

Briefadvies

**Houdbare solidariteit in de
gezondheidszorg**

Briefadvies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2006

Inhoudsopgave

Inleiding	5
<i>Drs. P. Vos</i>	
Duurzame solidariteit	7
<i>Drs. F.B.M. Sanders</i>	
1 Het begrip ‘solidariteit’ op de snijtafel	10
2 De betaalbaarheid van de zorg op de langere termijn	11
3 Het maatschappelijk draagvlak voor risicosolidariteit	12
4 Hoe denken patiënten over een clausulering van de risicosolidariteit?	13
5 Naar een agenda voor beleid	14
Invitational conference Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg, 18 januari 2006	17
1 Duurzame solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg: lessen uit de Verenigde Staten: prof. dr. J.C. Kennedy, hoogleraar Nieuwste geschiedenis aan de Vrije Universiteit Amsterdam	18
2 Solidarity in health care, a UK perspective: J. le Grand, Richard Titmuss professor of social policy at the London school of economics	29
3 Een ander licht op solidariteit: drs. F.B.M. Sanders, scheidend voorzitter RVZ	35
4 Speech drs. J.F. Hoogervorst, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	39
5 Uitdagingen voor de RVZ in de komende jaren: drs. M.H. Meijerink, voorzitter RVZ	42

Inleiding

Op 18 januari 2006 nam de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) afscheid van zijn voorzitter, Floris Sanders. Deze was vier jaar voorzitter van de Raad. Ter gelegenheid van het afscheid organiseerde de RVZ een invitational conference met de titel Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg.

Dit onderwerp hield de Raad al enige tijd bezig. April 2005 publiceerde hij zijn signalement Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Met dit stuk riep de Raad op tot discussie. Die kwam in de vorm van een serie debatten die de RVZ met steun van het ministerie van VWS in de loop van 2005 organiseerde. Een verslag van deze debatten en twee naar aanleiding daarvan geschreven essays verschenen eind 2005.

Met deze informatie gewapend, schreef de scheidend voorzitter van de RVZ een briefadvies voor minister Hoogervorst. Dit overhandigde hij hem op 18 januari 2006.

Dit briefadvies ligt voor u. Wij hebben er aan toegevoegd de redeneringen, geschreven op het afscheidssymposium. Professor James Kennedy, hoogleraar Nieuwste geschiedenis aan de VU sprak de keynote speech uit onder de titel Duurzame solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg: lessen uit de Verenigde Staten. Hij vergeleek in zijn rede de opvattingen over solidariteit en de rol van de centrale overheid daarbij in Nederland en in de Verenigde Staten. Een transcontinentale vergelijking leert ons wel degelijk iets over de organisatie van de solidariteit. Na hem sprak professor Julian le Grand over solidariteit in de gezondheidszorg van het Verenigd Koninkrijk, de National Health Service. Het laatste deel van het symposium bestond uit de speeches van scheidend voorzitter Sanders, die de minister van VWS zijn briefadvies overhandigde en de reactie van de Minister daarop. Tot slot presenteerde de nieuwe voorzitter van de RVZ, Rien Meijerink, zijn plannen voor de komende jaren. De redeneringen zijn in dit boekje afgedrukt, die van prof. le Grand bestaat uit zijn sheets.

Met deze derde publicatie in zijn reeks van houdbare, of, zoals het inmiddels is gaan heten, duurzame solidariteit wil de RVZ een bijdrage leveren aan de zo noodzakelijke principiële discussie over dit onderwerp. De Raad hoopt politici en anderen met deze publicatie bij te staan in hun besluitvorming over dit emotionele onderwerp. Ongetwijfeld zal de duurzaamheid van de solidariteit in de gezondheidszorg de politieke agenda in de komende jaren blijven bestormen.

Drs. P. Vos
algemeen secretaris

Duurzame solidariteit

Drs. F.B.M. Sanders



Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. J.F. Hoogervorst
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Plein van de Verenigde Naties 21
2719 EG Zoetermeer
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 – 368 73 11
Fax 079 – 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Geachte heer Hoogervorst,

De denklijn die de Raad in het signalement naar voren brengt is de volgende.

- Solidariteit in de zorg is een groot goed, omdat het onze gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk helpt maken.
- De Raad onderzoekt allereerst hoe de arrangementen voor solidariteit en de daarmee gemoeide overdrachten zich hebben ontwikkeld en of zij ook in de wat verdere toekomst 'houdbaar' blijven.
- De met deze solidariteitsconstructies samenhangende (financiële) overdrachten blijken sterk toegenomen. Ongewijzigd beleid leidt ertoe dat de solidariteits-overdrachten tot 2020 verder zullen toenemen.
- Dat komt vooral door een toename van het aantal ouderdomsziekten. Daarmee neemt het beroep op de intergenerationele solidariteit tussen jong en oud toe.
- De stijgende zorguitgaven worden in feite betaald uit de groei van het bruto binnenlands product.
- Gezien de beperkte economische groei in de komende jaren wordt het daarom steeds moeilijker om andere uitgaven (onderwijs, sociale zekerheid en reële koopkrachtverbeteringen) ook hieruit te financieren.
- De reële inkomensgroei zal daarom vergeleken met de situatie uit het verleden stagneren. De sterke vermogenstoename van de jaren negentig is vooral ten goede gekomen aan de generatie van de 'babyboomers'. De jongeren van de toekomst zullen echter minder kunnen profiteren van de economische groei omdat we hieruit ook een deel van de kosten van de vergrijzing moeten betalen.
- Het wordt bovendien steeds duidelijker dat een van de belangrijkste factoren voor het succes van de toekomstige zorg het 'gedrag' van patiënten en burgers is.

Datum
14 02 2006
Uw brief van
--
Uw kenmerk
--
Ons kenmerk
4354-02
Doorkiesnummer
079 368 73 48
Onderwerp
Duurzame solidariteit

De RVZ komt tot de volgende conclusie: als we de solidariteit in onze gezondheidszorg – tussen jong en oud, tussen gezond en ziek – willen behouden, dan moeten we daar stevige voorwaarden – clausules – aan gaan verbinden. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg doet daarvoor een reeks van suggesties.

De eerste is dat het verzekerde pakket alleen nog die zorg moet gaan bevatten die bewezen heeft werkzaam te zijn. Een aantal voorwaarden of clausules heeft betrekking op leefstijl en het voorkómen van ziekten. Gezond gedrag en verstandig handelen als patiënt – therapietrouw en gepast gebruik van de zorg – moeten worden beloond, vindt de Raad. Premiedifferentiatie en eigen betalingen bieden daarvoor tot op zekere hoogte mogelijkheden. Overconsumptie moet onder andere worden ontmoedigd met eigen betalingen. Consumenten hebben hierbij ook een eigen verantwoordelijkheid. De overheid, de werkgevers, de verzekeraars, en andere private partijen behoren bij te dragen aan individuele preventie.

De RVZ bepleit ook een rigoureuze scheiding tussen zorg en zogenoemde ‘services’. Alles wat met zorg te maken heeft moet in de verzekering blijven. Alle andere kosten – voor wonen, voor eten, voor huishoudelijke zorg – komen in beginsel voor rekening van de gebruiker.

De ziektekostenverzekering kan worden aangevuld met individuele spaarmogelijkheden, bijvoorbeeld voor ouderenzorg of in de curatieve zorg als een alternatief voor een hoog eigen risico. De Raad doet de suggestie te bezien of de omvorming van het huidige spaarloon tot zorgsparen mogelijk is. Ook kunnen de huidige fiscale regelingen op het terrein van het aanvullende pensioen (lijfrentepremies en levensloop) worden verbreed tot de ouderenzorg. De laatste voorwaarde die de Raad formuleert is stimulering door de overheid van andere vormen van solidariteit zoals mantelzorg en via de markt van de aanvullende verzekeringen. Deze ontlasten immers het collectieve systeem.

Het signalement had en heeft de bedoeling om een aanzet tot maatschappelijke discussie te zijn. Mede op verzoek van uw departement heeft de RVZ in een serie debatten met patiëntenorganisaties, artsen, zorgverzekeraars, zorginstellingen, politici, beleidsmakers en andere betrokkenen uit de gezondheidszorg deze ideeën besproken. Dit heeft geleid tot een groot aantal waardevolle reacties. De Raad heeft deze in een boekje samengebracht met twee essays over solidariteit: een van Leo van der Geest van Nyfer en een van Hein Albeda van de Stichting Rekenschap.

Op een beperkt aantal punten die mij persoonlijk bij de debatten sterk hebben getroffen wil ik echter in deze ‘open brief’ ter gelegenheid van mijn afscheid als voorzitter van de RVZ in het bijzonder ingaan.

1. Het begrip ‘solidariteit’ op de snijtafel

Bij onze rondgang in het veld is gebleken dat sommigen het de RVZ niet in dank afnemen dat hij er op aandringt de grenzen van de solidariteit preciezer af te bakken. Juist het ter discussie stellen van de wenselijke hoeveelheid solidariteit zou de bereidheid tot het opbrengen van de solidariteit zelfs kunnen ondergraven! De discussie zou ook in het geheel niet opportuun zijn, omdat de grenzen aan de solidariteit nog lang niet in zicht zouden komen.

Voor een deel heeft dit te maken met het feit dat het solidariteitsbegrip zeer verschillend wordt uitgelegd. Deze verschillen worden in het maatschappelijke debat doorgaans niet geëxpliciteerd. Aan de eigen uitleg van ‘solidariteit’ worden door de deelnemers aan het debat echter wel morele noties en waardeoordelen verbonden die het verloop van de discussie ernstig blijken te vertroebelen. Aan de precisering van wat nu moet worden verstaan onder solidariteit in de gezondheidszorg en de collectieve arrangementen waaruit deze zorg (grotendeels) wordt gefinancierd, bestaat dan ook grote behoefte. In de verzekeringswereld worden de volgende vormen van solidariteit onderscheiden:

- risicosolidariteit: het kenmerk van alle verzekeringen: verzekerden betalen gezamenlijk voldoende premie om de schade van de ‘pechvogels’ te dekken;
- kanssolidariteit: in de verzekering treedt risicostratificatie op: gelijke risico’s betalen gelijke premies, ongelijke risico’s betalen echter verschillende premies. Zolang risicostratificatie niet mogelijk is vallen risicosolidariteit en kanssolidariteit samen;
- intergenerationele solidariteit: jongeren betalen voor ouderen, of ouderen betalen voor de jeugd;
- subsidiërende (risico)solidariteit: alhoewel tevoren bekend is wie de goede en wie de slechte risico’s zijn, worden – veelal via een verplichte verzekering – de goede risico’s verplicht om (mede) de kosten te dragen van de slechte risico’s;
- inkomenssolidariteit: de verdeling van de benodigde premieopbrengst over de deelnemers aan de verzekering is inkomensafhankelijk ingericht.

Deze rationele analyse dekt echter niet de emotionele lading die het ter discussie stellen van 'de solidariteit' in de gezondheidszorg omgeeft. Hein Albeda van de stichting Rekenschap heeft ons gewezen op het verschil tussen de Europese (niet-wederkerige) en de Amerikaans-Angelsaksische (wederkerige) invulling van het begrip (risico)solidariteit. Het eerste solidariteitsmodel gaat uit van de verantwoordelijkheid die de samenleving heeft voor kwetsbare individuen als collectieve vertaling van een morele consensus onder burgers over de wenselijkheid van betrokkenheid en naastenliefde zonder daarvoor iets terug te verlangen. Als voorbeeld denkt men aan de vrijwillige giften ten behoeve van de slachtoffers van de tsunami in Zuidoost-Azië. Het tweede model steunt op de gedachte dat wij solidair zijn met anderen, omdat we willen dat men in tijden van nood ook solidair is met ons. Een rationele keuze dus, die mede is gebaseerd op 'welbegrepen eigenbelang'. Aanspraken en verplichtingen behoren in een rechtvaardige samenleving zo te worden vormgegeven dat iedereen zoveel mogelijk gelijke kansen heeft. De verdelingsregels komen idealiter op onpartijdige wijze tot stand achter een denkbeeldig gordijn, het 'veil of ignorance' van Rawls, waardoor de opstellers ervan niet weten hoe deze regels uitpakken voor hun eigen positie. Een voorbeeld is de Werkloosheidswet. Naarmate er echter meer gaten vallen in het gordijn van onwetendheid en het zicht op de werkelijkheid scherper wordt, ontstaat doorgaans de behoefte om de regels te herzien. Het begrip 'verwijtbare werkloosheid' is hiervan een goed voorbeeld. De RVZ heeft er slechts op willen wijzen dat dit ook in de gezondheidszorg meer en meer het geval is. Ik kom hierop later terug.

2. De betaalbaarheid van de zorg op de langere termijn

Demografische, epidemiologische en technologische ontwikkelingen maken dat we een steeds groter deel van ons inkomen aan collectief gefinancierde zorgarrangementen zullen besteden. Tussen 1953 en 2003 stegen de kosten van 3,3% naar 12,6% van het bruto nationaal product. In 2000 ging in ons land bijna 18% van elke extra verdiende euro naar de gezondheidszorg, in 2002 24,5% en in 2003 zelfs bijna de helft. Een situatie die ondanks de manmoedige pogingen van deze en volgende ministers om de kosten te beheersen, vaker zal voorkomen. Het CPB heeft voor een viertal economische scenario's berekend dat beslag van de groei van de zorgkosten op de groei van het BNP tussen 2010 en 2040 tussen de 16% en 27% zal bedragen. De extra verdiende euro die we uitgeven aan zorg kan uiteraard niet meer worden uitgegeven aan koopkrachtverbetering, onderwijs of aan harde infrastructuur. Als de welvaart, zoals wordt verwacht, minder stijgt dan in het verleden, wordt dat pijnlijk duidelijk. Naar het oordeel van de RVZ kan dit op termijn leiden tot problemen met de betaalbaarheid van de collectieve arrangementen in de gezondheidszorg.

In zijn boek *Overmoed en onbehagen* relativeert Bert de Vries dit probleem. Omdat velen in de zorgsector – waaronder KNMG-voorzitter Peter Holland – de realiteit van een betaalbaarheidvraagstuk in de zorg hebben bestreden onder verwijzing naar De Vries, wil ik hieraan meer aandacht besteden. Kort samengevat stelt De Vries dat de extra belastinginkomsten tussen 2020 en 2040 van 3,2% BNP uit pensioenen – waarin de extra indirecte belastingen over de consumptie van ouderen zijn meegenomen – na aftrek van de extra AOW-uitgaven van 2,2% BNP voldoende zullen zijn om de helft van de 2% kostenstijging in de gezondheidszorg in dezelfde periode op te vangen. In zijn analyse correspondeert dit met de vergrijzingcomponent van de extra zorgkosten. De vergrijzing zou zichzelf daardoor betalen, ook in de zorgsector. Hierbij passen drie kanttekeningen. Op de eerste plaats worden de extra zorgkosten inderdaad veroorzaakt door een samenstel van vergrijzing, epidemiologische en medisch-technische ontwikkelingen. De epidemiologische ontwikkelingen en het gebruik van nieuwe geavanceerde vormen van zorg zijn echter niet willekeurig over de bevolking verdeeld, maar slaan eveneens in overwegende mate neer bij een beperkte – maar snel uitdijende – groep van oudere zorggebruikers. In die zin zijn zij dus wel degelijk aan de vergrijzing gerelateerd en zullen zij een toenemend beroep doen op de inkomensoverdrachten die met de intergenerationele solidariteit gepaard gaan. Dat beroep zal dus ook groter zijn dan

De Vries suggereert. De berekeningen die het RIVM ten aanzien van de epidemiologische ontwikkelingen op verzoek van de RVZ heeft uitgevoerd, tonen dit aan.

Op de tweede plaats moet worden vastgesteld dat de zorgkosten vooralsnog maar ten dele uit belastinginkomsten worden gedekt. De Vries houdt echter in zijn boek ook een direct pleidooi voor het bestuderen van de mogelijkheden om de collectieve lasten te laten stijgen door een oplopende druk op gepensioneerden te accepteren en de daardoor beschikbaar komende – let wel – extra middelen aan te wenden voor het opvangen van de kosten van de vergrijzing. Ik spreek over extra middelen, omdat ouderen ook zullen moeten meebetalen aan de kosten van niet aan vergrijzing gerelateerde uitgaven aan openbaar bestuur, verkeer en waterstaat, defensie etc. En met die suggestie van De Vries kan de Raad het geheel eens zijn: hij heeft dit immers zelf ook voorgesteld in de vorm van een leeftijdsafhankelijke premiestelling met inkomensafhankelijke compensatie via de zorgtoeslag.

En op de derde plaats houdt De Vries een helder en moedig betoog voor een sober basispakket van essentiële voorzieningen en het accepteren van een zekere mate van tweedeling, voor de scheiding van wonen/services en zorg in de AWBZ en voor een ruimere inzet van PGB's om ouderen de gelegenheid te bieden om geld van hun PGB met eigen middelen te combineren en zelf te beslissen hoeveel zorg zij daarvoor inkopen. Ook die aanbevelingen komen de Raad heel bekend voor.

3. Het maatschappelijk draagvlak voor risicosolidariteit

Iedereen is dus in de loop der jaren aanmerkelijk hogere premies gaan betalen, en deze premies zullen ongetwijfeld verder blijven stijgen. Dat is de financieringskant. Maar waar slaan de opbrengsten in geleverde en genoten zorg neer? De jongere en gezonde mensen zijn relatief gezien steeds minder zorg gaan gebruiken. De kosten zitten voor een steeds groter deel bij een kleine groep van overwegend ouderen, die is aangewezen op intensieve gezondheidszorg. Alleen al in de curatieve zorg kosten de duurste 10% van de verzekerden 70% van het budget, terwijl dat in 1953 nog maar 43% was.

Deze steeds schever wordende balans tussen de netto premiebetalers en de netto zorggebruikers kan in de analyse van de RVZ het maatschappelijk draagvlak voor de risicosolidariteit in de gezondheidszorg aantasten. Daarvoor zijn twee oorzaken. Allereerst de absolute hoogte van de premies die moeten worden afgedragen om de collectieve arrangementen in de zorg 'in de lucht te houden' en de invloed die zij hebben op het besteedbaar inkomen van de burgers. Op de tweede plaats blijkt uit de verkenningen van het RIVM dat de twintig duurste ziekten van de toekomst voor wat betreft hun ontstaan in hoge mate zijn gerelateerd aan de levensstijl die de betrokkenen er op na hebben gehouden. Ook het in de hand houden van de gevolgen van deze aandoeningen blijkt sterk afhankelijk van het gedrag van de patiënt. Het gaat hier bijvoorbeeld om hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten en de gevolgen daarvan in de vorm van hartfalen, beroertes en dementie, om chronische longaandoeningen die een verband hebben met rookgedrag, en om slijtage van de gewrichten en diabetes mellitus type II die gerelateerd zijn aan overgewicht. De ervaring van ziekte als uiting van het noodlot maakt daarmee plaats voor de wetenschap dat zorgconsumptie voor ongeveer de helft het gevolg is van gedraggerelateerde ziekten. Het doek van onwetendheid van Rawls – waaraan in veel normatief-ethische benaderingen zo sterk wordt gehecht – valt! Waar Martin Buijsen in Trouw een pleidooi houdt voor de distributie van zorg naar behoefte – door de RVZ niet bestreden – en tegen de (gedeeltelijke) verdeling van (premie)lasten naar gezondheidstoestand of gezondheidsrisico stel ik hem dus de vraag: maar wat te doen als die behoefte voor een belangrijk deel door het eigen gedrag wordt bepaald? Wat is dan wel de specifieke betekenis van solidariteit in de zorg waarvan hij spreekt? En verwacht hij niet het belang dat 'iedereen!' toekent aan een goede gezondheid met het belang van de gezondheidszorg, wat bepaald niet hetzelfde is?!

Bij nagenoeg alle verzekeringen leidt meer kennis over de risicokenmerken van de verzekerden tot risicosegmentatie en premiedifferentiatie. In de gezondheidszorg is dat niet het geval. Velen menen dat de bereidheid tot risicosolidariteit bij Nederlandse burgers van elastiek is en haar grenzen nog lang niet heeft bereikt. De RVZ deelt die mening niet: de solidariteit tussen generaties en tussen hoge en lage gezondheids-risico's staat wel degelijk onder druk. Zo zag 79% van de door Q&A in opdracht van het Algemeen Dagblad ondervraagden als lastenverlichting het liefst een verlaging van de ziektekosten. Dat argument is gezien de recente invoering van de Zorgverzekeringswet wellicht te gemakkelijk.

Maar een meer solide steun voor zijn standpunt vindt de Raad bij recent onderzoek van de Universiteit van Tilburg (UvT) door Bongers et al. 94% van de bevolking is (tamelijk) bang dat de premie van de ziektekostenverzekering gaat stijgen en 95% is (tamelijk) bang dat de kosten van de gezondheidszorg voor de gebruiker zullen toenemen. Slechts 50% van de bevolking is bereid solidariteit in het ziektekostenstelsel in stand te houden als de premie voor de eigen ziektekostenverzekering daardoor verder zou stijgen. 39% is daartoe niet bereid. 75% van de bevolking vindt dat de premiestijging niet meer dan 10% mag bedragen. Opmerkelijk is dat recent zorggebruik van de respondenten op deze percentages niet van invloed was.

Uit vignetonderzoek door Hansen, Arts en Muffels (UvT) komt naar voren dat respondenten in vele gevallen slechts bereid zijn tot solidariteit met fictieve patiënten als zij zelf een aanvullende financiële bijdrage leveren. Ook blijkt een grote meerderheid van mening dat niet iedereen gelijk behandeld hoeft te worden in de basisverzekering. Opmerkelijk is dat het gewone publiek sterk geneigd is om juist concrete leefstijlkenmerken te betrekken in beslissingen om al dan niet tot behandeling of verstrekking over te gaan. Als potentiële patiënten getroffen worden door een ziekte waarvan oorzaak en verantwoordelijkheid buiten henzelf liggen, dan verdienen ze eerder dat de behandeling wordt bekostigd uit de basisverzekering dan als de oorzaak door hun levensstijl mede bij henzelf ligt.

Er lijkt dus alle reden om niet al te gemakkelijk te denken over de mogelijkheden tot het verder oprekken van de grenzen van de risicosolidariteit bij de Nederlandse burgers.

4. Hoe denken patiënten over een clausulering van de risicosolidariteit?

Laat ik allereerst uitspreken dat de proactieve wijze waarop de patiëntenorganisaties zich hebben opgesteld in het debat over het signalement van de Raad getuigt van grote moed. Vanuit de NPCF werd erop gewezen, dat bij de afbakening van het basispakket niet uitsluitend moet worden uitgegaan van het criterium 'evidence based' maar dat ook het patiëntenperspectief erin behoort te worden betrokken. Een 'value based' benadering dus, waarbij ook de mate waarin een behandeling bijdraagt aan de reductie van de ervaren ziektelast wordt betrokken. Een aantal patiëntenorganisaties gaf te kennen goede ervaringen te hebben met het – in overleg met wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten – formuleren van richtlijnen en standaarden van behandeling waarin ook het kostenaspect wordt betrokken.

Het afbakenen van een zinnig en zuinig basispakket zou de ontwikkeling van voorsnog duurdere nieuwe en betere behandelingsmethoden niet moeten belemmeren. Dat impliceert dat deze behandelingen in een aanvullend pakket moeten worden verzekerd, en wellicht voor sommigen niet toegankelijk zijn. Tweedeling dus, die het echter wel mogelijk maakt dat de ontwikkeling van de medische technologie voortschrijdt en uiteindelijk – betaalbaar – voor allen ter beschikking komt.

Vraagtekens werden geplaatst bij het door de verzekeraar bestraffen van ongezond gedrag. Maar er bleek een open oog en oor voor de mogelijkheden van het stimuleren van gezond gedrag en selfmanagement door (chronische) patiënten. Hierbij kan

men denken aan premiereducties op (aanvullende) verzekeringen en het kosteloos ter beschikking stellen van hulpmiddelen voor zelfcontrole.

Voorts werd vanuit de patiëntenbeweging gewezen op het belang van grotere investeringen in preventieve programma's, op het bevorderen van de doelmatigheid van verzekeraars en zorgaanbieders en op het belang van het betrekken van 'patiënten met ervaring' bij de voorlichting en begeleiding van 'nieuwe' lotgenoten. Dat kan veel onnodige zorgconsumptie voorkomen.

5. Naar een agenda voor beleid

Valt uit dit alles nu een beleidsagenda voor de toekomst te destilleren? Ik denk van wel en wil me daarbij niet beperken tot de suggesties die de Raad in het signalement heeft gedaan. Ik concludeer uit de rondgang door het veld dat deze soms tot een stevige en onvermijdelijke discussie leiden, maar tegelijkertijd dat het probleem en de voorgestelde oplossingsrichtingen door grote groepen ook worden herkend. Wat nodig is, is een helder beleid dat aansluit niet alleen bij de feiten maar ook bij de intuïtieve gevoelens, zowel de positieve (we blijven solidair) als de meer negatieve (het is niet meer te betalen), die hierover in de samenleving al bestaan. Dit moet volgens mij langs drie lijnen:

1. Het doek van onwetendheid valt en de overheid moet hierin zelf een actieve rol spelen. De overheid moet niet bang zijn om transparant te zijn over de omvang van de risicosolidariteit in de zorg en de factoren die deze beïnvloeden. Sterker nog: de overheid moet hierin het voortouw nemen, met monitoren, onderzoek en dergelijke en zo toewerken naar een structurele maatschappelijke discussie over de grenzen aan de risicosolidariteit die niet enkel op emotie en ideologische proposities gebaseerd is. Alleen zo kunnen we voorkomen dat keuzes in de toekomst ad hoc moeten worden gemaakt als gevolg van acute budgettaire problematiek. Kortom: de overheid moet transparant zijn over de solidariteitsoverdrachten.
2. Gedrag is door de opkomst van chronische ziekten de doorslaggevende factor in de gezondheid en de zorg van de toekomst. Gedrag is belangrijk om de zorgkosten laag en de effectiviteit van de gezondheidszorg hoog te houden. Dit betekent dat het managen en beïnvloeden van gedrag op de bestuurlijke agenda hoort. Ik weet dat dit niet helemaal spoot met de vrijzinnige tradities van dit land en met de 'eigen verantwoordelijkheid' die hoog op de beleidsagenda staat. Echter vrijheid gaat niet zonder een zekere gebondenheid. En waar eigen verantwoordelijkheid in toenemende mate wordt opgevat als een ongeclausuleerde individuele vrijheid waarvan men de rekening bij het collectief van de samenleving kan indienen, moet de overheid niet bang zijn om meer sturend op te treden. Laten we de mensen serieus gaan helpen om te investeren in hun gezondheid en therapie. Laten we daarbij ook niet meteen weggelopen voor financiële prikkels. De opbrengsten zullen niet alleen voor de schatkist zijn, maar vooral worden uitbetaald in langere en gezondere levens.
3. De zorg is een belangrijke sector met veel creativiteit en verbeteringsdrang van de professionals en de mensen die erin werken. De overheid kan niet zonder deze creativiteit. Alleen de sector zelf kan uiteindelijk richting geven aan de zorg van de toekomst. De ondernemingszin die in de sector bestaat moet om die reden volop de ruimte krijgen. Alleen zo kunnen de innovaties ontstaan, die uiteindelijk onze hele gezondheidszorg verder helpen om meer patiëntgericht en efficiënt te worden en dat zullen we hard nodig hebben. Bovendien kunnen we alleen zo de additionele private geldstromen aanboren die helpen om de zorg betaalbaar te houden. Zonder de solidariteit uit het oog te willen verliezen, pleit ik voor veel meer ruimte voor verschillen in uitvoering, voor slimmere verantwoording in plaats van dichtere regelgeving.

De bloemen die dan kunnen gaan bloeien, kunnen we vervolgens plukken en voor anderen toegankelijk maken of om het meer solidair te zeggen: aan anderen weggeven.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
drs. F.B.M. Sanders
oud-voorzitter

Invitational conference

Houdbare solidariteit in de

gezondheidszorg, 18 januari 2006

1 Duurzame solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg: lessen uit de Verenigde Staten

Prof. dr. J.C. Kennedy, hoogleraar Nieuwste geschiedenis aan de Vrije Universiteit Amsterdam

Het is een grote eer om vandaag te mogen spreken bij het afscheid van Floris Sanders als voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Als iemand die de ontwikkelingen van een afstand heeft geobserveerd, ben ik onder de indruk van de assertieve en overtuigende publicaties die de Raad heeft voortgebracht. Met visie en verve werkte zij aan haar missie om kritisch en constructief bezig te zijn in de wereld van gezondheid en zorg. Hoewel het net geïmplementeerde systeem van gezondheidszorg niet in alle opzichten identiek is aan de voorstellen van de RVZ, is het opvallend hoe belangrijk deze organisatie is geweest in het bepalen van de publieke agenda op het gebied van gezondheid in Nederland. De scheidende voorzitter heeft hierin een centrale rol gespeeld. Mag ik daarom één van de aanwezigen zijn die u, Dr. Sanders, hartelijk wil bedanken voor uw voortreffelijke staat van publieke dienst deze laatste vier jaren en u het beste toewensen nu u als radioloog weer terugkeert naar de patiënten in uw praktijk.

Als cultuurhistoricus van het contemporaine Nederland met belangstelling voor de relatie tussen overheid en burger en als Amerikaans burger ben ik gevraagd om vandaag een paar woorden te spreken over de samenwerking die gewenst en noodzakelijk is tussen burgers en hun overheid als het gaat over de toekomst van gezondheidszorg in dit land. Mijn opmerkingen zullen zich vooral concentreren op de wijze waarop oude en nieuwe vormen van solidariteit op de lange termijn in stand gehouden zouden kunnen worden. Tevens ben ik gevraagd om iets te zeggen over de wijze waarop de Amerikaanse ervaring Nederlanders tot inspiratie kan dienen bij het nadenken over deze taak. Het vertrouwen dat de Verenigde Staten altijd heeft gesteld op de vrije markt bij het reguleren van gezondheidszorg werd tot voor kort afgedaan als ‘achterhaald’ en ‘achterlijk’ in vergelijking met de ‘moderne’ en humane verzorgingsstaat, maar dit marktdenken lijkt in Europa toch de toekomst in te luiden, nu steeds meer landen hun verzorgingsstaten transformeren tot verzekeringsstaten. Wat kan de Amerikaanse ervaring met deze manier van werken op het gebied van gezondheidszorg ons leren?

Het zal Nederlanders, die niet erg happig zijn op het importeren van ‘Amerikaanse toestanden’ in eigen land, niet verbazen dat de vergelijking met Amerika ons nog steeds – ook na de invoering van het nieuwe zorgstelsel in Nederland – veel zal leren over datgene wat we juist niet zouden moeten doen. Waterbeheer is na Katrina niet het enige beleidsterrein waarvan Amerikanen – die anders zo chauvinistisch zijn – weten dat andere landen het beter doen dan zij. De helft van de Amerikanen is ervan overtuigd dat een land als Canada het bijvoorbeeld veel beter doet op het gebied van de volksgezondheid dan de Verenigde Staten en maar eenderde van de Amerikanen geeft de voorkeur aan het eigen systeem.¹¹ Dit heeft misschien deels te maken met de aandacht in de media voor het feit dat medicijnen in Canada veel goedkoper zijn dan in de Verenigde Staten, zodat veel Amerikaanse burgers naar het noorden afreizen voor hun inkopen of via internationale bestellingen aan hun medicijnen komen. Maar het ongenoegen over de gezondheidszorg in Amerika geldt het hele systeem. Al jarenlang is het Amerikaanse publiek ervan van mening dat de medische zorg in de Verenigde Staten ofwel radicaal hervormd moet worden of volledig vervangen.²

Een aantal van de bronnen van dit onbehagen zijn welbekend in Nederland. De Europese vormen van solidariteit in de gezondheidszorg zijn vrijwel afwezig in de Verenigde Staten. Daar gaat het om individuele verantwoordelijkheid, omdat Amerikanen door hun weerszin tegen het betalen van belastingen minder bereid zijn om

inkomenssolidariteit te tonen – juist een vorm van solidariteit die hier in Nederland nog sterk aanwezig is.³ ‘Community mental health’ programma’s richten zich op cliënten uit de belastingbetalende middenklasse, die betrekkelijk goede vooruitzichten hebben vergeleken met de minderbedeelden, waaronder veel chronische geestelijk zieken zijn.⁴ Mede dit alles is het aantal onverzekerden schrikbarend gestegen: 44 miljoen mensen in Amerika zijn niet verzekerd tegen medische kosten; dat is 16% van de totale bevolking. Nog eens 20 miljoen zijn onvoldoende verzekerd.⁵ Naar verwachting zal dit aantal nog flink stijgen in de komende jaren tot 56 miljoen in 2013.⁶ Dit heeft een negatief effect op de preventieve geneeskunde – in de Verenigde Staten zijn het aantal vaccinaties bijvoorbeeld lager⁷ - en de effecten kunnen dramatisch zijn; er sterven per jaar 20.000 mensen wegens gebrek aan medische verzekering.⁸ In dit onvermogen om ‘universal health care’ te realiseren voor de Amerikanen en in het tolereren van het bestaan van zoveel onverzekerde burgers is de Verenigde Staten dus een negatief voorbeeld – en dat kan ook een les zijn voor Nederland, nu het aantal onverzekerden ook naar verwachting hier zal toenemen.

Een ander zwak punt in het Amerikaanse systeem van gezondheidszorg zijn natuurlijk de enorme kosten. De Verenigde Staten spenderen per jaar aanzienlijk meer aan medische kosten dan Europese landen. Op dit moment is dat bijna \$5500 per inwoner,⁹ waarvan 40% door de overheid, 40% door particuliere verzekeraars en de rest uit eigen zak wordt betaald. De Healthcast van Pricewaterhouse Coopers voorspellen dat de gezondheidseconomie de komende vijftien jaar zal verdrievoudigen tot 21% van het Bruto Binnenlands Product, meer dan de stijging tot 16% van het BBP die dit instituut verwacht in de andere OECD-landen.¹⁰ Deze hoge uitgaven betekenen echter niet dat de Amerikanen altijd de meest doelmatige zorg krijgen. Verzekeringsmaatschappijen zijn niet altijd gemotiveerd geweest om optimale kwaliteit te bieden, deels uit vrees dat dit hen geld zal kosten, deels uit vrees dat dit het ‘verkeerde’ soort klant aan zal trekken.¹¹ De marktwerking heeft er ook niet toe geleid dat de administratiekosten omlaag zijn gegaan - integendeel. Door de complexiteit van het systeem is er juist een uitgebreid en kostbaar bureaucratisch web ontstaan met allerlei ingewikkelde dwarsverbindingen tussen overheid, verzekeraars en zorgverleners. Naar schatting beslaan alle federale richtlijnen voor Medicare – het staatsgesubsidieerde medische verzekeringssysteem voor senioren – zo’n 130.000 pagina’s.¹² De Amerikaanse overheid is op allerlei terreinen actief binnen de gezondheidszorg met programma’s als *Medicare*, *Medicaid*, de net gereorganiseerde *Veterans’ Administration* (met bijna 1200 ziekenhuizen en zorgverlenende instanties voor veteranen), de *Indian Health Service* en programma’s die door de verschillende staten en lokale overheden zijn opgezet. Het dure Amerikaanse systeem is dus deels het gevolg van de organisatorische complexiteit van een gemengd systeem van gezondheidszorg, waarin de overheid en de particuliere sector ongeveer evenveel geld spenderen.

Eén van de voornaamste redenen van de hoge kosten is de veeleisendheid van de Amerikaanse consument. De overdadigheid van de Amerikaanse consumptie is over de hele wereld berucht en ook op het gebied van medische voorzieningen stellen de doorsnee Amerikaanse burgers hoge eisen. De Nederlandse ‘zorgconsument’ is daarmee vergeleken nogal bescheiden. In gezondheid en ziekte houden zij het principe hoog van ‘zoveel mogelijk zo lang mogelijk’, waardoor het moeilijk is geweest om de stijging van de gezondheidskosten binnen de perken te houden.¹³ Evenals Nederland heeft gedaan in de jaren tachtig en negentig, heeft het Amerikaanse zorgsysteem geprobeerd om de kosten te beheersen door de invoering van ‘managed care’, waarbij het oude, vrijegevege verzekeringssysteem werd vervangen door gezondheidsnetwerken, waarin verzekeringssmaatschappijen nauwkeurig toezicht houden op medische uitgaven. Maar *managed care* was niet populair in de Verenigde Staten. De econoom David Cutler schrijft in *Your Money or Your Life* (2004) dat Amerikanen dit systeem wantrouwen omdat zij het idee hadden dat de kwaliteit van de zorg leed onder de noodzaak van kostenbesparing, hoewel er weinig bewijs is dat dit in de praktijk het geval was. Amerikanen geloofden graag wat zij

vaak hoorden van hun dokters over de te hoge werkdruk en van anderen over de weigering om zorgverlening goed te keuren onder druk van verzekeringsmaatschappijen. Eind jaren negentig hieven verzekeraars onder druk van de opinie daarom hun remmende beleid op, waardoor de medische kosten – die gedurende de jaren negentig redelijk stabiel waren gebleven – weer begonnen te stijgen.¹⁴ Ondanks hun kritiek op het dure en ongebalanceerde systeem, krijgen de meeste Amerikanen dus toch weer de gezondheidszorg die zij wensen: flexibel, vol technologische hoogstandjes en specialistische zorg.

Waarschijnlijk is het meest opvallende zwakke punt in dit onevenwichtige Amerikaanse systeem toch het politiek onvermogen om grote structurele hervormingen door te voeren. De discussie over het streven naar ‘universal health care’ is al sinds de jaren dertig met regelmaat gevoerd. In de jaren zestig resulteerde dit in de invoering van *Medicare* en *Medicaid* (in dezelfde periode werd in Nederland de zieketewet geïntroduceerd, die recent weer is vervangen door het nieuwe zorgstelsel), maar sinds die tijd is in Amerika weinig veranderd. Het meest ambitieuze voorstel werd geformuleerd door Bill en Hillary Clinton in 1993-1994 en betrof een plan om te komen tot een door de staat gesubsidieerde vorm van ‘universal health care’. Maar een door het Witte Huis ongelukkig vormgegeven politieke strategie, een onoverzichtelijk wetsvoorstel van 1350 pagina’s en de hardnekkige weerstand van de gezondheidszorgindustrie (waaronder dokters en verzekeringsmaatschappijen) deden het voorstel de das om.¹⁵ Het falen van Clinton’s plan illustreert ook de risico’s van het introduceren van vergaande wetgeving als de politiek er nog onvoldoende op is voorbereid. Het nieuwe zorgstelsel in Nederland heeft zijn oorsprong in de Commissie-Dekker van eind jaren tachtig, waardoor in de daaropvolgende jaren langzamerhand draagvlak werd gecreëerd in Nederland. Een dergelijke investering in het opbouwen van consensus had niet plaatsgevonden in de Verenigde Staten. De politieke wil om het zorgsysteem fundamenteel te veranderen is sindsdien ook niet verder van de grond gekomen, niet alleen vanwege het conservatieve verzet tegen verandering, maar ook vanwege de complexiteit van het zorgsysteem en de onzekerheid over de wijze waarop hervormingen kunnen leiden tot ‘universal health care’ en tegelijkertijd de kosten kunnen beheersen.¹⁶

Een allesomvattend plan voor zorgstelselhervormingen komt op dit moment, vreemd genoeg, uit de koker van de grote tegenstander van het voorstel van Bill en Hillary Clinton: Newt Gingrich, de voormalige voorzitter van the House of Representatives. Zijn denktank, *The Center for Health Transformation* heeft als motto: ‘Better health, lower cost’ en beweert het volgende: ‘We can achieve 100% coverage through market-based solutions, consumerism, individual empowerment, private/corporate efforts, tax incentives, direct public subsidies, strong community support, and faith-based outreach programs.’¹⁷ Gingrich’ plannen zijn in grote lijnen vergelijkbaar met de regelingen zoals die hier in Nederland recent zijn geïntroduceerd. In beide gevallen is er sprake van een goed-georganiseerde verzekeringsmarkt, subsidies (en belastingvoordelen) voor diegenen die financiële hulp nodig hebben en is er een grote rol weggelegd voor lokale initiatieven om de gezondheidszorg te coördineren en te verbeteren. Opvallend is dat Gingrich de markt wil reguleren zodat er meer solidariteit met armere burgers komt, met name door een verzekering voor iedereen mogelijk te maken. Maar het is voorlopig niet meer dan een plan en de kans dat het in de nabije toekomst tot uitvoering wordt gebracht is klein. Samengevat zou je dus kunnen zeggen dat de Verenigde Staten evenals Nederland op zoek zijn naar ‘duurzame solidariteit’, waarbij allen toegang tot betaalbare zorg hebben. Maar in tegenstelling tot Nederland is Amerika er tot op heden niet in geslaagd om de politieke wil en de politieke consensus te creëren die nodig is om hervormingen door te voeren. In dit opzicht lopen de Verenigde Staten, ondanks hun van oudsher principiële voorkeur voor de vrije markt, niet perse voorop in het vinden van een goed gebalanceerd stelsel. In tegendeel, Amerika loopt achter als het gaat om het vinden van nieuwe wegen waarop haar eigen aangepaste versie van het marktdenken in de gezondheidszorg toegankelijk, betaalbaar, efficiënt en effectief gemaakt kan worden.

Hoe kan de Verenigde Staten ons op dit gebied dan wél inspireren? Natuurlijk heeft de gezondheidszorg in Amerika ook sterke punten. De Verenigde Staten loopt voorop als het gaat om technologische innovaties en het is een land dat overvloedt van nieuwe initiatieven, zoals de RVZ juist heeft opgemerkt¹⁸ Amerikanen zijn aan het experimenteren met manieren om de markt en lokale gemeenschappen beter te laten aansluiten op de eisen van de zorg en soms zijn deze experimenten succesvol. En daarnaast kan de Verenigde Staten ook als voorbeeld en inspiratie dienen voor ‘de burger’, die nu in Nederland vrij is in het maken van zorgkeuzes.

We hebben de laatste jaren in Nederland veel over ‘de burger’ gehoord. Daarbij ging het vooral over de burger die weer zelfredzaamheid en initiatief moest tonen. Overal lijkt ‘eigen verantwoordelijkheid’ de leus te zijn. ‘De laatste jaren heeft dit kabinet al veel prikkels geïntroduceerd die de eigen verantwoordelijkheid van burgers moeten vergroten’, schreef minister Hoogervorst in een toelichting op zijn gezondheidsbeleid.¹⁹ Als Amerikaan is het mij al heel lang opgevallen hoe in Nederland – zelfs in zijn meest vrijgevochten decennia – verantwoordelijkheidsbesef lijkt te zijn verheven tot de hoogste deugd.²⁰ De precieze betekenis van dat woord is natuurlijk over de jaren wel aan verandering onderhevig geweest. Recent is deze deugd, wellicht meer dan in de jaren negentig, geplaatst in de context van de gemeenschap, met de boodschap die het tegenwoordig goed doet: er is geen vrijheid zonder plichten. Veel publicaties van de RVZ hebben dit gemeenschappelijke verantwoordelijkheidsbesef benadrukt als een manier om houdbare solidariteit vorm te geven. Zoals dr. Sanders recent zei in een interview met Elsevier:

Je zult de burger meer moeten aanspreken op zijn eigen verantwoordelijkheid. Daaraan ontkomen we niet...De huidige manier van bekostigen is eindig. Dat moet de burger zich goed realiseren...Willen we de zorg op een hoog niveau houden, dan moet de burger zelf meer doen, zijn verantwoording nemen en verantwoord gebruik maken van hetgeen hem geboden wordt.²¹

Dit streven past goed binnen de discussie over de noodzaak om burgers los te weken uit de Nederlandse verzorgingsstaat. Door hen te lang te verwennen met dure zorg hebben veel burgers een ongezonde afhankelijkheid van de zorg ontwikkeld en moeten zij gespeend worden van de staat en gedwongen om weer ‘eigen verantwoordelijkheid’ te nemen.²² Deze geluiden zijn sterker en sterker geworden sinds de bevindingen van de commissies Dekker en Dunning. Ook de RVZ heeft met toewijding en volharding gezocht naar manieren om ‘de meerderjarige burger’ weer op eigen benen te laten staan.²³

Kan de Amerikaanse burger de Nederlandse ‘meerderjarige burger’ inspireren? In veel opzichten misschien niet. Als het gaat om het beperken van medische kosten zijn de Amerikanen geen goed voorbeeld geweest. Maar misschien zijn ze wel een realistisch voorbeeld. Zullen Nederlandse burgers er wel in slagen om hun zorgconsumptie terug te dringen als hun ogen worden geopend voor de werkelijke kosten van de zorg? Dit is de uitgesproken hoop van de RVZ. Maar als je naar de Amerikaanse burger kijkt, kun je alleen maar hopen dat de Nederlandse burger zijn zuinige instincten van weleer kan behouden. De voorkeur van Amerikaanse burgers voor ‘kwaliteit’ doet ook de vraag rijzen of de Nederlandse overheid wel enthousiasme kan genereren voor een zorgsysteem dat evenals het Amerikaanse voorbeeld van ‘managed care’ door de burger geassocieerd zal worden met kostenbeheersing. Amerikanen zijn vervolgens ook geen goed voorbeeld als het gaat om preventie van ziekte en een gezonde levensstijl, hoewel daar wel steeds meer aandacht voor is. En tenslotte moet men wel opmerken dat naast de minderbedeelden ook goedopgeleide, welvarende Amerikanen niet altijd weten welke kant ze op moeten in zo’n web van keuzemogelijkheden.²⁴ De Amerikaanse ervaring met gezondheidszorg laat dus de grenzen van de ‘eigen verantwoordelijkheid’ van ‘de burger’ zien.

Toch denk ik dat de Amerikaanse tradities van burgerschap kunnen dienen als inspiratie. Omdat de staat in de Verenigde Staten minder verantwoordelijkheid op zich nam en de samenleving juist meer deed, zijn indrukwekkende tradities van burgerschap ontstaan. In dat opzicht kan de Amerikaanse ervaring tot inspiratie dienen voor het ontwikkelen van Nederlandse modellen van een krachtiger burgerschap.

Daar is wel behoefte aan. Lezend door de documenten van de RVZ en gerelateerde literatuur over de gezondheidszorg, krijg ik geen duidelijk beeld van wie precies 'de burger' is en wat van hem verwacht kan worden. Paul Dekker en Joep 't Hart van de SCP hebben al recentelijk opgemerkt hoe ver verwijderd de Nederlandse 'burger' is van de uitbundige Amerikaanse 'citizen'. Die Nederlandse burger blijft 'een ietwat vage' figuur die idealiter zijn plicht heeft gedaan.²⁵ Ik denk dat dit weinig inspirerende beeld van 'de burger' te maken heeft met de hardnekkigheid waarmee de burger binnen de Nederlandse bestuurlijke cultuur gedefinieerd wordt als het object van goed beleid, of hoogstens als de persoon die het goede beleid handen en voeten zal geven. Uit de literatuur komt vooral het beeld naar voren van de burger als een persoon die op de één of andere manier moet worden geprikkeld om te doen wat het goede beleid van hem verwacht. De burger moet bijvoorbeeld leren hoe het op verantwoorde manier om kan gaan met het aanbod van medische zorg, de burger moet inzien dat het weer eigen verantwoordelijkheid moet nemen, enz. Men zegt vaak dat het beeld van de rationele, calculerende en consumerende burger nu overheerst in Nederland, maar ik denk dat in de beleidsstukken 'de burger' nog steeds vooral voorwerp van goed beleid is.²⁶ Als burgerschap meer betekent dan een verlengstuk van het overheidsbeleid dan moet dat alsnog duidelijker worden. En ondanks alle goede bedoelingen om 'de burger' een grotere rol te geven weet ik niet in hoeverre dit is gelukt.²⁷

Als je 'de burger' en zijn 'eigen verantwoordelijkheid' centraal wilt stellen in het beleid, dan moet je hem naar mijn idee zien als iemand die groter en belangrijker is dan de persoon die zich bewust is van zijn burgerplichten en handelt naar de kennis dat zijn eigen gezondheid en die van anderen goed is voor de gemeenschap. En in dit streven naar de burger die een volwaardige partner is in volksgezondheid en zorg, kunnen de Amerikaanse tradities van nut zijn. Ik wil eerst even kort ingaan op de manier waarop Amerikanen praten over de burger in hun eigen zorgstelsel. In de eerste plaats spreken ze zelden over 'the citizen' of 'citizens'. Een term die vaak wordt gebruikt in plaats van 'de burger' is 'Americans' of zelfs 'the people'. De term 'American' is krachtiger dan de term 'burger' omdat het duidelijk maakt dat men deel uitmaakt van een geheel. Solidariteit wordt zo ook tot uiting gebracht. Maar omdat ik niet weet of 'Nederlanders' een goede vervanging zou zijn voor 'burgers', laat ik dit punt nu maar rusten.

Naast 'de burger' als 'American' zijn er binnen de kringen van de overheid en zorgaanbieders nog drie sterke identiteiten waardoor de burger wordt gezien als iemand waarmee je rekening moet houden. De eerste identiteit is die van 'the consumer,' een term die niet alleen binnen de overheid, maar in heel de Amerikaanse samenleving frequent wordt gebruikt. Het is waar dat deze term in de vorm van de 'zorgconsument' ook in Nederland opduikt en er kan geen twijfel over bestaan dat consumentenorganisaties in Nederland (vooral de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie) in aantal, status en invloed toenemen. De RVZ heeft ook allerlei pogingen gedaan om 'de klant' in beeld te brengen en suggesties te doen over het gebruiken van hun invloed.²⁸ Maar een echte waardering van de consument is naar mijn mening tamelijk onderontwikkeld. En dat is geen toeval. De 'consumer' is een term die al gangbaar was in het Amerika van de laat 19^e eeuw, terwijl het hier pas in de vijftig als begrip zijn entree maakt. De term heeft een redelijk positieve connotatie in Amerika, terwijl het in Nederland lang wordt geassocieerd met overdaad en gebrek aan zelfbeheersing. Dus hoewel de consument steeds meer invloed heeft gekregen in de Nederlandse samenleving, blijft er een zeker wantrouwen tegenover het consumeren van zorg – dat overigens niet geheel

misplaatst is, gezien de noodzaak om het zorgaanbod niet te veel onderdeel uit te laten maken van de consumptiegoederen.

Maar gezondheid is in welvarende, gezonde culturen tot op zekere hoogte een handelsartikel geworden en het bestaan van de zorgconsument brengt ook voordelen met zich mee. Zo kunnen zij in belangrijke mate geïnformeerde keuzes maken en concurreren verzekeraars met elkaar. En sommige verzekeraars zullen hun klanten aanmoedigen in het kiezen voor een gezonde levensstijl, waardoor zij misschien ook weer andere verzekeringnemers aantrekken.²⁹ De mogelijkheden van het internet en informatie technologie helpt consumenten in het evalueren van zorgaanbieders en polissen en het maken van keuzes. En zorgaanbieders maken steeds meer gebruik van consumentenonderzoek om hun aanbod af te stemmen op de wensen van de afnemers.³⁰ Misschien is de meest opmerkelijke trend van dit moment in de Verenigde Staten de zogenaamde ‘consumer-driven health plans’, die volgens de zorgverzekeraar Mutual of Omaha streven naar ‘empowering people to take responsibility for their health care.’³¹ Dit type polis bestaat meestal uit een verzekering met een hoge eigen bijdrage voor dure medische zorg en een tegoedrekening voor medische kosten, die belastingaftrekbaar is. Het is goed mogelijk dat dit plan in staat is om de kosten te beheersen en consumenten bewust te maken van hun zorgkeuzes en de financiële beslissingen die zij nemen, maar het is te vroeg om tot een goede diagnose te komen. De ‘consumer-driven health care’ met zijn slogan ‘less costs, more choices’ is daarom misschien de manier voor ‘de burger’ om meer grip te krijgen op deze zaak.

De consument is in het Amerikaanse taalgebruik niet alleen een calculerend aankoper, maar ook een ‘watchdog’: de oplettende consument die misstanden aan de kaak stelt. Het verzet van consumenten tegen het roken in publieke ruimtes was één van de belangrijkste redenen waarom het roken in bedrijven en openbare ruimtes aan banden is gelegd. ‘Public access’ voor ‘disabled Americans’ is ook algemeen ingevoerd door de acties van gehandicapten voor verbeterde voorzieningen (iets dat hier pas nu van de grond komt). De Verenigde Staten kent een lange traditie van ‘watchdog’ pressiegroepen, zoals de *Public Citizen*, die zich

inzet voor transparantie en democratische verantwoording in de overheid, voor het recht van consumenten om hun zaak voor de rechter te brengen...voor een goede gezondheid...en voor veilige, effectieve en betaalbare medicijnen en gezondheidszorg.³²

In dit opzicht functioneert de consument in de Verenigde Staten als de ‘rights-bearing citizen’³³, die anderen wijst op de gevaren van overheidsbeleid, zorgplannen of onveilige medicijnen. De Amerikaanse ‘claim-cultuur’ is eigenlijk niet zo slecht, zei ook de Maastrichtse hoogleraar T. Hartlief³⁴ - als het maar binnen bepaalde grenzen blijft. Het is goed dat er meer oog is voor de positieve inbreng van burgers als consumenten. Deze visie op ‘de consument’ krijgt ook steeds meer aandacht in Nederland en het is zeker gerechtvaardigd dat de consument meer wordt gezien als een geducht persoon met wie je rekening moet houden omdat hij veranderingen eist en misbruik aan de kaak stelt. De Amerikaanse ‘consumer’ heeft een identiteit die ook solidariteit kan opbouwen.

De Amerikaanse ‘citizen’ heeft niet alleen een sterke identiteit als ‘consument’, maar ook als ‘patiënt’. Evenals in Nederland worden de termen ‘patiënt’ en ‘consument’ in Amerika soms gebruikt als synoniemen, hoewel bij sommigen ‘consumer’ positiever klinkt omdat het de zelfstandigheid meer benadrukt dan ‘patiënt.’ In de jaren zestig vond de ‘rights revolution’ plaats in de Verenigde Staten, die veel invloed heeft gehad op de Amerikaanse retoriek en de visie op patiënten in andere landen. De eerste ‘Patients’ Bill of Rights’ werden in Amerika in 1972 in ziekenhuizen vastgesteld.³⁵ Ook Nederland is hierdoor beïnvloed. Patiëntenorganisaties hebben in Nederland meer invloed dan in andere delen van Europa, maar toch passeren ze zelden het niveau van advisering. Ze werden meestal uit de belangrijkste

beslissingsprocessen gehouden in zowel de volksgezondheid en de zorg.³⁶ Vanwege het meer gepolariseerde klimaat in de Verenigde Staten, zijn patiënten en patiëntenorganisaties daar vaak assertiever. Hoewel de gevolgen niet altijd gunstig zijn, kunnen ze wel een positieve rol spelen in het identificeren van misbruik en tekortkomingen en kunnen ze – vooral de pressiegroepen die de chronisch zieken vertegenwoordigen – helpen bij het vaststellen van de beste medische praktijken. L. van der Geest zei recent in een gesprek van de RVZ dat zelfs de lastigste patiënten de samenleving een goede dienst kunnen bewijzen.³⁷ Patiëntenadvocaten, zoals de recent overleden Christopher Reeve (die bekend werd als de acteur van Superman voordat hij bij een ongeluk zijn nek brak en verlamd raakte) hebben veranderingen kunnen doorvoeren waardoor de overheidszorg en de particuliere zorg voor gehandicapten werd verbeterd.³⁸ De Amerikaanse ervaring leert dus dat veeleisende patiënten nieuwe vormen van belangensolidariteit kunnen ontwikkelen, iets waar naar de RVZ ook streeft.³⁹

Tenslotte is de Amerikaanse samenleving vooral goed in het stimuleren van ‘actief burgerschap’ op lokaal niveau, door ‘community involvement’, zoals dat vaak heet. Deze derde identiteit van de burger zou ik willen omschrijven als de ‘community builder,’ of ‘opbouwwerker.’ In de Verenigde Staten zijn er duizenden en duizenden lokale, regionale en nationale initiatieven die vanuit de bevolking zijn opgekomen, door allerlei verschillende geldschietters (individuen, bedrijven en overheid) worden gefinancierd, en tot doel hebben om bepaalde gezondheidsproblemen aan te pakken. Zo heeft de *Earth Resource Foundation* in Californië een actie ondernomen om de stranden in de staat rookvrij te krijgen, deels om de vervuiling door sigarettenpeuken tegen te gaan en deels om de volksgezondheid te bevorderen.⁴⁰ Hillary Clinton heeft in haar bestseller *It Takes a Village* protest aangetekend tegen de lage vaccinatiegraad en het gebrek aan buurtcentra, maar prijst burgerinitiatieven die daarin verandering proberen te brengen: de Kiwanis club voor haar campagne om kinderen te vaccineren en de kerk van haar man in Little Rock, Arkansas, voor het bouwen van ‘family centers that include athletic facilities for exercise classes, basketball games and jogging or walking.’⁴¹ En overal in Amerika vindt je lokale initiatieven van burgers, overheid, medici en de zakenwereld zoals CLOCC in Chicago, die de kinderen in hun stad gezonde eetgewoonten aanleren nadat uit onderzoek bleek dat overgewicht een groot probleem was bij de jongste inwoners van Chicago (twee keer het landelijk gemiddelde). Bij deze burgerinitiatieven werken liefdadigheidsinstellingen samen met bedrijven op het niveau van de wijk of de stad, worden ze gesteund door de overheid en gedreven door een leger van vrijwilligers.⁴²

Natuurlijk zijn deze ondernemingen niet onbekend in Nederland en de toename van deze burgerinitiatieven is één van de voornaamste doelstellingen van de WMO. Maar de burger als ‘community builder’ kan zeker nog meer nadruk krijgen. Er is tenslotte veel zorg die nog verricht moet worden. Dat ‘de burger’ hier als vrijwilliger een belangrijke rol in moet spelen ligt vast. Maar er moet nog meer discussie in Nederland worden gevoerd over wat van professionals verwacht kan worden en wat burgers zelf voor hun naasten moeten doen, zoals Anne-Mei The in haar boek over verpleeghuizen heeft bepleit.⁴³ Alleen dan kan een bredere visie op vrijwilligerswerk en nieuwe vormen van solidariteit worden ontwikkeld.

En die brede visie is nodig in Nederland. We kunnen misschien een voorbeeld nemen aan het taalgebruik van de huidige Surgeon General van de nationale gezondheidsdienst in de Verenigde Staten, Richard Carmona. Deze man is van latijns-amerikaanse komaf, was een vroegtijdig schoolverlater die weer terugkeerde naar de schoolbanken en uiteindelijk chirurg werd. In een rede voor een groep mensen met een handicap zei hij: ‘by uniting health care professionals, educators, service providers, persons with disabilities, and communities, we can ensure the health and well being of all Americans...I was raised to believe in the power of our community, in the need to help others, and to give back...’ Deze warme manier van spreken, waarin de gemeenschap veel aandacht krijgt en waarbij mensen uitgenodigd om samen te werken met de overheid om bepaalde doelstellingen te verwezenlij-

ken, hoor je niet zo vaak in Nederland. Het is toch een typisch Amerikaanse manier van spreken, als Carmona zijn toehoorders laat weten: 'You can make a difference'.⁴⁴ Door dit taalgebruik worden de toehoorders aangemoedigd tot het werken aan andere vormen van solidariteit, waarin burgers zorgen voor anderen zelfs als de ontvangers nooit voor de gevers zullen kunnen zorgen. De houding lijkt hierin te zijn: omdat ik veel ontvangen heb door de goedheid van anderen, wil ik ook aan anderen geven.⁴⁵ Dit is een bijzonder belangrijke impuls in de Amerikaanse samenleving en het leidt tot allerlei initiatieven om medeburgers dienstbaar te zijn. Hoewel de Verenigde Staten niet streeft naar traditionele Europese vormen van solidariteit, kan het toch hierin dienen als inspiratie voor andere vormen van solidariteit, vooral die solidariteit die door vrije burgers onderling vorm wordt gegeven.

Laat ik nu afsluiten. De Verenigde Staten is niet alleen een negatief, maar ook een positief voorbeeld als het gaat om de zorg en volksgezondheid. Eén van de voornaamste lessen die wij kunnen leren van de Amerikanen is hun traditie van de sterke burger die meer doet dan alleen het volbrengen van een passieve plicht jegens de gemeenschap. De burger naar Amerikaans voorbeeld is zowel weerbaar als ondernemend; het is een burger die de solidariteit op het gebied van medische zorg en volksgezondheid actief definieert en vormgeeft.

Dit is voor een groot deel ook de burger die de RVZ en het overheidsbeleid voor ogen heeft. Maar het beleid moet zich niet alleen richten op het scheppen van de kaders waarbinnen de burger geprikkeld kan worden om te doen wat hij behoort te doen. De overheid moet de burger ook benaderen als samenwerkingspartner (L. van der Geest⁴⁶), als de sterke burger, die in zijn eigen visie misschien afwijkt van de overheidsvisie. Dit vereist in elk geval een taalgebruik dat meer omvat dan 'keuzevrijheid' en 'eigen verantwoordelijkheid', maar ook burgers oproept tot nieuwe vormen van solidariteit. De Amerikaanse tradities van solidariteit kunnen niet eenvoudig worden geïmporteerd naar Nederland. Nederland moet bovendien zijn eigen tradities van solidariteit hooghouden. Maar een overheid die de burger benaderd als een samenwerkingspartner en hem oproept 'to make a difference', is een essentiële stap in de richting van een duurzamer solidariteit.

Noten

- 1 'Americans Rate Canadian Health Care System Better than U.S. System,' *Health Care News*, Harris Interactive, 4, 14 (30 augustus 2004)
http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_Health_CareNews2004Vol4_Iss14.pdf
- 2 'Attitudes towards the United States' Health Care System: Long-Term Trends', *Health Care News*, Harris Interactive, 2, 17 (21 augustus 2002)
http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_Health_CareNews2002Vol2_Iss17.pdf
- 3 Zie, voor een verklaring van deze situatie in de VS, Theda Skocpol, *The Missing Middle* (New York, 2001).
- 4 Gerald N. Grob, *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America* (Princeton, 1991).
- 5 Anthony R. Kovner en James R. Knickman, *Jonas & Kovner's Health Care Delivery in the United States*, 8th ed. (New York, 2005), 44.
- 6 Todd Gilmer en Richard Kronick, 'It's The Premiums, Stupid: Projections Of The Uninsured Through 2013,' *Health Affairs*, 10.1377/hlthaff.w5.143 (5 april 2005).
<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w5.143/DC1>
- 7 Hillary Rodham Clinton, *It Takes a Village and Other Lessons Teach Us* (New York, 1996), 113.
- 8 Geciteerd in David M. Cutler, *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Health Care System* (Oxford, 2004), x; zie Institutes of Medicine, *Care Without Coverage: Too Little, Too Late* (Washington, 2002), 162.
- 9 Kovner en Knickman, 44.
- 10 'PricewaterhouseCoopers HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future report,' aan te vragen bij
<http://www.pwc.com/extweb/ncpressrelease.nsf/docid/48A00BCDDD632394852570B4006A2E30>
- 11 Cutler, 98-99.
- 12 Geciteerd in Kovner en Knickman, 5.
- 13 Sylvain de Bleckere gebruikt deze uitspraak om het gezondheidsdenken in het Westen te karakteriseren; 'Een filosofie in het teken van de grote gezondheid,' in Jan Rolies, red. *De gezonde burger. Gezondheid als norm* (Nijmegen, 1988), 53-54.
- 14 Cutler, *Your Money or Your Life*, 86-99.
- 15 James T. Patterson, *Restless Giant. The United States from Watergate to Bush v. Gore* (Oxford, 2005), 328-330.
- 16 Zie, voor dit laatste punt, Cutler, 122-123.
- 17 Center for Health Transformation, 'Insure All Americans,'
http://www.gingrichgroup.com/projects/Insure_All_Americans/
- 18 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Signalement* (Den Haag, 2005), 18-20.
- 19 J.F. Hoogervorst, 'Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005,' *Tweede Kamer der Staten-Generaal*, 2004-2005, 29 800 XVI, nr. 161, 10.
- 20 Zie bijvoorbeeld J.W. Rengelink en I. Mug, *Burgerschap en burgerzin* (Heemstede ca. 1951).
- 21 Willem Wansink, 'Floris Sanders: Ongezonder leven heeft zijn prijs,' *Elsevier*, 22 november 2005;
http://www.elsevier.nl/persoonlijk/gezondheid_en_gezin/nieuwsbericht/asp/artnr/74523/; A. J. Struijs, 'Burgerschap en eigen verantwoordelijkheid,' in Raad voor de Volksgezondheid, *De rollen verdeeld: achtergrondstudies* (Zoetermeer, 2000), 18-20.
- 22 Jos Becker, 'Het burgerschap in de troonredes,' in Paul Dekker en Joep de


- Hart, reds., *De goede burger. Tien beschouwingen over een morele categorie* (Den Haag, 2005), 59-68.
- 23 Pauline Slot, *Verzekerd van zorg. Publieksversie van het advies De rollen verdeeld* (Zoetermeer, 2001), 10-12; 22-23.
- 24 Cutler, 112-113; Barry Schwartz, *The Paradox of Choice. Why More is Less. How the Culture of Abundance Robs Us of Satisfaction* (New York, 2004).
- 25 Paul Dekker en Joep de Hart, 'Goede burgers,' in *De goede burger*, 16-17.
- 26 Het 'verplichte' karakter van keuzevrijheid in o.a. de gezondheidszorg wordt ook onder de loep genomen in Margo Trappenburg en Stef Groenewoud, 'Gezondheidszorg. Nieuwe Ongelijkheden,' en Tsjalling Swierstra en Eveline Tonkens, 'Kiezen, een burgerplicht?' in Menno Hurenkamp en Monique Kremer, reds., *Vrijheid verplicht. Over tevredenheid en de grenzen van keuzevrijheid* (Amsterdam, 2005), 207-219. In het laatstgenoemde hoofdstuk vinden de auteurs dat het consumentisme als een plicht wordt opgelegd. Naar mijn idee is er niet slechts een vrije markt (klant kiest), maar ook een sturende overheid aanwezig in dit vertoog die wil dat burgers de 'juiste' keuzen maken. Dit laatste (de burger moet weten wat goed voor hem is) is dominantier geworden in de laatste jaren, althans onder beleidsmakers in de gezondheidszorg.
- 27 D.G. Oudenampsen, *De patiënt als burger, de burger als patiënt. Burger schap en kwaliteitsbeoordeling in de gezondheidszorg* (Utrecht, 1999).
- 28 Wendy van der Kraan, *Tot de klant gericht* (Zoetermeer, 2004); http://vif62-237.nijmegen.inter.nl.net/data/download/Tot_de_klant_gericht.pdf
- Eén van de bekendste voorstanders van een marktgerichte aanpak is Regina Herzlinger, *Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry* (New York, 1997).
- 30 Cutler, 108, voetnoot 11.
- 31 Mutual of Omaha, 'Consumer-Driven Health Plan'; http://www.mutualofomaha.com/employers/products/health_insurance/chp
- 32 Public Citizen, 'Protecting Health, Safety and Democracy'; <http://www.citizen.org/about/>
- 33 Michael Schudson, *The Good Citizen. A History of American Civic Life* (New York, 1998), 8-10.
- 34 Zie T. Hartlief, *Leven in een claimcultuur, wie is er bang voor Amerikaanse toestanden?*; <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=3683>
- 35 Ruth R. Faden and Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent* (New York, 1986), 89-94.
- 36 H.J.J. Leenen, *Volksgezondheid in het perspectief van de burger. Een schets van ontwikkelingen ten behoeve van een sociaal-liberale politiek* (Den Haag, 2000), 9-10; zie ook de bevindingen van Oudenampsen.
- 37 L. van der Geest, 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Schippen tussen rechtvaardigheid, doelmatigheid en betrokkenheid. Essay in opdracht voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,' (Breukelen, 2005), 18.
- 38 Christopher Reeve Foundation; http://www.christopherreeve.org/site/c.geIMLPOpGjF/b.1097025/k.A74C/Christopher_Reeve.htm
- 39 RVZ, *Houdbare solidariteit*, 40.
- 40 'Our streets and beaches are not your ashtray!' is de strijdkreet van deze groep op hun website over 'Smoke-Free Beaches,' een boodschap die wordt verbonden aan een activistische houding: "I am the problem, I am the solution;" zie <http://www.earthresource.org/campaigns/smoke-free/overview.html>; zie ook het Programma 'Breath' met hun 'Outdoor Tobacco Smoke Fact Sheet'; http://www.breath-ala.org/html/out_facts.html
- 41 Clinton, *It Takes a Village*, 113:121-122.
- 42 Consortium to Lower Obesity in Chicago Children (CLOCC), <http://www.clocc.net/>.
- 43 Anne Mei The, *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving* (Amsterdam, 2004), 320-321.

- ⁴⁴ Richard Carmona, 'A Call to Caring' (26 juli 2005), <http://www.surgeongeneral.gov/library/disabilities/calltoaction/Carmona.html>; 'Improving Health Care in the Hispanic Community' (28 september 2005), <http://www.surgeongeneral.gov/news/speeches/09282005.html>;
- ⁴⁵ Zie voor deze vorm van wederkerigheid, die soms voortkomt uit religieuze bezieling, ook de analyse van Annelies van Heijst, *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas* (Hilversum, 2002), 267-295.
- ⁴⁶ Van der Geest, 'Houdbare solidariteit,' 19.

2 Solidarity in health care, a UK perspective

J. Le Grand, Richard Titmuss professor of Social policy at the London School of Economics

Dia 1



A dark blue slide with a white horizontal line at the top. On the left, there is a graphic of vertical bars of varying heights, colored in a gradient from yellow to blue. The main title is in white text. Below the title, the speaker's name and affiliation are listed, followed by the event details.

Solidarity in Health Care: A UK Perspective

Julian Le Grand
London School of Economics

Council of Public Health and Health Care
The Hague, 18th January 2005

Dia 2



A dark blue slide with a white horizontal line at the top. On the left, there is a graphic of vertical bars of varying heights, colored in a gradient from yellow to blue. The main title is in white text. Below the title, there is a bulleted list of interpretations of solidarity.

Solidarity: interpretations

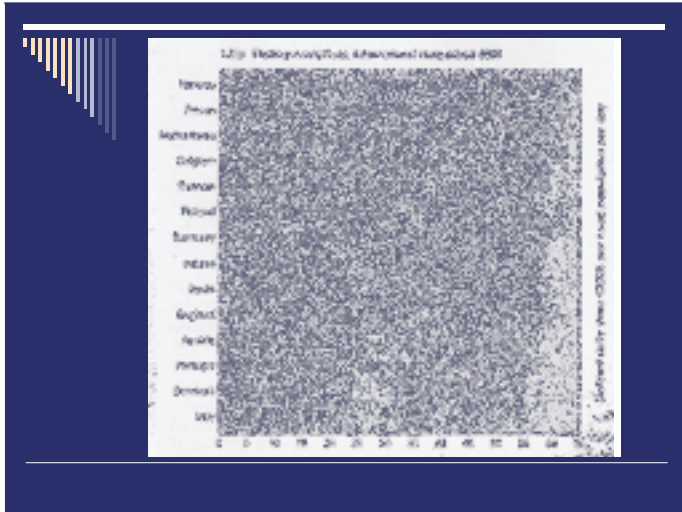
- Community. Sense of fellow feeling with other citizens. Sense of national identity
- Equity
 - Equality of Access
 - Equality of utilisation (equal treatment for equal need)
 - Equality of outcome (health, health gain)

Dia 3

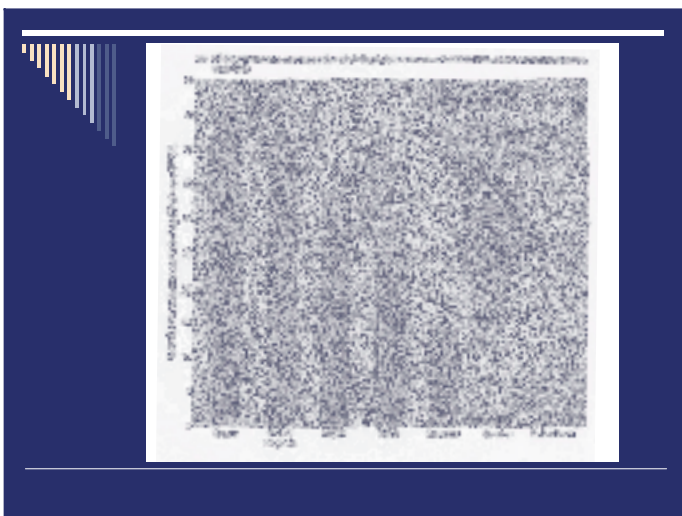
Solidarity in UK

- National Health Service (NHS) publicly financed and publicly provided. Aim of quality health care, equitably distributed. An important part of national identity.
- But what if:
 - Quality is low?
 - Distribution is inequitable?

Dia 4



Dia 5



Dia 6

NHS: existing inequities

- Unemployed, and individuals with low income and poor educational qualifications use health services less relative to need than the employed, the rich and the better educated
- Intervention rates of CABG or angiography following heart attack were 30% lower in lowest social group than the highest.
- Hip replacements 20% lower among lower social group despite 30% higher need.
- A one point move down a seven point deprivation scale resulted in GPs spending 3.4% less time per consultation

Dia 7

Problems with 'Old' NHS

- Unresponsive to patients' needs and wants. Patients 'pawns' not 'queens'; burghers, not citizens/consumers
- Low quality, including long waiting lists
- Equity in finance but inequity in provision
- Only better off if dissatisfied had opportunity to go elsewhere (privately)
- Monopoly of provision

Dia 8

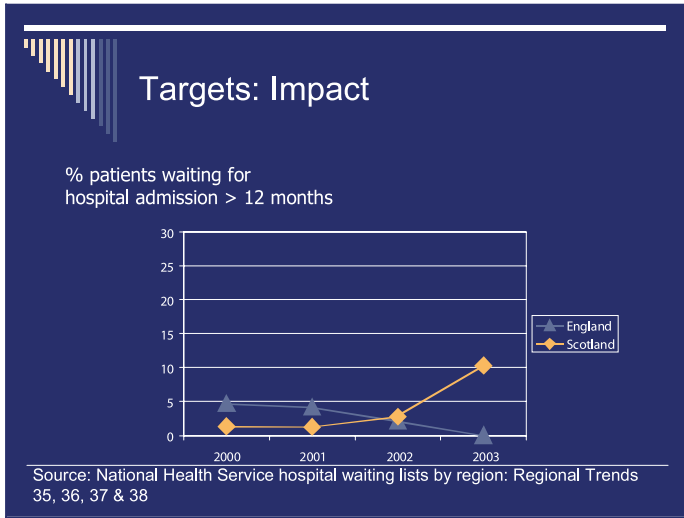
Targets: Impact

% patients waiting for hospital admission > 12 months

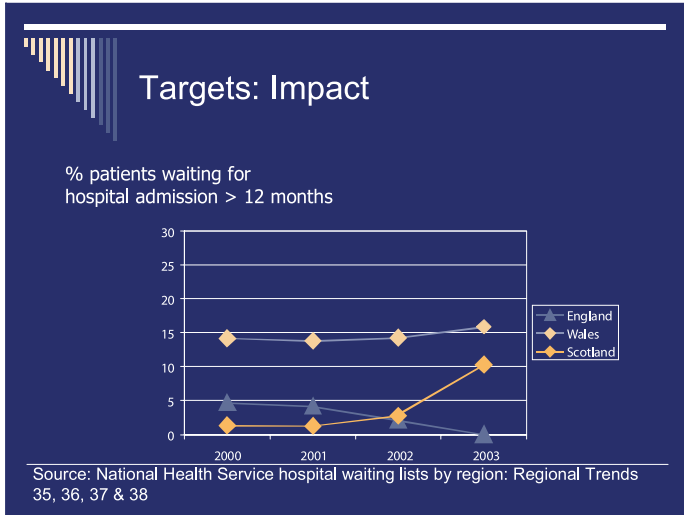
Year	% patients waiting for hospital admission > 12 months (England)
2000	5
2001	4
2002	2
2003	0

Source: National Health Service hospital waiting lists by region: Regional Trends 35, 36, 37 & 38

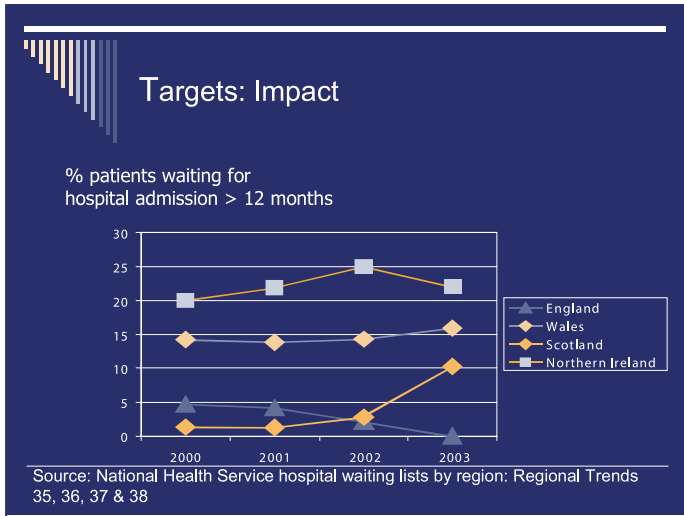
Dia 9



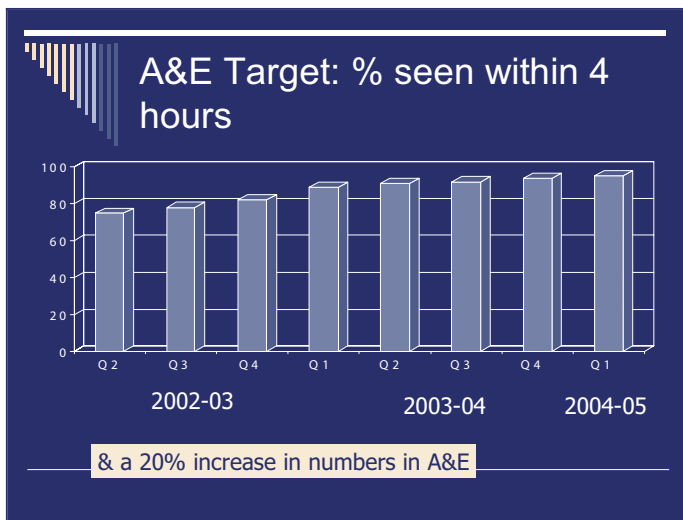
Dia 10



Dia 11



Dia 12



Dia 13


NHS Reforms

- Increased funding from taxation (up to 9% of GNP from around 7%)
- Patient choice of provider
- Fee-for-service for hospitals
- New types of providers including private ones
- Practice-based Commissioning. GPs hold budget for hospital care.
- Individual budgets in social care
- To come?
- Individual budgets in health care

Dia 14

Council proposed reforms for Netherlands)

- Contribution changes (risk-related premia)
- Limit benefit package
- Out of pocket payments
- Conditional access and contribution, depending on behaviour
- Health care savings schemes
- Tax subsidies to private providers



Impact of NHS reforms on UK Solidarity

- Community:
 - NHS to be still publicly financed but not only publicly provided. Does private or no-profit provision violate solidarity?
- Equity
 - Equity of finance remains
 - Choice replaces 'voice'. Probably more equitable

3 Een ander licht op solidariteit

Drx. F.B.M. Sanders, scheidend voorzitter RVZ

Minister, geachte aanwezigen, leden van de Raad, medewerkers van de Raad, Agnes, Nicolien, Claire, Ivar en Jord. Heren leden van het Nijmeegs Radiologisch Genootschap, heren leden van de kookclub welkom en dank voor jullie aanwezigheid.

Op 28 april 2005 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) de minister van VWS het signalement Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg aangeboden. Deze middag spreek ik liever van duurzame solidariteit, want daar gaat het eigenlijk over.

De Raad heeft op basis van een aantal ontwikkelingen geconcludeerd, dat het arrangement dat we in onze samenleving hebben opgebouwd om de kosten van ziekten en ongezondheid met elkaar te dragen door een veranderende opbouw van de bevolkingspiramide, die vroeger spits was en nu een vrij kolossale top aan het dragen is, niet meer op de nu nog gangbare wijze kan worden betaald. We hebben daarom geconcludeerd dat wij, als wij die solidariteit in de gezondheidszorg hoogachten en waarderen, voorwaarden – clauses dus – zouden moeten gaan verbinden aan die solidariteit. De RVZ heeft daarvoor een aantal suggesties gedaan. Die zal ik niet met u bespreken, hoewel ze erg veel aandacht hebben getrokken. Het ging de Raad niet zozeer om de oplossingsrichtingen maar vooral over het op de agenda zetten van het fundamentele probleem. En dat is de doorstart die wij moeten maken van een opbouwfase van een sociaal arrangement naar een zodanige constructie die dat arrangement ook op lange termijn houdbaar maakt. Daarvoor zijn veranderingen noodzakelijk.

Het signalement had dus de bedoeling om een aanzet tot maatschappelijke discussie te zijn. Mede op verzoek van het ministerie van VWS, heeft de Raad in een aantal debatten een rondgang door het veld gemaakt en zijn ideeën daar besproken. Dat heeft geleid tot een aantal waardevolle reacties. Die reacties zijn in een boekje samengebracht, het boekje bevat twee essays over solidariteit, een van Leo van der Geest van Nyfer en een van Hein Albeda van de Stichting Rekenschap. Op een beperkt aantal punten uit die rondgang, die mij persoonlijk sterk hebben getroffen, wil ik in deze publieke afscheidsspeech verder ingaan.

Solidariteit op de snijtafel

Allereerst het begrip solidariteit op de snijtafel. Bij onze rondgang in het veld is gebleken dat sommigen het de Raad niet in dank hebben afgenomen dat hij erop aandringt om de grenzen van de solidariteit preciezer af te bakenen. Juist het ter discussie stellen van de wenselijke hoeveelheid solidariteit zou de bereidheid tot het opbrengen ervan kunnen ondergraven. Zo was wel te horen. De discussie zou ook in het geheel niet opportuun zijn, omdat de grenzen aan de solidariteit nog lang niet in zicht zouden zijn. Hier zou ik, in navolging van professor Kennedy, over solidariteit tussen aanhalingstekens kunnen spreken.

De kritiek die de Raad heeft getroffen heeft voor een deel te maken met het feit dat het solidariteitsbegrip heel verschillend wordt uitgelegd. En aan die verschillende uitleg wordt ook een normatieve morele waardering verbonden en dat vertroebelt de discussie geweldig. Om de kern van het vraagstuk helder te krijgen, helpt het eigenlijk niet om heel precies op technisch vormen van solidariteit in te gaan. Het debat is omgeven door een emotionele lading die het ter discussie stellen van solidariteit in de gezondheidszorg omgeeft. Dit sluit aan bij wat de eerdere internationale sprekers u hebben laten horen.

Albeda van de Stichting Rekenschap heeft ons gewezen op het verschil tussen de Europese, de niet-wederkerige, en de Amerikaans en Angelsaksische wederkerige

invulling van het begrip solidariteit. Het klassieke Europese solidariteitsmodel – van christelijke waarden doordrongen – gaat uit van de verantwoordelijkheid die de samenleving heeft voor kwetsbare individuen als collectieve vertaling van een morele consensus onder burgers over de wenselijkheid van betrokkenheid bij en naastenliefde voor mensen met pech, zonder daarvoor iets terug te verlangen. Als voorbeeld zou men dan kunnen denken aan – en ik pak met opzet een voorbeeld buiten de gezondheidszorg - aan de vrijwillige giften ten behoeve van de slachtoffers van de tsunami in zuidoost-Azië.

Het tweede model steunt op de gedachte dat wij solidair zijn met anderen, omdat we willen dat men in tijden van nood ook solidair is met ons. Een rationele notie die gebaseerd is op welbegrepen eigen belang. Meer *quid pro quo* zou je kunnen zeggen. Meer dan wij ons willen realiseren, meer dan wij ons misschien ook vooraf hebben gerealiseerd, zijn in de Nederlandse samenleving deze modellen met elkaar verweven geraakt. Wij hebben arrangementen gebouwd op basis van de laatste notie, maar in ons denken over die arrangementen zijn we sterk beïnvloed door het eerste model. Bij het ‘pechmodel’, zo zal ik het dan maar even aanduiden, past dat de verdelingsregels voor de verzekering op onpartijdige wijze tot stand komen, achter een soort denkbeeldig gordijn. We weten immers van tevoren niet wie door de pech getroffen zullen worden. Dat gordijn is het veil of ignorance van de Engelse filosoof Rawls. Ik kom daar later op terug.

Betaalbaarheid zorg op termijn

Een tweede punt: de betaalbaarheid van de zorg op de langere termijn. Ook die werd ter discussie gesteld. Vast staat wel dat demografische, epidemiologische en technologische ontwikkelingen maken dat we een steeds groter deel van ons nationaal inkomen aan de gezondheidszorg zullen moeten uitgeven. Daaraan bestaat eigenlijk helemaal geen twijfel. Het Centraal Plan Bureau heeft dat in een aantal scenario’s doorgerekend en u mag erop rekenen, lees ons signalement, dat u tot 2020 ergens tussen de 16 en 27% van de groei van het bruto binnenlands product per jaar naar die zorgverzekering zult zien toevloeien. Dat zijn dus euro’s die niet ter beschikking komen voor andere collectieve doelen – onderwijs, harde infrastructuur – en ook niet voor koopkrachtverbetering beschikbaar zijn.

De Raad is gewezen op het boek *Overmoed en onbehagen* van Bert de Vries waarin hij betoogt dat de vergrijzing als het ware zichzelf betaald. Daar wil ik wel wat over zeggen. De Vries stelt dat de extra belastinginkomsten uit pensioenen, waaronder ook de indirecte belastingen, na aftrek van de extra AOW-uitgaven, voldoende zullen zijn om de helft van de kostenstijging in de gezondheidszorg op te vangen. En die helft van de kostenstijging correspondeert in zijn analyse met de vergrijzingscomponent en de extra zorgkosten. Andere componenten zijn toename van de bevolking en technologische ontwikkelingen. Daarbij zijn veel kanttekeningen te plaatsen, maar over de economische analyse in ieder geval het volgende. De extra zorgkosten worden inderdaad veroorzaakt door een samenstel van vergrijzing enerzijds, epidemiologische en medisch-technische ontwikkelingen anderzijds. Maar die ontwikkelingen zijn niet willekeurig over de bevolking verdeeld. Zij slaan eveneens in overwegende mate neer bij de beperkte, maar snel uitdijende groep van oudere zorggebruikers. Met andere woorden, het probleem van de toename van het zorggebruik en de kosten die dit met zich brengt, slaat wel degelijk op alle determinanten, juist bij de ouderen neer.

Draagvlak voor risicosolidariteit

Een derde punt: het maatschappelijk draagvlak voor risicosolidariteit. Iedereen is in de afgelopen jaren hogere premies gaan betalen en dat zal nog geruime tijd zo doorgaan. Dat is de financieringskant. Maar waar slaan de opbrengsten in geleverde en genoten zorg nu eigenlijk neer? De Raad heeft erop gewezen dat een steeds kleiner wordend deel van de bevolking een steeds groter deel van de zorg gebruikt. Dat er dus een steeds schevere balans ontstaat tussen de netto premiebetaler en de netto zorggebruiker. De Raad schat in dat die ontwikkeling het uiteindelijke draagvlak voor de solidariteit kan aantasten. Allereerst natuurlijk door de absolute hoog-

te van de premie en de invloed die dat heeft op het besteedbaar inkomen van de burger. In de tweede plaats, omdat is gebleken dat de twintig duurste ziekten van de toekomst - een analyse van het RIVM - voor wat hun ontstaan betreft in hoge mate zijn gerelateerd aan de levensstijl van de betrokkenen. Dit geldt overigens ook voor hun behandeling en voor het in de hand houden van de consequenties ervan. Dat betekent dat de Rawliaanse veil of ignorance die ziekte tot dusverre heeft omgeven, plaats maakt voor het besef dat alle kosten van ziekten in hoge mate zijn gerelateerd aan de manier waarop we ons zelf hebben gedragen en - als we eenmaal ziek zijn geworden - gaan gedragen. Als die notie publiek bekend wordt - en dat gaat gebeuren - dan zal het 'gewone publiek' sterk geneigd zijn de politiek, maar ook de doktoren te vragen om lifestyle-kenmerken te betrekken in beslissingen om al dan niet tot behandeling of verstrekking over te gaan. Dat is ook uit onderzoek van de Universiteit van Tilburg gebleken. Er is dus alle reden om niet al te gemakkelijk te denken over de mogelijkheden tot het verder oprekken van de grenzen van de risicosolidariteit bij de Nederlandse burger in de gezondheidszorg. Een notie die bij veel mensen die werken in de gezondheidszorg nog niet echt is aangekomen.

Clausulering van risicosolidariteit

Een laatste punt: hoe denken patiënten nu over clausulering van de risicosolidariteit? De proactieve wijze waarop de patiëntenorganisaties zich in dit debat over het signalement van de Raad hebben opgesteld, getuigt van grote moed. Vanuit de NPCF werd erop gewezen dat bij de afbakening van het basispakket, waarvoor de Raad heeft gepleit, niet uitsluitend moet worden uitgegaan van het criterium evidence based - dus is er wetenschappelijk bewijs - maar ook van de vraag of de patiënt een reductie van ziektelast ervaart. Een value based benadering dus. Een waardevolle toevoeging. Een aantal patiëntenorganisaties gaf te kennen goede ervaringen te hebben met het - in overleg met wetenschappelijke verenigingen bijvoorbeeld - formuleren van richtlijnen en standaarden voor behandeling waarin ook het kostenaspect wordt betrokken. Met andere woorden, de overheid kan dat samen met de burger doen. Daar zijn internationaal ook wel modellen voor. Vraagtekens plaatsen de patiënten bij het bestraffen van ongezond gedrag door de verzekeraar. Maar er bleek een open oog en oor voor de mogelijkheden van het stimuleren van gezond gedrag, positieve prikkels spreken altijd meer aan dan negatieve, en ook voor prikkels om zelfmanagement door chronische patiënten te bevorderen. Je kunt dan denken aan premiereducties op aanvullende verzekeringen, het kosteloos beschikbaar stellen van hulpmiddelen voor zelfcontrole enzovoorts. Verder wees de patiëntenvereniging op het grote belang van investeringen in preventieve programma's, op het bevorderen van de doelmatigheid van de verzekeraars en de zorgaanbieders en op het betrekken van patiënten met ervaring bij de voorlichting en begeleiding van nieuwe lotgenoten. Hoe vreemd het ook klinkt, dat kan veel onnodige zorgconsumptie, veroorzaakt door de complexe gangen van de gezondheidszorg, voorkomen.

Een beleidsagenda

Naar een agenda voor beleid, Minister, en ik richt mij nu tot u. Valt uit dit alles een beleidsagenda voor de toekomst te destilleren? Ik denk het wel en ik wil een aantal punten uit noemen.

Het doek van onwetendheid over de oorzaken van ziekten en ongezondheid valt en de overheid moet hier zelf een actieve rol in spelen. De overheid moet helemaal niet bang zijn om transparant te zijn over de omvang van de risicosolidariteit in de zorg en over de factoren die deze beïnvloeden. Alleen zo kunnen wij voorkomen dat keuzen in de toekomst ad hoc moeten worden gemaakt als gevolg van acute budgettaire problematiek en kunnen wij in de gelegenheid komen om pro-actief op onvermijdelijke ontwikkelingen in te spelen.

Twee: gedrag is door de opkomst van chronische ziekten en hun overleveringskansen de doorslaggevende factor in de gezondheidszorg en in de zorg van de toekomst. Dat betekent dat het managen en beïnvloeden van gedrag op de bestuurlijke agenda hoort. Ik weet heel goed dat dit niet spoort met de vrijzinnige tradities van

dit land en met de eigen verantwoordelijkheid die hoog op diezelfde agenda staat. Maar vrijheid gaat niet zonder gebondenheid. En waar eigen verantwoordelijkheid in toenemende mate wordt opgevat als een ongeclausuleerde individuele vrijheid, de rekening waarvan men dan bij het collectief van de samenleving kan indienen, moet de overheid niet bang zijn om meer sturend op te treden. Laten wij de mensen serieus gaan helpen om te investeren in hun gezondheid. Laten wij daarbij ook niet meteen wegllopen voor financiële prikkels, want de opbrengsten zullen niet alleen voor de schatkist zijn, maar zich ook uitbetalen in langere en gezondere levens. Ik zou in dit verband de effecten van de reductie van de alcoholaccijns als metafoor kunnen gebruiken.

De zorg is een belangrijke sector – mijn derde punt – met veel creativiteit en verbeteringsdrang van professionals en de mensen die erin werken. De overheid kan niet zonder die creativiteit. Alleen de sector zelf kan uiteindelijk richting geven aan de zorg van de toekomst. De ondernemingszin, die in die sector bestaat, moet om die reden volop de ruimte krijgen. Alleen zo kunnen innovaties ontstaan die uiteindelijk onze hele gezondheidszorg verder helpen om meer patiëntgericht en efficiënt te worden. En dat zullen we heel hard nodig hebben.

Zonder de solidariteit uit het oog te willen verliezen en dan heb ik het over beide kanten ervan, zou ik willen pleiten voor veel meer ruimte voor verschil in uitvoering, voor slimmere verantwoording in plaats van dichtere regelgeving. De bloemen die dan kunnen gaan bloeien, kunnen we vervolgens plukken en voor anderen toegankelijk maken of om het meer solidair te zeggen: aan anderen weggeven.

Ik wil mijn verhaal graag beëindigen met een estafettestokje. Dat stokje wil ik u, minister Hoogervorst, aanbieden.

U ziet een estafettestokje met twee kanten: glimmend en mat. Deze representeren de gezonden en de zieken. De begrippenparen gezond en ziek en risicosolidariteit en betaalbaarheid staan op de stok. De twee helften worden stevig bij elkaar gehouden met een houten tussenstuk. Op de zijkant - we hebben hem iets moeten aanpassen, want het blijkt auteursrechtelijk beschermd - prijkt de Nederlandse Leeuw. U begrijpt dat het een overheidsstok moest worden. De bedoeling van de estafettestok staat op het karton waarin het nu is ingebed. U krijgt van mij de opdracht om het estafettestokje over te geven aan uw opvolger. En als u dat zelf bent: laat dan de rechterhand het stokje aan de linkerhand geven. Dit stokje staat symbool voor de overheidsverantwoordelijkheid voor duurzame solidariteit in het systeem van de gezondheidszorg. Het briefadvies dat u natuurlijk nodig zult hebben om uw opvolger in te lichten, zit al ingeklemd tussen het karton en de stok. Aan de achterkant treft u de actiepunten aan. Zij vormen met elkaar het actieprogramma 'Duurzame solidariteit'. Ik zou bijna zeggen: de beleidsagenda is gemaakt. U bent aan zet.

4 Speech drs. J.F. Hoogervorst, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Beste Floris, dames en heren,

Allereerst hartelijk dank voor dit briefadvies. Ik ga daar straks een paar dingen over zeggen. Maar voordat ik dat doe, wil ik eerst wat zeggen tegen de hoofdpersoon van deze dag, Floris Sanders.

Floris, je voorzitterschap van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is gezien eens te gebruiken. Je was de afgelopen vier jaar een beeldbepalende figuur en hét gezicht van de RVZ. Je had, vertelde je aan Medisch Contact, twijfels of jij wel de aangewezen persoon was om Joop van Londen op te volgen. Maar je bleek geknipt voor deze baan.

Niet zo gek natuurlijk, gezien je bestuurlijke en medische achtergrond. Je kwam uit het specialistenwereldje, je bezat en bezit veel inhoudelijke kennis en je beschikte ook over de nodige bestuurlijke ervaring, als ex-voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten. Je hebt de uitstraling van een autoriteit, wat iets heel anders is dan een autoritaire uitstraling. Kortom: de ideale voorzitter van een adviesorgaan als de RVZ.

Tijdens jouw voorzitterschap is een aantal spraakmakende RVZ-adviezen en -signalementen verschenen. Dat was ook één van je voornaamste doelstellingen toen je vier jaar geleden voorzitter werd. De RVZ moest, vond je zelf, adviezen uitbrengen die er toe doén.

Ik vind dat je daarin ruimschoots bent geslaagd.

Ik noem er een paar: de Exploderende zorguitgaven, Gezondheid en gedrag, Winst en gezondheidszorg, Van patiënt tot klant, Van weten naar doen en Gepaste zorg.

Je bracht soms ook adviezen uit die ingingen tegen mijn beleid. Daar was ik natuurlijk niet altijd blij mee, maar 't zou ook wel raar zijn geweest als je alleen maar met adviezen was gekomen die mijn beleid ondersteunden. Dat kun je van een onafhankelijk adviesorgaan natuurlijk niet verwachten. Het is juist goed als je als minister of ministerie af en toe tegengas krijgt.

Het is bovendien een feit dat je kritiek vaak kunt gebruiken om je beleid te verbeteren. En mede dankzij de RVZ-adviezen over het nieuwe zorg- en verzekeringsstelsel staat er nu een robuust stelsel. In dat opzicht ben ik jou, Floris, en de hele RVZ dus veel dank verschuldigd.

Wat ik ook in jou waardeer is het lef om op te treden als stenengooier in de vijver van de medische professie, zoals met het advies over taakherschikking. En de RVZ was tijdens jouw voorzitterschap ook niet de beroerdste om op te treden als wegbe-reider op gevoelige terreinen. Ik denk dan met name aan de jaarlijkse signalering van ethische kwesties die op ons af komen. Een mooi voorbeeld trouwens van de goede samenwerking tussen de RVZ en de Gezondheidsraad.

Eén van je gevleugelde uitspraken is: 'Ik moet wat te vertellen hebben. Als ik geen goed verhaal heb, kom ik niet uit met een advies'. Je had altijd wat te vertellen en dat heeft menigmaal geleid tot grondige en gedegen analyses.

Wat ik verder een belangrijk pluspunt vind is dat de RVZ de afgelopen jaren in staat is gebleken snelle, korte en tegelijk waardevolle adviezen uit te brengen.

Ik denk dan onder meer aan de adviezen over de Wet maatschappelijke ondersteuning en over vrouwelijke genitale verminking. De langebaanschaatser RVZ is onder

coach Sanders ook een hele goede sprinter geworden, om het maar eens in schaatstermen te zeggen.

Eén spraakmakend signalement heb ik hier nog niet genoemd: dat over houdbare solidariteit. Ik wil daar vandaag niet al te veel over zeggen, want dat heb ik al gedaan bij de presentatie van dit signalement, eind april. Maar ik wil nog wel eens herhalen dat ik erg tevreden was over dat signalement. Want de RVZ heeft daarmee een sterke aanzet gegeven tot het debat over houdbare solidariteit in de gezondheidszorg.

Ook het briefadvies dat ik zojuist ontving zal daar aan bijdragen. Dit advies is zelf ook mede gebaseerd op een serie debatten die de afgelopen maanden over dit onderwerp hebben plaatsgevonden.

Tijdens de discussies tussen patiënten, patiëntenorganisaties, medici, zorgverzekeraars, wetenschappers en andere betrokkenen ging het er soms pittig aan toe, is mij verteld.

Toch bleek de analyse van de RVZ bij de meeste deelnemers op draagvlak te kunnen rekenen. Die analyse luidt dat de solidariteit met de zieke medemens de laatste decennia flink is toegenomen, maar ook dat die solidariteit onder druk komt te staan als er te weinig van de eigen verantwoordelijkheid van mensen wordt gevraagd.

Er lijkt, kortom, een grens aan die solidariteit te zitten. Waar die grens ligt en hoe we die eigen verantwoordelijkheid moeten gaan vormgeven, daar moet het debat nu en straks over gaan. Het gaat dan ongetwijfeld over zaken als de mens die coproducent is van zijn eigen gezondheid en misschien ook wel over andere financieringsprikkelers. De RVZ leverde daarvoor al een aantal interessante bouwstenen, zoals daar zijn zorgsparen, eigen betalingen en mensen er toe aanzetten dat ze zich gezond gedragen.

Het zijn allemaal suggesties die ik serieus neem. Al ben ik niet van plan om tijdens deze kabinetsperiode nog grote dingen te veranderen in het verzekeringsstelsel. Laten we nu eerst maar eens kijken hoe dat allemaal uitpakt. Maar ik ben er van overtuigd dat op termijn de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid niet alleen zorginhoudelijk, maar ook financieel verder zal moeten toenemen. De RVZ heeft een mooie staalkaart van de mogelijkheden daartoe geschetst.

Het is goed dat de RVZ het estafettestokje over het onderwerp solidariteit in de vorm van het briefadvies doorgeeft aan het ministerie. VWS is nu aan de beurt om aan de slag te gaan met het gedachtegoed rondom solidariteit in de gezondheidszorg.

Bijvoorbeeld door het te verankeren in lopende dossiers of in toekomstig beleid. Ik denk dan onder meer aan de preventienota die dit najaar verschijnt.

Maar ook in de voorbereidingen op een nieuw regeerakkoord kan dit advies een belangrijke rol gaan spelen. Het laatste jaar van dit kabinet breekt namelijk aan en u kunt van mij dit jaar nog een beleidsvisie op solidariteit verwachten. Ik zal daarin uiteraard de recente RVZ-adviezen, maar ook andere relevante onderzoeken betrekken.

Als laatste wil ik vanaf deze plaats Rien Meijerink van harte welkom heten als opvolger van Floris Sanders. Ook hij brengt een hoop bestuurlijke ervaring mee. Die zal hij hard nodig hebben. Al was het alleen maar met het oog op de integratie van de RVZ en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en de afstemming van de werkzaamheden met de Gezondheidsraad.

Dat alles natuurlijk naast de inhoudelijke advieswerkzaamheden, bijvoorbeeld over goed zorgaanbiederschap. Er is dus genoeg werk aan de winkel.

Ik wens Rien Meijerink dan ook veel succes en sterkte in zijn nieuwe functie. Want het zal niet meevallen om in de voetsporen te treden van de nu vertrekkende voorzitter. Maar dat dacht Floris Sanders zelf ook, dus ik ben er van overtuigd dat Rien Meijerink op zijn beurt met adviezen komt die er toe doén.

5 Uitdagingen voor de RVZ in de komende jaren

Speech drs. M.H. Meijerink, voorzitter RVZ

Mijnheer de Minister, Floris, Agnes, familie van Floris, dames en heren: inderdaad – de eerste zin van de tekst die ik tevoren enigszins uitgeschreven heb, luidt: “dat wordt een hele toer om Floris Sanders adequaat op te volgen”. Dus dat ben ik heel erg met de Minister eens. Toch wil ik het graag proberen en ik wil deze gelegenheid nemen – ik realiseer me dat u allemaal langzamerhand aan de borrel of zo iets toe bent – om iets te vertellen over mijn motivatie. Aan het slot wil ik ook nog iets zeggen hoe ik aankijk tegen het programma van de RVZ voor de komende tijd.

In deze zaal, bij deze gelegenheid een tikje hoogdravend, mag ik misschien wel zeggen dat ik dit graag wil doen vanwege mijn fascinatie voor de ontwikkeling van het publieke domein en voor mijn passie voor de gezondheidszorg. En over die beide zaken, publieke domein en gezondheidszorg, wil ik graag iets zeggen.

Ik heb de ontwikkelingen in het publieke domein de afgelopen jaren, laat ik maar zeggen 15 jaar, gevolgd vanuit uiteenlopende sectoren. Onderwijs, politie, rechtspraak, defensie, lagere overheid en de zorg. De meest dominante ontwikkeling in de afgelopen 15 jaar kun je op verschillende manieren benoemen. Ik weet eigenlijk niet zo goed hoe in dit gezelschap de terminologie zou zijn. Je kunt zeggen het is, hiermee citeer ik de toenmalige minister-president Kok in het midden van de jaren negentig, het zoeken naar nieuwe evenwichten tussen publiek en privaat, tussen markt en overheid. Later werd een wat suffere taal gebruikt, namelijk de verzelfstandiging in het publieke domein. Onlangs las ik een uitdrukking, ik geloof dat D’66 daarmee kwam, de ‘verplaatsing van de democratie’. Die ontwikkeling vind ik dominant als je het publieke domein in zijn geheel overziet. Het gaat erom dat publieke taken op steeds meer afstand komen te staan van Het Binnenhof. Een van de gevolgen daarvan is dat het einde inluidt van de dichotomie waarin wij zo gewend zijn te denken. De dichotomie tussen publiek en privaat. De dichotomie tussen markt en overheid. En in ons denken zit dat voortdurend ingebakken: is het nou het één is het nou het ander? Want dan gelden verschillende wetten en regels, terwijl mijn overtuiging is dat wat echt belangrijk is zich juist in dat grensgebied afspeelt. De regels liggen daar nog niet vast.

De politieke krachten hebben behoorlijk verzet tegen die verzelfstandigingsontwikkeling aangetekend, aanvankelijk onder leiding van de Algemene Rekenkamer. Recent heb ik gemerkt dat de ARK daar op dit moment heel anders over denkt dan in het midden van de jaren negentig. In de afgelopen tien jaar is onder de terminologie van het herstel van het primaat van de politiek en van de ministeriële verantwoordelijkheid herhaaldelijk geprobeerd om deze ontwikkeling te remmen of te keren. Door Kabinet, Kamer en politieke partijen wordt moeilijk aangekeken tegen de ontwikkeling waarbij organisaties die publieke taken uitvoeren, steeds minder onder de directe aansturing van Ministerie, Minister en Kamer komen te liggen. Ondanks die weerstand gaat deze ontwikkeling toch door. Ik ga ter wille van de tijd niet uitleggen hoe dat komt. Ik noem alleen de drie factoren die deze ontwikkeling in de hand werken: de veranderingsnelheid (maatschappelijk en technologisch), de gezagserosie die in onze maatschappij blijvend gaande is en structureel geldgebrek bij de overheid. Die omstandigheden maken dat deze ontwikkeling doorgaat. Ook in de gezondheidszorg. De zorgsector is natuurlijk op dit moment sterker dan welke sector ook in beweging als gevolg van de stelselherziening, de WMO, de AWBZ, noem het allemaal maar op. De beweging leidt ertoe dat de positie van instellingen die publieke taken aanbieden – gezondheidszorg in al zijn gedaantes – en de instituties daaromheen, grondig aan het veranderen is. Meer bevoegdheden, meer autonomie en dus meer invloed van de betrokkenen. Want dat is de keerzijde van de medaille van de verzelfstandiging van instellingen: meer invloed van de betrokkenen. Deze komt in de plaats van de invloed van Het Binnenhof om het maar even heel kort te zeggen.

De positie van de Minister is ook aan het veranderen. Hij weet dat natuurlijk zelf als geen ander. Ik heb daar mee te maken gehad door het project Andere Overheid. Wat is eigenlijk stelselverantwoordelijkheid, wat is de Minister nu nog in deze situatie naar de Kamer verplicht. Waar heeft de relatie tussen Kamer en Minister betrekking op; wat is de huidige invulling van ministeriële verantwoordelijkheid? De verzelfstandigingsontwikkeling heeft ook gevolgen voor de adviesstructuur. Je kunt zeggen het beleid is overal, het beleid is niet exclusief op het Ministerie, het beleid is niet alleen in de adviescentra, het beleid is overal. En dus moeten onze adviezen ook overal aankomen. De rol van het Ministerie wordt in dit opzicht natuurlijk sterker als regisseur en het veroorzaken van focus op het geheel; het is flink ingewikkeld geworden in beleidsland. Onze resultaten blijven evenwel ook voor de Minister van belang, maar ook voor het veld. Dus zoals ik er nu tegenaan kijk: de RVZ blijft een gouvernementele organisatie. De vragen die ons gesteld worden komen grotendeels van de Minister, de Staatssecretaris en het Ministerie en wat we ermee doen is niet alleen voor het Ministerie van belang. Maar juist ook voor al die andere actoren die een rol spelen in het beleid. Je zou het ook nog zo kunnen zeggen: de RVZ zal een grotere rol moeten hebben tegen de achtergrond van de ontwikkeling die ik net heb geprobeerd te schetsen - in implementatietrajecten. Overleg tussen alle beleidsmakers, daar zullen we ons wellicht meer dan in het verleden mee bezig moeten houden. De Minister ziet dat ook, want ik zag in een van de brieven dat hij spreekt over de 'Wegbereiderfunctie' voor de RVZ.

Een korte opmerking over – de Minister duidde daar ook net op – de voorgenomen wijziging van de adviesstructuur bij het Ministerie van VWS. De Minister beoogt een stroomlijning die er op neerkomt dat er uiteindelijk twee Raden overblijven en dat er een nieuwe ondersteunende organisatie komt. Zo op het oog, en vanaf de afstand die ik nu nog heb, zeg ik: goed voornemen. Daar willen wij constructief aan gaan werken.

Tot slot – ik kondigde het al aan – wil ik een paar onderwerpen noemen waar door de RVZ de komende jaren aan gewerkt gaat worden. Dit is natuurlijk geen sluitende opsomming. Daarnet zijn door de Minister ook zaken genoemd, zoals solidariteit als een blijvend thema; ethische vraagstukken: zonder enige twijfel. Ik noem er vanuit mijn beginnerspositie ook drie, gelukkig heb ik gemerkt dat ze behoorlijk in overeenstemming zijn met het huidige werkprogramma van de RVZ. Om de gedachten te bepalen, waar naar mijn oordeel de RVZ de komende tijd mee bezig zal zijn. Ze zijn niet zo onverwachts hoor!

1. De taken van de eerste lijn, de positie van de huisarts, de eventuele rol van nieuwe eerstelijnscentra, zoals in het AWBZ-advies dat morgen openbaar wordt gemaakt aan de orde komt. Herijking van de relatie tussen generale en specialistische zorg. De positie van spoedeisende hulp bij ziekenhuizen; kortom ik denk dat de taken van de eerste lijn aan de orde moeten komen in de nabije toekomst.
2. De betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Dat gaat over de efficiency en effectiviteit bij aanbieders, zonder enige twijfel, maar het gaat ook over dure geneesmiddelen en over de werking van de arbeidsmarkt. Onderwerpen die gebundeld kunnen worden onder de term betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Het is noodzakelijk dat we daar de komende tijd intensief mee aan de slag zullen gaan.
3. Het functioneren van – wat ik maar even noem – de driehoek: de relatie tussen patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars die naar mijn gevoel fundamenteel moet worden herbezien. Bijvoorbeeld omdat de marktwerking in de zin van prijsvorming tussen verzekeraars en zorginstellingen niet brengt wat ervan verwacht wordt. Ik zeg hier meer dan je nu kunt waarnemen, dat realiseer ik me, maar er zijn voor mij voldoende motieven om te denken dat deze driehoek seri-

eus aan de orde moet komen. De directe relatie tussen patiënt en behandelaar is in het geding.

Dames en heren de RVZ zal deze en andere onderwerpen aanpakken onverkort vanuit het belang van de individuele burger of de patiënt en ik zie er naar uit om mijn bijdrage daaraan te leveren in goede samenwerking met u allen.

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2006
Publicatienummer 06/01
ISBN-10 90-5732-168-8
ISBN-13 978-90-5732-168-9

U kunt deze publicatie bestellen of downloaden via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch bij de RVZ (079 3687 311).

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg