

## **Voorwoord**

In december 2000 publiceerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) zijn advies *De rollen verdeeld: burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg*.

Tijdens het schrijven van het advies ondernam de RVZ een groot aantal activiteiten. Een daarvan was een ontmoeting van economen en ethici in de Fundatie van Renswoude in Utrecht. De ontmoeting had de vorm van een debat. De aanwezigen debatteerden over schaarste, over tweedeling en over verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid. In essentie ging het om de vraag: is gezondheid individueel of collectief? Maar het ging natuurlijk ook om de afweging van waarde en waarden.

De resultaten van de uitwisseling van economische en ethische argumenten gebruikte de RVZ bij het schrijven van zijn advies. Aan Herman Vuijsje vroeg de RVZ een essay te schrijven over het debat. Dat ligt nu voor u. Dit essay publiceert de RVZ met de bedoeling de discussie over de gezondheidszorg te voeren met uitdagende stellingen.

In een bijlage treft de lezer een lijst van deelnemers aan het debat aan.

Prof. drs. J. van Londen  
voorzitter

Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt 4

## Inleiding

De stemmige bijeenkomst in de *Fundatie van Renswoude*, een achttiende-eeuws monument in de Utrechtse binnenstad, zou een buitenlandse bezoeker ongetwijfeld hebben gesterkt in zijn beeld van Nederland. Bedachtzame dames en heren beklimmen de stoep; de *opinion leaders* van een nuchtere natie komen bijeen om alvast wat lijnen naar de verre toekomst uit te zetten. Nederland staat immers bekend als het land waar maatschappelijke planning al sinds eeuwen een 'way of life' is. Kijk maar naar het landschap, dan zie je het meteen. Maar het mag dan eeuwenoud zijn, dat beeld van de Hollander, altijd op zoek naar planmatige oplossingen - het is niet van alle tijden. Zeker, Nederlanders plannen nog steeds: hun carrière, hun kinderen, ja, het tijdstip van hun eigen dood. Maar de ordening van het maatschappelijk leven lijkt hen de laatste decennia nogal wat moeite te kosten. Dat wordt deze middag nog eens gedemonstreerd in de Fundatie van Renswoude. Want deze bijeenkomst gaat niet over de verre toekomst. Dit is een crisisberaad over een acute noodtoestand voor tienduizenden en een bedreiging voor miljoenen. En die noodtoestand is het gevolg van een planningsfiasco van de eerste orde. Wat is simpeler dan, met demografische projecties in de hand, de vraag naar medische diensten te voorspellen? Het is ons in Nederland niet gelukt.

Ja - er is aan planning gedaan, in overvloedige mate zelfs. Al sinds de Tweede Wereldoorlog stuurt de overheid de gezondheidszorg via het aanbod van voorzieningen. Ieder ziekenhuisbed, iedere opleidingsplaats is door de centrale overheid gepland. Tot de jaren tachtig werkte het, daarna liep het vast. Maar pas in het jaar 2000 zijn we bereid dat onder ogen te zien. Het is goed mis - wat nu?

Dat is de vraag die leidende ethici en economen elkaar op 31 augustus 2000 onder leiding van dagvoorzitter Bert de Vries stellen in de Fundatie van Renswoude. Het dubbeldebat over 'waarde en waarden' in de gezondheid maakt deel uit van de aanloop naar het RVZ-advies over de rollen verdeeld. Dit boekje is geen poging om de debatten volledig weer te geven. Het is een beredeneerd verslag, aangevuld met impressies en overwegingen van de schrijver.

## Ethici en economen

*De mensen sterven en zijn ongelukkig* stond vroeger gekalkt op een vervallen, afgebladderde muur in Amsterdam-Oost. Het was geen protest maar een verzuchting. Tegenwoordig zou er heel goed kunnen staan: *de mensen sterven en staan op de wachtlijst*. Er sterven in het welvarende Nederland mensen terwijl ze op de wachtlijst staan, constateerde de correspondent van de Belgische krant *De Standaard* dit jaar, 'en dat wekt verdraaid weinig verontwaardiging.'<sup>1</sup>

Als het aan de klant lag, dan waren er geen wachtlijsten, zoveel is zeker. Het bestaan van wachtlijsten, en de geringe verontwaardiging die dat wekt, bevestigt de ondergeschikte positie van de klant in het Nederlandse zorgsysteem. Sinds de jaren tachtig zijn er allerlei voorstellen gedaan om de marktwerking te vergroten en de vraagkant te versterken - overwegend tevergeefs. Nog steeds hebben we in Nederland een ziektekostenverzekering, gebaseerd op aanbodsturing. De eigen verantwoordelijkheid van de klant speelt nauwelijks een rol. "Als je een zwakke vraagzijde hebt," zegt de gezondheidseconoom Erik Schut in de Fundatie van Renswoude, "kun je twee dingen doen: proberen het aanbod in toom te houden, of de vraagzijde te stimuleren. Dat laatste zijn we nu ruim tien jaar aan het proberen, maar de schizofrenie van het beleid is dat tegelijk de aanbodbeheersing voortduurt."

We waren in Nederland altijd zo trots op onze bekwaamheid in het vinden van de gulden middenweg. Piet de Jong, premier en ex-duikbootkapitein, wist het al zo mooi te zeggen: "je moet niet te veel naar bakboord sturen, maar ook niet te veel naar stuurboord." Maar intussen zijn we met die koers zoetjesaan aan lagerwal geraakt. Bovendien spoort ons hybride stelsel niet met Europa.<sup>2</sup>

Kiezen dus - maar hoe moest dat ook alweer? In de Fundatie van Renswoude trekken economen en ethici zich, na een algemene inleiding door Van der Grinten, in gescheiden zittingen terug om daarover te beraadslagen.

Zijn de ethici de *softies* van de bijeenkomst? Nee, want zij hebben Heleen Dupuis, die het debat opent in een flitsende dialoog met Louise Gunning. Onderwerp is de vraag of er een solidariteitsaspect in de verzekering moet zitten, en of

de overheid zich ermee moet bemoeien. Gunning vindt van wel. Zij bepleit een weloverwogen 'paternalisme' van de overheid. Dat is nodig opdat iedereen zich tegen belangrijke risico's verzekert. "Solidariteit kan niet zonder paternalisme van de staat." Maar dat is helemaal niet het soort solidariteit waarover Dupuis het wil hebben. "In principe is iedereen zelf verantwoordelijk. De overheid heeft alleen te maken met de 'Rawlsiaanse' solidariteit, een overeenkomst op basis van eigenbelang en wederkerigheid. Die overeenkomst moet de overheid goed regelen. Maar het is niet haar taak om naastenliefde te bedrijven, noch om haar burgers dat te leren".

Dupuis brengt haar standpunt met verve, maar de meeste ethici neigen toch meer naar Gunning. Sessievoorzitter Hans Adriaansens constateert dat de ethici in het algemeen een duidelijk motief voor de overheid zien om te interveniëren in de gezondheidszorg. Of je dat nu paternalisme noemt of niet - in de gezondheidszorg is een krachtige en alerte marktmeester nodig. "Het enten van het stelsel op eigen verantwoordelijkheid zou wel eens een fata morgana kunnen zijn".

Bij de economen blijkt het beginsel *time is money* zijn tol te hebben geëist. Als ze zich hebben teruggetrokken in de bovenzaal, blijkt van hen een aanmerkelijk groter aantal verhinderd dan van de ethici. Eduard Bomhoff laat zich hierdoor niet uit het veld slaan. In een debat met Schut pleit hij voor een Copernicaanse wending in de financiering van de gezondheidszorg: "Niet meer zeggen: er is een hoeveelheid geld, hoe zullen we die besteden? Maar de vraag stellen: wat zijn we aan elkaar verplicht? Welnu, de grondwet legt de overheid een verplichting op om zorg te garanderen. Wil je daaraan voldoen, dan heb je, net als in de volkshuisvesting, een excesscapaciteit nodig van bijvoorbeeld vijftien procent". Schut stelt daartegenover dat het creëren van overcapaciteit niet meteen tot een goed gebruik van voorzieningen leidt. "We hebben het afgelopen jaar flink wat geld in de wachtlijsten gestopt maar die zijn eerder langer dan korter geworden."

De discussie ontwikkelt zich al gauw naar de vraag hoever de grondwettelijke zorggarantie moet gaan. De overheid heeft zich daar nooit over durven uitspreken. Na ruim een uur praten concludeert voorzitter De Vries dat de economen

milder zijn geworden. Aanvankelijk was de sfeer nogal sterk: 'laat die hele macrokostenbeheersing maar los'. Maar men eindigde met een poging om de inhoud van het medisch 'grondrecht' te omvademmen, plus de vraag wat dat mag kosten.

### **Eigen verantwoordelijkheid?**

Meer dan de ethici tamboereren de economen op het belang van de eigen verantwoordelijkheid. "Ik voorzie een ontwikkeling," zegt Wijffels, "waarin de zorg veel meer gaat verschuiven naar de voorzorgkant. Begeleiding van gezondheid wordt onderdeel van de gezondheidszorg." En Wijffels is niet de enige. Een krachtige stroming in gezondheidsland predikt dat de zorg zich niet meer op 'ziekte' moet richten, maar op 'gezondheid'. En op de eigen verantwoordelijkheid die mensen daarvoor hebben. Het oude axioma dat mensen in ziekte en gezondheidsgedrag gelijk zijn, gaat niet meer op. Gezondheidsrisico's zijn geen *chance* meer, maar *a choice*.

Beneden, bij de ethici stelt Adriaansens de vraag: "Wérkt het eigenlijk wel, die mooie slogan van eigen verantwoordelijkheid? Hoe zit het bijvoorbeeld met het gevaar van *free riding* en *moral hazard*? Wat doen we tegen de 'claimcultuur', de verleiding om meer gebruik te maken van diensten omdat die toch door de verzekering worden gedekt?" Dat zijn vragen die in ieder geval hierboven gesteld worden.

Van Gunning mag dat, en een antwoord heeft ze ook. "Het inwisselen van politieke sturing voor eigen verantwoordelijkheid van de burger zal de gezondheidszorg meer van het volk maken," citeert zij uit de voorbereidende paper van de bijeenkomst, en vervolgt: "als ik zoiets lees, dan grúw ik. Als je ziek bent, en je weet niet precies wat er aan de hand is, dan heb je recht om patiënt te zijn, om een zekere professionele verantwoordelijkheid bij de gezondheidszorg neer te leggen. De gezondheidszorg ís juist al van het volk, en niet van het individu, doordat we een volksvertegenwoordiging kiezen om de moeilijke keuzes te maken."

Galjaard moet niets hebben van 'een definitie van gezondheid'. "Dan denk ik terug aan de jaren zestig, toen de WHO gezondheid definieerde als 'de situatie van volledig fysiek, geestelijk en maatschappelijk welzijn.' En dat er nog huisartsen waren die die onzin geloofden! Het is natuurlijk onmogelijk om gezondheid te definiëren. Dus als we dat straks boven even kunnen zeggen."

Van de Vathorst valt Gunning bij: "Dat de mensen nu gezonder zijn, komt niet doordat ze gezondere keuzes maken, maar doordat het drinkwater schoon is, het voedsel niet verontreinigd, en doordat we een consultatiebureau hebben voor zuigelingen."

Galjaard: "Maar er is óók vooruitgang bij de mensen zelf. Patiënten zijn steeds beter op de hoogte. Als ik 's avonds thuiskom, weet ik niet hoe gauw ik die buis moet afzetten, omdat je wéér in zo'n open buik kijkt met een of andere Ria. Mensen zijn beter opgeleid en ze zijn geïnteresseerd in gezondheid. Dát kunnen we boven rapporteren, alleen: dat proces gaat niet zo snel, en er blijft een onderlaag."

Den Hartogh: "Het gaat voor het grootste deel om risico's die voor iedereen *by and large* gelijk zijn, met name dat er aan het eind van het leven grote uitgaven nodig zijn. En dan denk ik dat Louise Gunning gelijk heeft: als mensen nu onvoldoende prudent zijn, dan zijn ze dat ook als het eigen verantwoordelijkheid heet. En dus kan de overheid dat het beste collectiviseren. Of je dat nu solidariteit, paternalisme of prudentie noemt, maakt niet zoveel uit."

### **Geen antibiotica voor zieke Amerikaantjes**

De gezondheidszorg is een gebied waar de tegenstelling tussen eigen belang en collectief belang helder zichtbaar wordt. Je kunt als burger nog zo overtuigd zijn dat matiging in de gezondheidszorg geboden is - op het moment dat je zelf patiënt wordt, smelt je begaanheid met de staat der openbare financiën als sneeuw voor de zon. Dan is alleen je hoogstpersoonlijke zorgbehoefte van belang en die is op dat moment ongelimiteerd. We willen beter worden. Of we willen in ieder geval iedere beschikbare behandeling. Of

tenminste zoveel mogelijk zekerheid, ook over waar wij níet aan lijden. En we willen absoluut niet riskeren, minder te krijgen dan een ander. Dat is een vorm van 'eigen verantwoordelijkheid' die de zorgconsumenten allang onder de knie hebben.

Galjaard vindt dat we het beter over de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders kunnen hebben. "Er is heel weinig gedaan om bij de indicatiestelling tot een zekere zelfbeperking van professionele kant te komen." Ook Dupuis pleit voor meer 'indicatiediscipline' bij dokters. "Het echte probleem zit niet in de grenzen van het pakket maar in het gebruik ervan. Je zou eigenlijk bindende standaarden moeten hebben waardoor bij bepaalde klachten bepaalde handelingen wel en andere niet geaccepteerd zijn." Maar volgens Van Tilburg heeft dat weinig zin. "Dat is in de cardiologie en de psychiatrie tevergeefs geprobeerd. In beide bleek het onmogelijk om op grond van de huidige kennis tot standaarden te komen en op grond daarvan tot indicatiecriteria. Terwijl dit toch disciplines zijn met veel *evidence based* kennis van zaken. Vestig dus niet te veel hoop op het verhogen van de kosteneffectiviteit langs die weg."



Maar waar maken we ons eigenlijk druk over, vraagt Gunning zich af. "Het is met de indicatiediscipline in Nederland helemaal niet zo slecht gesteld. Nederlandse artsen zijn vergeleken met hun collega's in andere westerse landen sober en zuinig. Daarom vinden Amerikanen het zo vreselijk om hier te komen: hun zieke kindertjes krijgen geen antibiotica!"

### **Gezondheid: van noodlot tot investering**

Vroeger had je, zoals de journaliste Aafke Steenhuis heeft opgemerkt, nog "verschrikkelijk dikke, wanstaltige, lelijke mensen, zoals je nu nog ziet in films uit Oost-Europa. Maar zulke kleurrijke gestalten zijn uit ons straatbeeld verdwenen. Tegenwoordig roept iedereen zijn lichaam tot de orde."<sup>3</sup> In moderne industriële samenlevingen is de levensverwachting zo hoog geworden dat het de moeite loont, in een lang en gezond leven te 'investeren' door een beheerste en zorgvuldige omgang met het eigen lijf. Volgens de socioloog Johan Goudsblom zijn nu de sociale voorwaarden aanwezig voor een 'spaarzaam' gebruik van het eenmaal verstrekte fysieke kapitaal.<sup>4</sup> Vroeger beschouwde men gezondheid als toeval en ongezondheid als noodlot. Tegenwoordig geldt gezondheid als prestatie en ongezondheid als probleem. Door toenemende kennis en koopkracht vindt er een 'emancipatie van de vraag' plaats. En nu er condities bestaan waarbinnen je gezondheid kunt verwerven, wordt solidariteit minder vanzelfsprekend. Gaan we toe naar 'beloning' van individuele gezondheidsprestaties? *Legal & General* komt al met een goedkope overlijdensrisicoverzekering voor mensen die meer dan een ton per jaar verdienen. Verzekeringstechnisch geheel verantwoord, want rijke mensen zijn gezonder en leven langer. Een lagere premie is dus een soort bij voorbaat verdisconteerde no-claimkorting. In de autoverzekering zijn zulke kortingen heel gewoon, brengt Bert de Vries naar voren. Daar accepteren we een vrij scherp systeem van bonus-malusregelingen. Maar willen we dat ook bij mensen? Dan dringen zich nogal wat vragen op. Een levertransplantatie alleen nog maar voor mensen die niet drinken? Tien procent korting op de verzekering tegen de gevolgen van drinken, als je genetisch tien procent minder

tot alcoholisme geneigd bent? Rokers laag op de wachtlijst? En wat als je rookt en bovendien veel groente eet? Groente eten geeft weer minder kans op maagkanker. Hoe bereken je dan de individuele premie?

Mackenbach vindt het eigenlijk een overbodige discussie. Uit onderzoek blijkt dat maar een klein deel van de gezondheidsrisico's is toe te schrijven aan gedragsgebonden factoren: roken, overgewicht en lichaamsbeweging. Galjaard gaat nog verder: "Als je naar de cijfers kijkt, gaat het eigenlijk alleen om roken; de rest is marginaal. Dus je kan wel joggen en groente eten en pillen slikken, maar de effecten zullen beperkt zijn."

Goed dan, haakt Bomhoff gretig in, dan kijken we alleen naar het roken. "Is het een idee dat mensen de eerste drie mille zelf betalen als ze roken? Dan krijg je ook concurrentie tussen verzekeraars die dat wel en die dat niet doen." Gunning gaat, daartoe uitgedaagd, schoorvoetend akkoord. "Als het alleen over rokers gaat."

### **Heimwee naar de Onderlinge Achlum**

Het verschil tussen een autoverzekering en een ziektekostenverzekering heet 'solidariteit'. 'Onderlinge' solidariteit, daar is het allemaal mee begonnen, in de overzichtelijke wereld van de *Onderlinge Achlum* en de *Friese Boeren en Tuinders Onderlinge*. Je had een speldje en iedere maand kwam een man met een lijst op een plankje de contributie ophalen.

In die dagen was geluk heel gewoon - en ziekte trouwens ook. Niemand hoefde te discussiëren over de 'grenzen' van de zorg en de solidariteit, want die grenzen, daar zorgde moeder natuur zelf wel voor. De rest werd geregeld door de wijkverpleegster van de kruisvereniging, in samenwerking met de familie, de kerk en de burens.

Nu zit alles in 'het pakket': omdraaien bij doorliggen, maar ook afwassen en hondje uitlaten. In de praktijk is dat vaak allemaal onmogelijk te doen, met als gevolg dat de eerste lijn hapsnap beslist wat wel en wat niet gebeurt. Sommigen

noemen dit willekeur, anderen spreken van 'zorg op maat'. Intussen ziet het er voor de hondjes lelijk uit: ze worden in de Fundatie van Renswoude tafelbreed in de steek gelaten. Hondjes, het huishouden, voorzieningen op woon- en werkgebied horen niet thuis in een medische basisverzekering, is de overheersende mening. En Trappenburg vermoedt dat de mensen in het land er net zo over denken. "Mensen zijn veel meer tot solidariteit bereid als het om gezondheid en om onderwijs gaat, dan wanneer het gaat om de vraag of alle mensen in een geweldig goed huis moeten wonen, en recht hebben op huishoudelijke hulp of een individuele badkamer."

De journalist Jérôme Inen stelde onlangs in *Intermediair* voor om 'ongeluk' uit het ziekenfondspakket en de AWBZ te halen. "Kinderloosheid, een verkeerd uiterlijk, de verkeerde sekse, dat kan een groot ongeluk zijn," schrijft hij. "Maar onrecht is het niet. Ongeluk is geen zaak voor de maatschappij, maar voor de burger zelf."<sup>5</sup> Maar hoe je ook redeneert, altijd blijft de vraag: waar trek je de grens? Voor welke behandelingen geldt de grondwettelijke zorgplicht, voor welke niet? De enige manier om die vraag te beantwoorden, benadrukt Dupuis, is om man en paard te noemen. "Gewoon cases bedenken en ons afvragen wat we zouden doen. Maar dat is tot op de dag van vandaag een taboe."

Govert den Hartogh: "Laten we dan eerst eens kijken naar mensen die gehandicapt geboren zijn. Daar hebben wij een zorg voor, uit naastenliefde, daar is iedereen het toch wel over eens."

Gunning: "Goed, maar dan: wat vinden we van mensen die zich niet verzekerd hebben? Neem zo'n chronisch psychiatrische patiënt die in Amsterdam over straat zwerft. Hebben wij daar een verantwoordelijkheid voor of niet?"

Dupuis: "Dat is de vraag. Een reden kan zijn het *public health* motief. Maar je moet ergens een grens trekken, anders werkt het niet." Ook zij heeft een testcase: "Je weet dat bij een bepaalde kanker een therapie een succeskans van tien procent geeft op tweejaarlijkse overleving. In die orde ligt het vaak. Dat kost veel geld. Ligt dat nu binnen of

buiten die solidariteit? De overheid moet veel meer keuzes maken, dan zal de burger haar voorbeeld volgen. Dat is nog eens een andere vorm van paternalisme!"

Galjaard: "Wie wil er nu tachtig worden, hoorde ik onlangs iemand vragen. Antwoord: degene die 79 is. Nog dat kleinkind geboren zien worden, nog één keer de herfst. Heleen weet ook: dat is wat die dokter steeds doet. Opschuiven, samen met de patiënt. De arts is net als de patiënt altijd met de uitzondering bezig. Hij zegt bijvoorbeeld: "Die twee jaar is een gemiddelde, dus het kan bij u ook best vier jaar zijn." Dan praat je niet over procenten maar dan praat je over tijd van leven. Om tijd in een percentage om te zetten, dat lijkt mij buitengewoon bezwaarlijk, zo niet onmogelijk."

Dupuis: "Dat is waar, maar als we dat debat niet aangaan, kunnen we niet verder. Dan moeten we gewoon zeggen: het is onbegonnen werk."

"We hóéven ook niet verder," sputtert Galjaard, en Hanneke van den Boer valt hem bij. Zij veronderstelt: "Misschien komt dat debat niet van de grond doordat mensen dat eigenlijk niet willen. Ik denk dat mensen zich zo goed kunnen voorstellen hoe het voelt als je aan het eind van je leven bent, welke rol die extra maanden en jaren dan spelen, dat ze het niet nodig vinden om dat debat te voeren. Vooral omdat je altijd hoort dat mensen nog wel meer willen investeren in hun gezondheid. Je moet natuurlijk die vraag aan de orde stellen of je zo'n hele behandeling nog moet doen voor drie maanden extra, maar je moet dat loskoppelen van de financiering."

### **Afkalvende solidariteit**

Solidariteit in de zorgverzekering is voor het overgrote deel: solidariteit van jongeren met ouderen. Van de kosten wordt 85 procent door 10 procent van de verzekerden veroorzaakt, en die 10 procent bestaat vooral uit oude en gebrekkige mensen. Toch mag een ziekenfonds aan ouderen of chronisch zieken geen hogere premie vragen. Sociale verzekering is onder andere gebaseerd op 'risicosolidariteit':

iedereen betaalt dezelfde premie, ongeacht zijn gezondheidstoestand.

Die 'scheefheid' tussen lusten en lasten is de laatste tijd steeds verder toegenomen en aan die toename lijkt nog geen eind gekomen. Steeds meer ouderen, chronisch zieken en gehandicapten zullen zich aandienen op de verzekeringsmarkt. Er wordt dus steeds meer risicosolidariteit gevraagd.

Maar de bereidheid tot het bieden van die solidariteit lijkt juist te verminderen. Wie geen lid is van een regionale onderlinge, maar klant van een grootschalig conglomeraat, wil gewoon *value for money*: een goeie verzekering tegen een billijke prijs. In een geïndividualiseerde en sterk geschakeerde samenleving neemt de risicosolidariteit af. Ook de voortgaande fusiedrift in de medische wereld draagt niet bij aan een grotere bereidheid tot solidariteit met anderen. Want wie zijn zij eigenlijk, die anderen? Geen idee. In de ratrace naar schaalvergroting hebben we de voordelen van kleinschaligheid weggegooid.

Kunnen we terug? Misschien - in zeker opzicht. Dezelfde technologie die zulke enorme mogelijkheden tot schaalvergroting met zich meebrengt, kan misschien ook worden aangewend om weer iets van de menselijke schaal terug te brengen. Volgens de economisch-geograaf Eric Swyngedouw leidt de ICT-revolutie tot 'lokalisering': zij schept zowel mogelijkheden voor globalisering als voor lokalisering. De netwerkeconomie maakt kleinschaligheid-binnen-grootschaligheid mogelijk.

Behalve door risicosolidariteit, waarbij gezonde mensen meebetalen voor zieken, kenmerkt de sociale verzekering zich door nog een ander soort solidariteit: de mate waarin rijke mensen meebetalen voor armen. Deze 'inkomenssolidariteit' ligt in Nederland lager dan in enig ander land van de Europese Unie.<sup>6</sup> In de meeste Europese landen is de premiehoogte in mindere of meerdere mate afhankelijk van het inkomen. In Nederland geldt dat maar voor tweederde van de bevolking: degenen die onder de verplichte ziekenfondsverzekering vallen. Eenderde, een relatief hoog aandeel, is particulier verzekerd. Zij betalen maar mondjesmaat mee voor de rest; als hun inkomen stijgt, hoeven zij geen hogere premie te betalen.

Afnemende solidariteit en de opkomst van DNA-kennis zetten de risicosolidariteit onder druk. Tegelijk wordt de inkomenssolidariteit bedreigd door de lange wachtlijsten. In een toestand van schaarste, gecombineerd met toenemende koopkracht, gaan vrager en aanbieder samen op zoek naar nieuwe mogelijkheden, waarbij bijvoorbeeld snelle behandeling in het buitenland wordt meeverzekerd. Volgens Van Praag ontwikkelt Nederland zich, als 'de elite naar het buitenland gaat om zich te laten behandelen', tot een 'Derde Wereldland'. En in het slotdebat tussen economen en ethici vraagt ook Koopmans zich af: "Naar Houston voor een bypass. Is dat nog solidair?"

Gunning: "Wel zolang jij bereid bent om mee te betalen aan mijn bypass hier."

Koopmans: "O, dán mag 't?"

De Vries: "En een werkgever die voor zijn personeel met een Nederlandse privé-kliniek in zee wil, mag dat ook?"

Trappenburg: "Dat ondermijnt ons stelsel hier, en dat gebeurt niet als je naar Houston gaat. Als een bepaalde behandeling in Nederland niet geleverd kan worden, dan is het prima om naar het buitenland te gaan. Maar dan ook voor iedereen."

Gunning vult aan: "In Engeland heb ik gezien hoe uiterst lucratief het is om een parallelsysteem te maken voor de krenten in de pap. Daarvan kun je effecten op je eigen systeem verwachten. Bij Houston is dat niet zo."

### **Van de wieg tot het graf in de gaten gehouden**

Verzekeringen zijn gevoelig voor gevaren van risicoselectie. Een verzekerde heeft altijd een kennisvoorsprong op de verzekeraar doordat hij beter op de hoogte is van zijn eigen risico's. Verzekerden met een hoog risico kiezen een andere verzekering dan verzekerden met een laag risico. Maar ook voor deze laatste categorie gold altijd nog dat hun medische toekomst vol onzekerheden was. Verzekeren betekent: 'bescherming bieden tegen onzekere voorvallen'. Als die onzekerheid verdwijnt, wordt de risicosolidariteit in haar kern aangetast en is van 'verzekering' eigenlijk geen sprake meer. Als we over 'genenplaatjes' beschikken, en als genetische manipulatie mogelijk wordt, verzekert de klant zich niet meer tegen onzekerheden, maar voor zekerheden. De vraag is daarbij natuurlijk wel wie dat genenplaatje in handen krijgt. Maar ook als het lukt om de privacy van ieders DNA-profiel te beschermen, heeft de verzekeraar nog toegang tot een enorme hoeveelheid persoonlijke informatie. Door de ICT-revolutie wordt het steeds makkelijker om de verzekerde van de wieg tot het graf te volgen. Er zijn op zoveel plaatsen zoveel gegevens over ieder van ons bekend, en die gegevens zijn op zoveel manieren aan elkaar te koppelen, dat bedrijven complete 'dataklonen' van hun klanten kunnen maken.<sup>7</sup> Op die manier brengen ze de markt in kaart en kunnen ze de klant zo volledig mogelijk begeleiden. Ook hier is de vergelijking met de autowereld leerzaam. "Verzekeraars zijn daar heel actief in het hele traject," zegt Schut, "van schaderegeling tot herstelling. Dus sinds je die auto hebt, zit die verzekeraar daar van A tot Z bovenop. Hij kan via Internet ook het hele proces monitoren: hoe jij met je auto omgaat, bij welke garage je bent, wat precies de schade is, en of je claims dus terecht zijn." En opnieuw is het de vraag: willen we wat met auto's kan, ook voor mensen?

De sprongsgewijze toename van beschikbare gegevens doet zich voor in dezelfde periode waarin allerlei arrangementen die vroeger door de overheid werden uitgevoerd, in handen komen van particuliere verzekeraars. Zij staan bloot aan de verleiding om via de nieuwe technieken de 'goede risico's' als krenten uit de pap te pikken en de 'slechte risico's' zoveel mogelijk uit te selecteren. Dat blijkt zelfs al te gebeuren bij die categorie die Den Hartogh opvoerde als voorbeeld van vanzelfsprekende solidariteit-uit-naasteliefde: ouders van kinderen met het Down-syndroom stuiten bij sommige verzekeraars op veel hogere premies voor ziektekosten- en uitvaartverzekeringen.

Deze verleidingen zijn het noemen zeker waard, nu zich een communis opinio ontwikkelt om de verzekeraar in het nieuwe systeem aan te wijzen als regisserende en verantwoordelijke instantie, tevens aanspreekpunt voor de klant. De verzekeraar als het jongetje dat alles ten goede zal keren? De Beer vraagt zich af of die verwachting wel reëel is. "De verzekeraar zou dan als zaakwaarnemer van de consument moeten optreden, maar moet hij ook de regie voeren in de regio? Artsen en ziekenhuizen in de hand houden? Ik denk dat dat helemaal geen taak voor verzekeraars is."

"De verzekeraars moeten het doen," vindt Van Doorslaer, "maar niet zonder regels. Dat kan niet in deze sector." De verzekeraar wordt dus waarschijnlijk op de troon gehesen in ruil voor een acceptatieplicht, een resultaatsverplichting en controleerbare leveringsvoorwaarden.

### **Met een Ferrari langs de file**

Niet alleen verzekeraars moeten zich volgens de nieuwe plannen beter op de markt kunnen profileren. Misschien moet hetzelfde gelden voor specialisten. Waarom zou een verzekeraar niet zeggen: wij nemen alleen de beste artsen, maar we zijn dan ook twee keer zo duur. Dan kan de patiënt ervoor sparen - waarom niet? De 'inkomenselasticiteit' van het product gezondheidszorg is waarschijnlijk groter dan 1: Nederlanders willen best een meer dan evenredig deel van hun stijgende inkomen aan hun gezondheid besteden. Zo wekte het recente bericht dat particuliere verzekeringen



gemiddeld tien procent duurder worden, geen noemenswaardige protesten.<sup>8</sup>

Als aanbieders van medische zorg zich commerciëler gaan opstellen, is het uiteraard wel zaak dat er een efficiënt toezicht wordt uitgeoefend op een kwalitatief minimumniveau voor iedereen. Als het goed is, krijg je dan de situatie waarin de één Mercedes rijdt en de ander Opel, maar waarbij beiden wel op de bestemming aankomen. Volgens Reinhardt is dit de hoogst bereikbare graad van solidariteit in de gezondheidszorg.<sup>9</sup> Maar cynici kunnen zich afvragen of die vergelijking voor Nederland wel opgaat. Bij ons telt niet zozeer de aankomst op de plaats van bestemming, maar de duur van de reis erheen. Dan maakt het nogal wat uit of je met een Dafje in de file staat, of met een Ferrari erlangs kunt scheuren.

Volgens een recente Nipo-enquête is driekwart van de Nederlanders gekant tegen een tweedeling tussen werknemers en anderen in de zorg. Alleen medische noodzaak rechtvaardigt een voorrangsbehandeling, niet het hebben van een baan. Alle partijen - cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, kabinet en Tweede Kamer - hebben zich uitgesproken tegen een 'tweedeling in de zorg'. Ondertussen bestaan er onder andere in de geestelijke gezondheidszorg al lang contracten tussen bedrijven en particuliere aanbieders. Dit gebeurt via de 'bypass-constructie'. Via een stichting worden vanuit een erkende instelling cliënten met 'arbeidsgerelateerde problemen' behandeld, waarbij de werkgevers de rekening betalen.

"Zijn we", zoals Bomhoff vreest, "op weg naar 'Engelse toestanden'? U komt op een wachtlijst voor een half jaar, maar als u morgen komt, kan ik u helpen, want dan werk ik privé." Bomhoff had er nog aan kunnen toevoegen dat voor de minder kapitaalkrachtigen dan een soortgelijke sector zou kunnen ontstaan, maar dan in het halfduister. Verrichtingen die buiten het basispakket vallen, zullen daar misschien voor een koopje worden aangeboden. Op een goede dag kun je je dan 'zwart' een tweedehands kunsthart laten aanmeten door een werkloze dokter in zijn omgebouwde garage. Hoe kunnen we bypassconstructies en garagebypasses vermijden? Het systeem moet de commercie tegemoetkomen. Gebeurt dat niet, dan zal de commercie het systeem uithollen. Dan liever *straight* de commercie

accepteren, met duidelijke randvoorwaarden voor verantwoord ondernemerschap.

### **Samen óp voor de basisverzekering!**

Ook fundamentele vragen worden niet geschuwd tijdens de discussies in de Fundatie van Renswoude. Zo hakketakken klinisch geneticus Galjaard en sociaal-geneeskundige Mackenbach onderhoudend over de vraag of gezondheid meer beïnvloed wordt door de sociale omgeving of door erfelijkheid. Galjaard, wijzend naar Mackenbach: "Er blijft bij hem altijd tien procent die het 't beroerdt hebben, ook al verdienen ze allemaal een ton!"

Het is een leuk debat, maar echt nodig lijkt het niet meer om dit soort ideologische verschillen uit te diepen. De problemen lijken eerder technisch dan strategisch, nu zich in hoog tempo een politiek en maatschappelijk compromis aftekent in de vorm van een algemene, verplichte basisverzekering. De PvdA heeft laten doorschemeren bereid te zijn tot een 'herijking' van het huidige ziekenfondspakket. Februari 2000 ging de VVD akkoord met het beginsel van een beperkte basisverzekering tegen ziektekosten. En zelfs Groen Links pleit tegenwoordig voor gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg. De keuze ligt niet meer op ideologisch vlak. Iedereen is het erover eens dat commerciële prikkels nodig zijn als middel om vraag en aanbod beter op elkaar te laten aansluiten, maar dan met een basispakket als garantie dat ook lagere inkomensgroepen verzekerd zijn. Ook de verzekeraars, die eerdere pogingen tot het invoeren van een basisverzekering torpedeerden, verzetten zich niet langer. Zelfs minister Borst is door de bocht. Het kan ook moeilijk anders: de scheiding ziekenfonds/particulier is onverenigbaar met de regels van *Big Brother* Europa.

Boven de basisverzekering kunnen verzekeraars alle mogelijke uitbreidingspakketten aanbieden. L. de Graaf, voorzitter van het College voor Zorgverzekeringen, opperde bijvoorbeeld een aparte aanvullende verzekering voor lifestyle-benodigdheden, zoals Viagra, de pil, ivf en 'pretecho's'. Aan de andere kant moet ook een 'basispakket min' gekozen kunnen worden, vindt Wijffels, bijvoorbeeld voor jongeren.

Intussen gaat de overheid dus wel dwingend voorschrijven. Verzekeringsplicht voor burgers, een acceptatieplicht voor verzekeraars. Stappen richting paternalisme? Misschien, maar dit keer niet als hobby van links. "Of je nu een planeconomie hebt of een gereguleerde markteconomie," zegt Erik Schut, "ze zullen altijd gepaard moeten gaan met een sociale verzekering om te zorgen voor voldoende subsidiërende solidariteit, risicosolidariteit en inkomenssolidariteit. De particuliere verzekeringsmarkt kan daar niet voor zorgen - die zorgt alleen voor kanssolidariteit."

Van Doorslaer: "Dat is zo. Internationaal bestaat er onder gezondheidseconomen een redelijke eensgezindheid dat je voor de bulk van de gezondheidszorg een gereguleerde marktwerking nodig hebt. Je hebt nu eenmaal te maken met marktimperfecties."

Schut: "Alleen is er één probleem. Er is nog nergens een systeem dat aan die voorwaarden voldoet, waarvan we empirisch kunnen vaststellen of het werkt. In de Verenigde Staten spelen verzekeraars een sterke rol in het organiseren van de zorg, misschien wel té sterk op sommige punten. Maar die functioneren in een systeem dat sociaal gezien volledig gefragmenteerd is. Daar heb je maar een marginale sociale verzekering, en krijg je dus allerlei andere problemen. In Amerika werkt dus een fragment maar niet het hele systeem."

### **Langs een omweg terug naar 'af'?**

Hoe moet de premiebetaling van het basispakket worden geregeld? Wijffels denkt aan een nominale, vaste premie. Maar, vervolgt hij, "de planbureaus hebben berekend dat dat vrij ingrijpende inkomensconsequenties met zich meebrengt. Om de toegangssolidariteit te garanderen, moet je dus op de een of andere manier corrigeren voor inkomensverschillen." Dat kan op allerlei manieren, bijvoorbeeld via de fiscus of via een inkomensafhankelijke teruggaveregeling. Ook zou de premie deels inkomensafhankelijk kunnen zijn. Verder moeten verzekeraars, als ze een acceptatieplicht krijgen voor het basispakket, extra geld krijgen uit de

Centrale Kas naarmate ze meer 'moeilijk verzekerbare risico's' in hun bestand hebben. Maar hierin schuilt ook weer een bureaucratische verleiding. Want hoe verfijnder je dit compensatiesysteem maakt, des te meer gaat het nieuwe systeem lijken op het oude. Dan sluipen oude onvolkomenheden door de achterdeur terug naar binnen en komen we langs een omweg terug bij Af.

"Vraag is of vanuit de overheid linksom of rechtsom niet altijd een aantal dingen aan de burger moeten worden opgelegd qua toegankelijkheid en solidariteit," stelt Bert de Vries. "De overheid zal altijd een bedrag aan subsidies moeten bijpassen en blijft dus geïnteresseerd in kostenbeheersing."

Maar wat maakt het eigenlijk uit hoe we ons nieuwe systeem zullen positioneren in het ideologisch universum?

"Het gaat erom dat je een maximum aan vraagdominantie realiseert, met de overheid als marktmeester voor toegankelijkheid en subsidiesolidariteit," zegt Wijffels.

"Hoe je dat verder regelt, is een kwestie van uitwerking."

Die uitwerking komt in de praktijk vooral neer op de invulling van het 'noodzakelijkheids criterium'. Dat is geen ideologische stap, maar het doen van achterstallig huiswerk. Negen jaar geleden riep de Commissie-Dunning al op tot *Keuzen in de zorg*, maar geen regering durfde daar zijn vingers aan te branden. Het zoeken was naar een beginsel, een vaste maatstaf, om zulke impopulaire keuzes op te baseren.

Daar kunnen we beter mee ophouden, vindt Den Hartogh.

"Voor het maken van die keuzes hebben we geen theorie, dat kan eigenlijk alleen maar hapsnap gebeuren. Objectieve maatstaven bestaan niet, het is puur conventie. Morgen kunnen we weer iets anders vinden."

### **Wachlijsten door Sovjet-systeem?**

"Wachlijsten bewijzen het 'succes' van de schaarstebenedering." Dat is de provocerende stelling waarmee sessievoorzitter Adriaansens de ethici op scherp zet. Hij is niet de enige die het tot nu toe geldende model afschildert in 'Sovjet'-termen: als een op hol geslagen en in zichzelf gekeerde staatsmoloch. Maar in Nederland gaat het niet over Sovjet-planning. Wij hebben te maken met

polderplanning, consensusplanning. De crisis is niet veroorzaakt door een centrale regering die rücksichtslos zijn plannen uitvoert, maar juist door de passiviteit van de regering en haar afhankelijkheid van belangengroepen. De overheid intervineert nauwelijks, ze betaalt voornamelijk de rekening. Zelfs toen de overheid begin jaren tachtig tot de conclusie kwam dat die rekening omlaag moest, durfde ze nog geen keuzes te maken en bezuinigde ze met de kaasschaaf. Zoals bekend geldt daarbij: hoe dunner de plakjes, hoe groter de voldoening.

Gevolg was wel dat er bijvoorbeeld ook bezuinigd werd op de bouw van verpleeg- en verzorgingshuizen. Daardoor zitten we nu met een enorme vraag naar intensieve thuiszorg, die veel duurder en arbeidsintensiever is dan een verpleeghuis - zodat hals over kop het aantal bedden weer moet worden uitgebreid.

De Nederlandse gezondheidszorg is geen staatsbureaucratie maar eerder een gildensysteem. Volgens Van der Grinten is "Nederland een 'kartelparadijs', een moeras van gevestigde belangen. Dat geldt zeker voor de medische wereld.

'Standorganisaties' en koepels maken daar de dienst uit. Hier bestaat nog steeds een vorm van 'soevereiniteit in eigen kring'. Zo wordt over de instroom van medische opleidingen in Nederland bedisseld door de Specialisten Registratie Commissie, een *closed shop* van medisch specialisten die de opleidingsaantallen in hun eigen branche quoteren. Dit gebeurt officieel vanuit kwaliteitsoverwegingen, maar opent de deur voor het creëren van kunstmatige schaarste en varkenscycli. In dit opzicht verschillen dokters blijkbaar niet van Amsterdamse taxichauffeurs: ze doen alles wat God verboden heeft om het aantal vergunningen beperkt te houden".

De *closed shop* heeft tot nu toe ook kunnen voorkomen dat de consument mogelijkheden kreeg tot kwaliteitsvergelijking. Begin jaren negentig adviseerde de branche-organisatie zijn leden bijvoorbeeld om niet mee te doen aan een SCP-onderzoek naar de productiviteit van verpleeghuizen.<sup>10</sup> Maar als de medische markt meer een vraag-aanbodmarkt wordt, is het logisch dat cliënten alle gegevens krijgen die nodig zijn om de prijs-kwaliteitsverhouding te beoordelen.

Ook als we naar andere sectoren kijken, blijkt dat wachtlijsten in Nederland niet het gevolg zijn van een teveel aan staatsinterventie. De meest schrijnende wachtlijsten zijn die van mensen die op een orgaantransplantatie wachten. België kent dat probleem in veel mindere mate, doordat iedere overledene in principe als orgaandonor geldt, tenzij men daar uitdrukkelijk bezwaar tegen maakt. Nederland kent in feite een 'nee, tenzij'-systeem. In de praktijk worden vooral de organen gebruikt van degenen die uitdrukkelijk hun bereidheid tot donorschap hebben uitgesproken. De Nederlandse wachtlijsten komen dus voort uit de terughoudende opstelling van de overheid. Hetzelfde geldt voor een andere categorie wachtlijsten die maar niet korter willen worden: die voor Nederlandse taalcursussen ten behoeve van immigranten. In 1991 kwamen de ministers Ritzen en Dales al met een 'actieplan' om die wachtlijsten binnen een jaar weg te werken. De gemeenten kregen honderd miljoen plus de verantwoordelijkheid voor de uitvoering. Sindsdien is het aantal wachtenden alleen maar gegroeid. Het belangrijkste probleem lijkt de organisatie van de cursussen: die is uitbesteed aan een sterk versnipperd conglomeraat van plaatselijke instanties, waardoor weinig zicht bestaat op verantwoordelijkheden en resultaten. Ook in de gezondheidszorg stelt de overheid sinds 1996 jaarlijks vijftig tot honderd miljoen gulden extra beschikbaar om de wachtlijsten versneld weg te werken. En ook daar willen die lijsten maar niet krimpen. Extra geld lijkt dus niet het wondermiddel. Minder staatsinterventie evenmin. Blijft over: de organisatie van het zorgsysteem zelf.

### **Organisatorische involutie**

Schaarste hangt samen met bureaucratie, daarover zijn de meeste waarnemers het wel eens. Bij bureaucratie - of je die nu beschouwt als een staatsmoloch of als een corporatistisch fantoom - krijg je lagen tussen vraag en aanbod, die er baat bij hebben om schaarste te produceren. Groeit de schaarste de pan uit, dan wordt als oplossing vaak een nieuwe bureaucratische laag aangebracht. Zo zijn er, om de schaarste eerlijk te verdelen, Regionale Indicatie Organen

ingesteld. Die maken een indicatie en bepalen daarmee hoe hoog iemand op de lijst komt. Zulke instanties hebben belang bij het voortduren van schaarste.

In zijn boek *Vorming van welzijnsbeleid* heeft Bram Peper een dergelijke ontwikkeling raak getypeerd met het begrip 'organisationele involutie'. Involuntaire processen kenmerken zich door een steeds verdere complicering van vormen, waarbij voor iedere partij steeds weer een plaatsje wordt gemaakt. Door deze voortschrijdende detaillering tonen de bestaande patronen een toenemende starheid en worden structurele veranderingen tegengehouden.<sup>11</sup>

De medische wereld in Nederland staat bol van het afstemmen van beleid, van integraal en collegiaal bestuur, van platforms, netwerken en maatwerk. Het is een trend die zeker niet alleen in de gezondheidszorg opdoemt, maar daar wel duidelijk zichtbare gevolgen heeft. Terwijl er wordt geknepen op medisch personeel en bedden, slurpen managers, consultants en adviseurs een steeds groter deel van het krappe budget op. Maar bij wie berust de verantwoordelijkheid eigenlijk? Bij wie moet je zijn als klant? Wat zijn je welomschreven rechten? Dat is nog weer vager geworden door de elkaar opvolgende fusie- en reorganisatiegolven. Nu die uitmonden in schimmige commercial-publieke consortia, wordt het voor de cliënt nog moeilijker om te weten waar hij recht op heeft, wanneer en bij wie.

In de eerste helft van de vorige eeuw was het 'maatschappelijk middenveld' stevig ingebed in een ideologie van beroepstrots en in de verantwoordingsstructuur van de zuilen. Tegenwoordig ontbreekt die bedding. Ambachtelijk werk, liefde voor het vak, moet op alle niveaus zijn aanzien en zijn aantrekkelijkheid herwinnen op de fusiebegeleiders en reorganisatietrajectbeheerders.

### **Van lijdelijkheid naar actie**

"Hoe is het mogelijk dat wij Nederlanders, niet alleen bekend als planningskampioenen, maar ook als kritische en tot protest geneigde burgers, de schaarste in de gezondheidszorg zo lang hebben geslikt? In de gezondheidszorg is de in 1974 door Daalder gesignaleerde

'lijdelijkheid' van de Nederlanders nog tot het eind van de eeuw blijven bestaan", constateert Pieter Vos in *De trend, de traditie en de turbulentie*.<sup>12</sup> Is er ooit iemand geweest die op een wachtlijst stond en bij de verzekeraar zijn betaalde premie heeft teruggeëist? Maar misschien is dat hem nu juist. Een zieke is als het erop aan komt sowieso al niet zo 'assertief', hij maakt liever geen stennis. En dat geldt zeker in Nederland, waar hij niet naar een ander kan lopen. Misschien kan de bijbel ons iets leren omtrent de vraag waarom het zo lang duurde voordat we in Nederland het licht zagen. In Job 4:3 probeert Elifaz, een vriend van Job, troostende woorden te spreken tot zijn makker, die zo plotseling door rampen is getroffen: "Zie, gij hebt velen vermaand. Slappe handen hebt gij gesterkt. Uw woorden hebben den struikelende opgericht. Knikkende knieën hebt gij gestevigd. Maar nu komt het tot u en ge zijt moedeloos. Het treft u en gij zijt verbijsterd."

Elifaz verwoordt hier de tegenstelling tussen dat wat anderen treft en dat wat jezelf overkomt - een thema dat in een afslankende verzorgingsstaat brandend actueel is. Pas als het 'tot u komt', wordt het een probleem. Langzamerhand kent iedereen wel iemand in zijn omgeving die te maken heeft met een wachtlijst. Meestal zijn dat oude mensen, je ouders bijvoorbeeld. Maar langzamerhand begint de toonaangevende generatie, de geboortegolf, zich nog iets anders te realiseren: 'het komt' ook tot haar. Dat de lijdelijkheid nu ten langen leste wordt doorbroken, komt deels door Europa, anderdeels doordat de machtige geboortegolf zich realiseert dat zij als volgende op de wachtlijst staat. Zo heel lang duurt het niet meer voordat de geboortegolf zal uitspoelen op het strand. Het is weer tijd voor actie!

En pas dan op. Het duurt even voordat Nederlanders in actie komen, maar als het eenmaal zover is, kan het snel gaan. Galjaard verwijst waarschuwend naar onze revolutie op het gebied van seks en moraal: "We zijn met een klap omgeslagen van calvinisme naar alles moet kunnen. Eerst mocht je niks zien en nu zie je alleen nog maar bloot. We moeten op onze hoede zijn dat zo iets ons niet ook met de marktwerking overkomt. Dat de overheid eerst lange tijd niks aan marktwerking doet, en dan opeens omslaat naar heel veel marktwerking."



Galjaards vrees is niet uit de lucht gegrepen. Zij wordt op dit moment al werkelijkheid in de voortrazende carrousel van fusies en reorganisaties. Minister Borst is in de rol van tovenaarsleerling beland: zij vindt verdere fusies in de zorg niet meer wenselijk, en zet de budgetpremies hierop stop. Maar het proces lijkt niet meer te stuiten.

Of kijk eens naar de lotgevallen van de numerus fixus voor de medische opleidingen. Jarenlang dorst niemand daar een vinger naar uit te steken, ondanks aanzwellende personeeltekorten en groteske toegangsproblemen voor getalenteerde aspirant-studenten. Tot najaar 2000. Dan staat iedereen opeens om het hardst te roepen dat die numerus fixus liever vandaag dan morgen moet verdwijnen. "Ieder jaar dat we verliezen is kostbaar," zei premier Kok op 19 september in *Netwerk*. En ook de verzamelde deskundigen in de Fundatie van Renswoude voegen zich in het koor. Wijffels stelt voor "onmiddellijk alle beperkingen op de opleidingen van artsen te beëindigen. Dat is een heel simpele maatregel. Misschien hebben we op dat punt echt een verkeerde keus gemaakt in het verleden."

Blijft de vraag: vanwaar deze heftige, ongecontroleerde omslagen in een land dat bekend staat om zijn traditie van nuchter overleg in kalm beraad? De Beer stelt de vraag: "Wat bepaalt nu fundamenteel de omslag van het ene systeem naar het andere? Wat heb je daarvoor nodig?" Iemand antwoordt: "Een ramp, waarschijnlijk."

### **Een sluipende ramp**

In 2000 werd Nederland opgeschrikt door een serie rapporten en publicaties over de staat van zijn gezondheidszorg. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie neemt Nederland al lang niet meer de koppositie in die we in de tweede helft van de vorige eeuw vanzelfsprekend achtten. Het meest alarmerend waren Van Praag en Van de Ven, die in ESB met een onthutsende vergelijking kwamen.<sup>13</sup> In Nederland is de kindersterfte nu hoger dan in omringende landen. De gemiddelde levensverwachting van 65-plussers ligt lager dan in andere westerse landen. Ook in dat opzicht gleed Nederland af van *Himmelhoch jauchzend* naar *Zum Tode betrübt*.

De genoemde publicaties waren geen 'ramp' maar deden ons beseffen dat de ramp al gaande is. Als moderne burgers ergens een hekel aan hebben, dan is het om minder te krijgen dan een ander. Waar een goed niveau van welvaart en zorg is verkregen, maakt 'absolute deprivatie' plaats voor 'relatieve deprivatie'. De bedenkelijke berichten over de gezondheidsprestatie in Nederland hebben ons de ogen geopend voor het feit dat we slechter af zijn dan de bureu. Wachtlijsten blijken helemaal niet onvermijdelijk te zijn. We zien nu ook dat er met de gangbare verklaringen voor de wachtlijsten iets vreemds aan de hand is. De wachtlijsten komen doordat ideëel bevlogen verzorgers plaats maken voor calculerende hulpverleners, die bovendien steeds vaker parttime willen werken. Informele zorg wordt minder vanzelfsprekend. Tegelijk neemt de vraag toe doordat mensen steeds meer 'noten op hun zang' krijgen, en doordat er steeds meer oude mensen zijn.

Op het eerste gezicht is er met deze verklaringen niets vreemds aan de hand. Vreemd wordt het pas als we constateren dat deze ontwikkelingen ook plaatsvinden in landen als België, Frankrijk en Duitsland - landen zonder schaarste en zonder wachtlijsten. En dan te bedenken dat de vergrijzing in die landen al een stuk verder is voortgeschreden dan in Nederland!

Nederland valt wel op door de ingrijpende bezuinigingen die het heeft doorgevoerd. De succesvolle beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg in de jaren tachtig is onder paars zo rücksichtslos voortgezet dat deze uitgaven als percentage van het B.N.P. zijn gedaald van 9 naar 8,2 procent - een van de sterkste dalingen in Europa.

Er valt een eerbiedige stilte onder de economen als hun Belgische collega Van Doorslaer het woord neemt. De Belgen hebben alles beter gedaan dan wij: geen Sovjet-planning, geen numerus fixus, een overvloed aan huisartsen en specialisten, geen wachtlijsten en als klap op de vuurpijl nauwelijks hogere uitgaven dan wij.

Van Doorslaer is in de Fundatie van Renswoude dan ook de enige die college mag geven. "In België kennen wij een vergoeding per verrichting," legt hij uit. "Toch zijn de kosten in de hand gehouden. Net als in Nederland worden er tussen artsen en ziekenfondsen jaarlijks tarieven afgesproken. Ook bestaat er in België een zekere

rantsoenering, namelijk via de prijs voor de consument. Patiënten betalen gemiddeld een kwart van de kosten uit eigen zak. Als je het prijsmechanisme uitschakelt, zoals in Nederland, rantsoeneer je niet meer via prijs, maar via wachttijd. Wachttijsten zijn misschien een logisch gevolg van dit soort rantsoenering."

## Noten

- <sup>1</sup> Het Parool, 19 september 2000.
- <sup>2</sup> Zie RVZ-advies Europa en de gezondheidszorg, januari 2000.
- <sup>3</sup> Aafke Steenhuis. Wat Kok niet zegt ... TIJDSchrift, maart 1996.
- <sup>4</sup> Johan Goudsblom. De sociologie van Norbert Elias. Amsterdam: Meulenhoff, 1987.
- <sup>5</sup> Jérôme Inen. Intermediair, 20 juli 2000.
- <sup>6</sup> E.K.A. van Doorslaer. Gezondheidszorg tussen Marx en markt. Oratie. Rotterdam, 1998.
- <sup>7</sup> Herman Vuijsje m.m.v. Miriam Bestebreurtje. De burger en de datakloon. In: Privacy geregistreerd, visies op de maatschappelijke betekenis van privacy. Den Haag: Rathenau Instituut, 1998.
- <sup>8</sup> Dit had misschien anders gelegen als de consumenten zich hadden gerealiseerd dat deze premieverhoging niet, zoals in de pers werd aangekondigd, neerkwam op een doorberekening van extra zorg. In feite wordt de premieverhoging voor hoogstens eenderde aan extra zorg besteed.
- <sup>9</sup> A. Ankoné. Uwe Reinhardt: "Jullie solidariteit is over tien jaar niet meer te betalen". Medisch Contact, juli 1996, p. 959-961.
- <sup>10</sup> Toespraak door de directeur-generaal Welzijn voor deze sectie, oktober 1991.
- <sup>11</sup> Bram Peper. Vorming van welzijnsbeleid, evolutie en evaluatie van het opbouwwerk. Meppel: Boom, 1972.
- <sup>12</sup> Pieter Vos. De trend, de traditie en de turbulentie. Zoetermeer: RVZ, november 1999.

<sup>13</sup> B. van Praag en P. van de Ven. Ons geld of ons leven. ESB, 1 oktober 2000.



## **Bijlage 1**

### **Deelnemerslijst debat tussen economen en ethici op 31 augustus 2000 in Utrecht**

*Dagvoorzitter:*

Prof. dr. B. de Vries

*Voorzitter economendebat:*

Prof. dr. B. de Vries

*Deelnemers:*

Drs. J.F.G.M. de Beer  
Prof. dr. E.J. Bomhoff  
Prof. dr. E.K.A. van Doorslaer  
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten, raadslid  
Prof. dr. L. Koopmans  
Dr. F.T. Schut  
Prof. dr. J.J.M. Theeuwes  
Prof. dr. H.A.A. Verbon  
Dr. H.H.F. Wijffels  
Prof. dr. D.J. Wolfson

*Voorzitter Ethiekdebat:*

Prof. dr. H.P.M. Adriaansens

*Deelnemers:*

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort, raadslid  
Dr. H. van den Boer  
Dr. G.J.M. van den Brink  
Mw. prof. dr. H.M. Dupuis  
Prof. dr. H. Galjaard  
Mw. prof. dr. L.J. Gunning-Schepers  
Prof. dr. G.A. den Hartogh  
Prof. dr. J.P. Mackenbach  
Prof. dr. A.W. Musschenga  
Prof. dr. A. Tibben  
Prof. dr. W. van Tilburg  
Mw. dr. M.J. Trappenburg  
S. van de Vathorst, arts

*Secretariaat:*

Drs. P. Vos, algemeen secretaris/projectleider

Drs. P.G.J.M. de Bekker, projectmedewerker

Drs. P.P.T. Jeurissen, projectmedewerker

Mr. J.P. Kasdorp, projectmedewerker

Mw. dr. A.J. Struijs, projectmedewerker

*Overige deelnemers:*

H. Vuijsje (publicist)

Mw. drs. A. Schoemaker-Beugeling, Beugeling Interim

Partners (organisatie)



## Bijlage 2

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties kost f 245,-.

#### Adviezen en achtergrondstudies

00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	15,00
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	30,00
00/03	De rollen verdeeld	30,00
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	20,00
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	25,00
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO-achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/19	Gezond zonder zorg	20,00
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00
99/17	Patiënt en Internet	20,00
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting	20,00
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00

99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen-voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00

97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheids- beleid	25,00
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00

#### **Bijzondere publicaties**

99/08	Trendanalyse	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot	

	Genetown	30,00
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
- -	Volksgezondheid met beleid	gratis

	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	39,50
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	39,50
	De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop postbus 200014, 2500 EA Den Haag, telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83	

#### *Werkprogramma's*

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 - 2002	gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

#### *Jaarverslagen*

00/01	Jaarverslag 1999	gratis
99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

#### *Magazines*

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50