdeling was ontstaan na de industriële revolutie. Een samenleving die de rechtsstaat ontwikkelde, waarin gelijkheid het belangrijke thema was, naast vrijheid. Het gevolg van de Franse Revolutie. Opnieuw zijn het in deze periode de welgestelden die de kosten van medische hulp voor eigen rekening nemen.

Pas in de twintigste eeuw ontstaan de particuliere zorgverzekeraars. Ook zij hanteren solidariteit als principe; ze zijn in feite onderlinge waarborgmaatschappijen. Vrijwel alle zorgverzekeraars behoren tot deze categorie of kennen een structuur waarbij de leden invloed hebben. Op dit moment zijn vrijwel alle inwoners van Nederland op de een of andere wijze verzekerd tegen ziektekosten. De groep onverzekerden – vroeger vooral vanwege geloofsovertuiging – lijkt toegenomen. Nu horen hier ook de wanbetalers toe. Uit het persbericht¹³ van 4 december 2009 bij het wetsvoorstel om wanbetalers beter te kunnen aanpakken blijkt dat een evaluatie van de nieuwe Zorgverzekeringswet laat zien dat er een toename is van onderlinge solidariteit, gemeten aan het feit dat iedereen hetzelfde basispakket heeft, maar ook een toename van het aantal onverzekerde wanbetalers. Dit laatste als gevolg van de hoogte van de nominale premie. Deze groep heeft een geringere omvang dan aanvankelijk werd aangenomen. Actief beleid op grond van de wet ‘Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering’ dringt het aantal de laatste jaren duidelijk verder terug tot wellicht aanvaardbare proporties (Maagdelijn en De Bekker 2014, RIVM 2015a). In 2016 is een aanvulling en verscherping in werking getreden¹⁴.

Het aantal wanbetalers steeg aanvankelijk langzaam¹⁵. We zijn weer terug op het niveau ten tijde van de Ziekenfondswet, procentueel wel te verstaan¹⁶. Er komen maatregelen (2014) om de harde kern van wanbetalers aan te pakken¹⁷. Halverwege 2016 is een daling zichtbaar geworden van ca. 11%. De soepeler opstelling van zorgverzekeraars blijkt succes te hebben¹⁸. Het aantal personen met een betalingsregeling stijgt wel.

In de gehele periode 2006-2018 is de zorgpremie sterk toegenomen¹⁹, ondanks de daling in 2014; is het eigen risico²⁰ verhoogd, de basisverzekering beperkt en de aanvullende verzekering uitgebreid. Los hiervan zijn diverse

13 http://www.regering.nl/Actueel/Persberichten_ministerraad/2009/december/04/Eerste_evaluatie_Zorgverzekeringswet

14 Verzekerdenmonitor 2016.

15 Verzekerdenmonitor 2014, NZa 2014, RIVM 2015a.

16 Brief minister Schippers aan Tweede Kamer d.d. 7 oktober 2014 (<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/10/07/kamerbrief-over-verzekerdenmonitor-2014.html>)

17 <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/wanbetalers-en-onverzekerden>

18 Zie: www.zorginstituutnederland.nl, nieuws 3 augustus 2016, Verzekerdenmonitor 2016, Brief minister Schippers aan Tweede Kamer d.d. 11 oktober 2016 (<https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2016/10/11/kamerbrief-over-vws-verzekerdenmonitor-2016>).

19 Zie ook: Vermeend en Van Boxtel 2010.

20 De groep met een vrijwillig verhoogd eigen risico is van 2006 tot 2016 toegenomen van 5 tot 12%. Het heeft de risicosolidariteit, het door mensen met een laag gezondheidsrisico meebetalen aan de zorg voor mensen met een hoger risico, niet aangetast (CPB 2016).

kosten niet meer opgenomen in enige verzekering. Het totaal maakt dat voor de individuele Nederlander de zorgkosten stijgen, voor bijna een kwart zelfs zodanig dat ze in financiële problemen komen (Van der Schors, Van der Werf en Schonewille 2015). In de loop van de tijd is er een kloof blijven bestaan tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. In de basisverzekering wordt de primair noodzakelijk geachte zorgverlening ondergebracht. De overheid bepaalt wat hiertoe behoort. Toetreding tot de basisverzekering is in principe gegarandeerd. Dit geldt niet voor de aanvullende verzekering. Eenmaal togetreden tot de verzekering ben je verzekerd van de afgesproken zorg. Het gehele stelsel berust nu op solidariteit van iedereen met iedereen, van allen met allen. Het is brede solidariteit, immers belangensolidariteit, inkomenssolidariteit, risicosolidariteit, kanssolidariteit, intergenerationele solidariteit of leeftijdsolidariteit, leefstijlsolidariteit, zorguitkomstsolidariteit, verticale solidariteit, horizontale solidariteit, formele en informele solidariteit²¹. Kortom, de georganiseerde administratieve solidariteit is groot. Het leidt tot discussie over de verschillende soorten solidariteit, met alle gevolgen van dien. Welke kan wat minder, welke zeker niet, enzovoort. Het past in de manier waarop wij vraagstukken behandelen: verdelen in kleinere delen, waardoor het lijkt alsof oplossingen gemakkelijker te vinden zijn. Hetgeen ook geregeld zijn nut afwerpt. Het past de gezondheidszorg sober te blijven; we spreken over solidariteit, hetgeen in wezen intermenselijke solidariteit behelst. Het leidende principe in de zorg is dat arm en rijk voor de dokter gelijk zijn (Trappenburg²²). Risicosolidariteit, met leeftijd- en leefstijlsolidariteit, benadert het vraagstuk vanuit het financiële standpunt. In de discussie gaat het over de houdbaarheid van deze solidariteit, al deze soorten solidariteit, wellicht de ene wat meer dan de andere (RVZ 2013a). Risicosolidariteit kan ook onbedoeld, onbewust, ondermijnd worden. Of dit feitelijk gebeurt moet nog aangetoond worden; lichte aanwijzingen zijn er wel (NZa 2016).

Medische behoefte bepaalt de medische zorg. Deze uitspraak wordt nog steeds door grote delen van de Nederlandse bevolking onderschreven. Ook de KNMG, de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, de belangenbehartiger van de medici, maar ook de bewaker van de professionele autonomie²³ en de medische ethiek, staat in haar gedragsregels discriminatie – op welke grond dan ook – niet toe. Trappenburg (2009a) stelt dat de ingevoerde marktwerking deze breed gedeelde norm zal corrumperen, ja uiteindelijk zelfs zal vernietigen. Zij noemt enkele punten die haar tot deze stellingname brengen:

21 N.a.v. RVZ 2006a.

22 In: De Jong en Buijsen 2005.

23 Al langer ter discussie en op z'n minst aan vernieuwing toe (Van Oorschot et al. 1995).

Marktwerking leidt tot voorkruipzorg. Marktwerking leidt tot een verschuiving van aandacht, mankracht en energie naar lucratieve, veel voorkomende ziekten. Vraagsturing zorgt ervoor dat patiënten worden behandeld op basis van hun eigen voorkeuren, die niet altijd samenvallen met datgene wat objectief medisch bezien voor hen het beste zou zijn. En vraagsturing stimuleert een ongeremd egoïsme van patiënten in de zorg.

Voorkruipzorg is zorg gebaseerd op welke verzekeringsmaatschappij je als patiënt hebt gekozen en op het type verzekering. Verzekeringsmaatschappijen zouden afspraken met ziekenhuizen kunnen maken om ervoor te zorgen dat hun verzekerden eerder, maar vooral sneller, gestroomlijnder, door het systeem gaan. Bemiddelingsorganisaties sluiten dan overeenkomsten om door hen aangedragen patiënten eerder en sneller te helpen. Ook bedrijven doen het laatste. Buijsen (2009) argumenteert dat een dergelijke handelwijze op grond van internationale regelgeving niet acceptabel moet worden geacht. Tevens is het medisch-ethische beleid zoals geformuleerd door het ministerie van VWS in strijd met deze gang van zaken; een gang van zaken die overigens door datzelfde ministerie niet zonder meer wordt veroordeeld.

Een nieuw fenomeen is dat verzekerden ervoor kiezen geen gebruik te maken van zorg omdat het eigen risico²⁴ de laatste jaren is verhoogd (SCP 2013). Het gaat om ongeveer 2% van de bevolking (RIVM 2015a). Ook gezamenlijk onderzoek (2015) van NPCF, LPGGz en ieder(in) wijst in dezelfde richting. Dit getal is sinds 2009 stabiel (Van Esch et al. 2015). Een enkel onderzoek (2015²⁵, 2016²⁶) op verzoek van een zorgverzekeraar komt in een beperkte steekproef tot nog hogere cijfers, 7 of 8%. In internationaal perspectief is dit een laag percentage, in lijn met het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Zweden en Noorwegen. Uitschieters zijn Zwitserland met 22% zorgmijders vanwege de financiële gevolgen en de Verenigde Staten met 33% (Osborn et al. 2016). Interessant is dat zo'n 60% van de onderzochte steekproef²⁷ voorstander is van een geheel of gedeeltelijk inkomensafhankelijke zorgpremie. Dit aantal ligt wat lager onder hogere inkomensgroepen en mensen die in het onderzoeksjaar geen zorggebruik hadden.

24 Wat precies onder het eigen risico valt is bij een groot deel van de onderzochte groep onbekend (<https://www.vgz.nl/SiteCollectionDocuments/2016/Het-eigen-risico-in-de-zorg-2016.pdf>).

25 <https://www.cooperatievgz.nl/newsroom/patienten-niet-of-later-naar-arts-door-hoger-eigen-risico>

26 <https://www.vgz.nl/SiteCollectionDocuments/2016/Het-eigen-risico-in-de-zorg-2016.pdf>

27 <https://www.vgz.nl/SiteCollectionDocuments/2016/Het-eigen-risico-in-de-zorg-2016.pdf>