

Naar een vitale samenleving

Zorg van waarde

Achtergrondstudie naar 10 jaar Zorgverzekeringswet



WI

*Wetenschappelijk
Instituut*

| **Zorg van waarde**

Achtergrondstudie naar 10 jaar

Zorgverzekeringswet

Publicatie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.

Het Wetenschappelijk Instituut heeft ten doel het (doen) verrichten van wetenschappelijke arbeid ten behoeve van het CDA op basis van de grondslag van het CDA en in aansluiting op het Program van Uitgangspunten. Het Wetenschappelijk Instituut geeft gedocumenteerde adviezen over hoofdlijnen van het beleid, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek vanuit het CDA en/of van de leden van het CDA in vertegenwoordigende lichamen.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

Postbus 30453, 2500 GL Den Haag

Telefoon (070) 3424874

Email wi@cda.nl

Internet www.cda.nl/wi

Facebook www.facebook.com/wicda

ISBN/EAN 978-90-74493-96-3

Den Haag, september 2016, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



WI
*Wetenschappelijk
Instituut*

Inhoud

Inleiding	7
Hoofdstuk 1 Gezondheid en gezondheidszorg	10
1.1 Gezondheid	12
1.2 Gezondheidszorg	16
1.3 Christendemocratische uitgangspunten voor de zorg	19
Hoofdstuk 2 Achtergronden huidige zorgstelsel	23
2.1 Liefdadigheid en eerste vormen van georganiseerde zorg	24
2.2 Zorg als sociale kwestie	24
2.3 Toegankelijkheid als speerpunt van overheidsbeleid	25
2.4 Zorgen om betaalbaarheid	26
2.5 Focus op doelmatigheid	27
2.6 Analyse; Historische ontwikkelingen in zorg(beleid) in vogelvlucht	27
Hoofdstuk 3 Noodzaak en bereidheid tot vernieuwing	29
3.1 De voorstellen van de Commissie Dekker	30
3.2 Randvoorwaarden voor de stelselherziening	31
3.3 Kleine stappen naar gereguleerde concurrentie in de zorg	32
3.4 Hervormingen in een stroomversnelling	33
3.5 Het wachten moe; nieuwe regie in de zorg	35
3.6 Stelselwijziging curatieve zorg	36
3.7 Kenmerken van het stelsel voor curatieve zorg	36
3.8 Recente ontwikkelingen in de curatieve zorg	38
3.9 Nieuwe taakverdeling in maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg	39
3.10 Analyse; Kenmerken van het zorgstelsel en noodzakelijke randvoorwaarden	41

Hoofdstuk 4 Financiële achtergronden	45
4.1 Definities van zorguitgaven	46
4.2 Financieringsstromen Zorgverzekeringswet, een kwetsbaar evenwicht	47
4.3 Financiële ontwikkelingen Zvw – Burgers	48
4.4 Financiële ontwikkelingen Zvw – Macroniveau	50
4.5 Stapeling van eigen betalingen in Zvw, Wlz, Wmo2015 en de Jeugdwet	51
4.6 Ontwikkelingen in de Risicoverevening	52
4.7 Analyse; Financiering als basis	55
Hoofdstuk 5 Relevante ontwikkelingen	57
5.1 Demografische ontwikkelingen	58
5.2 Verdere emancipatie van de patiënt	59
5.3 Technologische ontwikkelingen	61
5.4 Stijgende verwachtingen van de zorg	62
5.5 Veranderende schaal van voorzieningen	63
5.6 Ontwikkelingen op het gebied van geneesmiddelen	64
5.7 Analyse; Zorg in een veranderende wereld	67
Hoofdstuk 6 Waar staan we en wat is nodig?	69
6.1 Solidariteit	70
6.2 Toegankelijkheid	71
6.3 De mens centraal	72
6.4 Rentmeesterschap	75
6.5 Integraliteit	76
6.6 Analyse; van wie is de zorg?	77
6.7 Concluderend	78
Hoofdstuk 7 Overwegingen en aanbevelingen	81
7.1 Zeker de mens	82
7.2 Dichtbij huis	84
7.3 Solidariteit	86
Literatuur	89

Voorwoord

Op 1 januari 2006 trad de huidige Zorgverzekeringswet in werking. De invoering van deze ZVW betekende een majeure wijziging van het zorgstelsel in Nederland. Zorgverzekeraars kregen een sturende rol, het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekerden werd opgeheven en de zorg werd voor de helft betaald uit inkomensafhankelijke premies en de andere helft uit de nominale premies van de zorgverzekeraars.

Het was een liberale minister die indertijd verantwoordelijkheid droeg voor de invoering van dat nieuwe stelsel. De oorsprong van het nieuwe plan is onmiskenbaar christendemocratisch. Het rapport 'Nieuwe regie in de zorg. Een christen-democratische visie op de zorg en financiering van de gezondheidszorg' van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA uit 2000 heeft mede het fundament voor de nieuwe wet gelegd. Veel van de voorstellen uit het rapport van het Wetenschappelijk Instituut zijn terug te vinden in de uiteindelijke stelselherziening.

Na tien jaar moeten we vaststellen dat het enthousiasme over de werking van het huidige stelsel niet onverdeeld is. De Zorgverzekeraars zouden - zeker in vergelijking tot patiënten - te veel macht hebben, die zij bovendien niet in de eerste plaats zouden gebruiken om tot goede zorg te komen. Een andere veel gehoorde klacht is dat de mens uit beeld is geraakt. Zowel patiënten als de zorgverleners voelen zich soms speelbal in een moeilijk te doorgronden systeem.

Met deze studie naar tien jaar Zorgverzekeringswet willen we onderzoeken wat de oorspronkelijke bedoelingen van de wet waren die we vervolgens afzetten tegen de uiteindelijke uitkomsten. Waarom werkt de wet niet op alle onderdelen zoals verwacht? Waren er aanpassingen in vergelijking tot het oorspronkelijke plan die verkeerd hebben uitgepakt? En wat is nodig om weer dichtbij de oorspronkelijke doelen van een solidair stelsel en mensgerichte, toegankelijke en betaalbare zorg te komen?

Drs. Rutger Stafleu voerde bij deze studie de pen. Het bestuur van het Wetenschappelijke Instituut is hem zeer erkentelijk voor de precisie en de deskundigheid waarmee hij zich van deze taak heeft gekweten. We zijn eveneens grote dank verschuldigd aan de Klankbordgroep onder voorzitterschap van drs. Paul Doop waarvan verder nog lid waren: dr. Brigitte Bauer, mr. drs. Hanke Bruins Slot (adviseur), mr. Marius Buiting, Jean-Paul Essers MBA, drs. Jitske Haagsma, mr. drs. Mona Keijzer (adviseur), dr. Ab Klink, dr. Ria de Korte, drs. Aris Prins, mr. Yvonne van Rooy, mr. drs. Margreeth Smilde en drs. Willem Veerman. De auteur sprak verder met tal van deskundigen uit het veld en de wetenschap. Het bestuur wil hier zijn dank uitspreken voor hun hulp en bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport. Overbodig te vermelden dat de inhoud alleen voor rekening van het WI komt.

Zorgen voor de ander is bovenal een uiting van genegenheid en een blijk van verbondenheid. Zorg moet daarom in de eerste plaats gaan over de waarden en drijfveren van mensen om zorg te verlenen. Een zorg van waarde betekent dan: de mens weer centraal, solidariteit en toegankelijkheid. Wij hopen dat dit rapport eraan bijdraagt dat die waarden weer duidelijker centraal komen te staan in de zorg.

Prof.dr. P.H.J. Essers
Voorzitter
Wetenschappelijk Instituut
voor het CDA

Drs. Rien Fraanje
Directeur
Wetenschappelijk Instituut
voor het CDA

| Inleiding

Aanleiding

De gezondheidszorg in Nederland is kwalitatief van hoog niveau. Artsen, verpleegkundigen, mantelzorgers en vrijwilligers zetten zich dagelijks met veel zorg en aandacht in voor de medemens die hulp en zorg nodig heeft. Een hoge mate van solidariteit zorgt er daarbij voor dat deze kwalitatief goede zorg voor een breed publiek toegankelijk is. Tegelijkertijd lijken echter steeds minder Nederlanders echt tevreden te zijn over ontwikkelingen in en rond de zorg.¹ Zo vragen steeds meer mensen zich af of de geboden zorg nog goed aansluit bij de behoeften van deze tijd. De zorgvraag verandert immers doordat we steeds ouder worden en mede daardoor steeds meer last hebben van meerdere chronische aandoeningen. Ook bestaat er in toenemende mate twijfel of men later nog wel van de zorg gebruik kan maken waar men nu aan meebetaalt. De onzekerheid hierover wordt mede gevoed door alle hervormingen in zowel de curatieve als de langdurige zorg van de afgelopen tien jaar. In alle discussies over het stelsel en het betaalbaar houden van de zorg hebben veel mensen daarnaast het gevoel dat datgene waar het in de zorg uiteindelijk om zou moeten gaan te zeer ondergesneeuwd is geraakt; namelijk de warmte, de toewijding en de betrokkenheid op de mens in nood. Patiënten kunnen daardoor het gevoel hebben niet meer dan een nummer te zijn. Chronisch zieken, gehandicapten en ouderen ervaren steeds vaker dat ze vooral als kostenpostgezien worden. Zorgverleners zien zich tegelijkertijd geconfronteerd met een sterk toenemende bureaucrativering van hun werk waardoor de intrinsieke motivatie meer en meer onder druk komt te staan.

Solidariteit - tussen gezond en ziek, rijk en arm, jong en oud- behoort de basis te zijn waar ons zorgstelsel op is gebouwd. De vraag dringt zich echter op of ons stelsel nog voldoende solidair is en of die solidariteit door de huidige ontwikkelingen in de nabije toekomst zal versterken of verzwakken. Door de stijging en de stapeling van het eigen risico en eigen bijdragen en het afschaffen van enkele compenserende regelingen dreigen zorg en ondersteuning voor veel Nederlanders met modale inkomens steeds moeilijker betaalbaar te worden. Er bestaat ook steeds meer onduidelijkheid en onbegrip over welke zorg wel of niet wordt vergoed, en zo ja, hoe en waar deze zorg dan aangevraagd kan worden. Patiënten dreigen hierdoor tussen wal en schip te komen met hun zorgvraag. Het stelsel lijkt daarnaast een aantal onwenselijke tendensen te bevorderen, zoals schaalvergroting bij verzekeraars en zorgverleners en het bijbehorende verlies van gevoel van eigenaarschap en verantwoordelijkheidsbesef. Mede hierdoor dreigt ook voor veel mensen ondersteuning en zorg nabij

1 | Uit diverse onderzoeken blijkt dat veel mensen zich zorgen maken over met name de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Zo heeft het thema gezondheidszorg in het Continu Onderzoek Burgerperspectieven van het SCP eind 2014 de economie en werkloosheid ingehaald als onderwerp dat de hoogste prioriteit van de politiek zou moeten hebben.

huis minder vanzelfsprekend te worden. Het systeem staat zelf ook onder druk door een afkalvend maatschappelijk draagvlak. Zo lijken met name zorgverzekeraars zich vaak onvoldoende als maatschappelijke organisaties te gedragen.

Probleemstelling

Volksgesondheid en welzijn liggen christendemocraten na aan het hart. Zowel in de politiek als in organisaties en instellingen binnen de gezondheidszorg zijn er velen die op dit beleidsterrein actief zijn en uitvoerende en bestuurlijke verantwoordelijkheid dragen. Het CDA heeft als partij ook een grote rol gespeeld in de stelselwijziging die exact tien jaar geleden heeft geleid tot de invoering van de Zorgverzekeringswet.² Onmiskenbaar heeft deze stelselwijziging veel veranderd in het zorglandschap. Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA ziet het als een verantwoordelijkheid om kritisch en realistisch naar deze veranderingen te kijken. Met dit rapport onderzoekt het Wetenschappelijk Instituut daarom hoe het stelsel zich tot nog toe ontwikkeld heeft, in hoeverre christendemocratische uitgangspunten van het stelsel wel of niet overeen zijn gebleven en in welke richting voorstellen gedaan kunnen worden om het zorgstelsel gereed te maken voor de uitdagingen van de 21e eeuw. Hierbij wordt niet verondersteld dat in enkel dit rapport op alle vragen en uitdagingen een uitputtend antwoord gegeven kan worden. Voor de komende jaren is het juist de opdracht om in overleg met onder andere (organisaties van) patiënten en professionals tot samenwerking te komen, zonder daarvoor bij voorbaat een blauwdruk op te leggen.

Aanpak en leeswijzer

Om een antwoord op deze vragen te formuleren, is in dit rapport gekozen voor een 'trecheraanpak', waarbij in het eerste hoofdstuk vrij algemeen en breed stil wordt gestaan bij termen als gezondheid, zorg en de christendemocratische uitgangspunten waar een zorgstelsel aan moet voldoen. In de volgende hoofdstukken wordt ingezoomd op het huidige stelsel: wat zijn de historische achtergronden van de Nederlandse gezondheidszorg (hoofdstuk 2), welke overwegingen en stappen hebben geleid tot het huidige zorgstelsel (hoofdstuk 3) en welke financiële ontwikkelingen zijn er geweest (hoofdstuk 4). In het vijfde hoofdstuk komen enkele relevante maatschappelijke ontwikkelingen en trends aan bod die invloed hebben op beleidskeuzes op de (middel)lange termijn. Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 een nadere analyse gemaakt van waar we nu staan en welke knelpunten voor de nabije toekomst moeten worden opgelost. In het laatste hoofdstuk worden ten slotte enkele aanbevelingen gedaan.

2 | Gelijktijdig met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn per 2006 ook de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) als onderdeel van de hervorming van de curatieve zorg ingevoerd. Voor de leesbaarheid wordt in dit onderzoek alleen de invoering van de Zvw genoemd.

De focus van dit onderzoek ligt bij de curatieve zorg. Dat neemt echter niet weg dat het onvermijdelijk is om ook buiten de grenzen van de Zorgverzekeringswet te kijken. Mensen leven immers niet binnen de beperkingen van bureaucratistische systemen. Iemand die een beetje pech heeft in zijn of haar leven, kan gelijktijdig te maken krijgen met zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet Langdurige Zorg en/of de Jeugdwet, met alle bijbehorende instanties, eisen en regels. Het zou dan ook een te grote beperking van het onderzoek betekenen als bij voorbaat alleen de curatieve zorg onderwerp zou zijn. In dit rapport wordt daarom op een aantal terreinen een uitstap gemaakt naar meer overkoepelende onderwerpen, zoals de stapeling van eigen betalingen en vormen van zorg die onder de verkeerde systemen zijn ondergebracht.

1 | Gezondheid en gezondheidszorg

1.1 Gezondheid

Wat is gezondheid en wat betekent het om gezond te zijn? Het antwoord op deze vraag lijkt op het eerste gezicht voor de hand te liggen. Veelal zal de officiële definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie gegeven worden, waarbij gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn, alsmede de afwezigheid van ziekte of zwakheid beschreven wordt.³ Hoewel met deze definitie conceptueel gezien niets mis is, wordt de focus hiermee wel heel eenzijdig op lichaamsfuncties gelegd.⁴ Maar gaat gezondheid in de beleving van zorgverleners en zorgvragers alleen over het ontbreken van ziekte en handicap, of betekent gezondheid voor hen juist ook dat je voldoende functies overhoudt om actief aan het leven deel te nemen? En is het leren omgaan met een verminderde onafhankelijkheid en het besef dat het leven eindig is, daarnaast niet ook een wezenlijk onderdeel van een gezond leven?

Gezondheid en ziekte zijn geen neutrale termen, maar zijn in de eerste plaats afhankelijk van het gekozen mensbeeld. In de WI-publicatie zorgvernieuwing door structuurverandering uit 1987 wordt een viertal mensbeelden onderscheiden. Ten eerste dat van het menselijk lichaam als een technisch-mechanisch systeem, aan welke opvatting de naam van de 17e-eeuwse geleerde Descartes werd verbonden. Deze opvatting heeft bijgedragen aan een geweldige groei van de medische technologie, maar heeft tegelijk wel tot discussies geleid over de vanzelfsprekendheid (en wenselijkheid) van het medisch-technisch alvermogen. Een tweede mensbeeld is dat van de uitgebuite, machteloze mens die door de staat tegen de maatschappij en zichzelf beschermd moet worden, wat in het recente verleden tot een enorme uitbouw van door de overheid gegarandeerde zorg heeft geleid. Het derde mensbeeld is dat van de zorgende mens: zorgend voor zichzelf en voor zijn medemens. Van oudsher heeft de mensheid zich door de eeuwen heen in dergelijke zelfzorg en omgevingszorg ontwikkeld. Sterker nog: in het grootste deel van de wereld leeft men nog steeds binnen deze kaders. Het vierde genoemde mensbeeld is dat van de gelovige mens, die in tegenstelling tot het Cartesiaanse mensbeeld van de "L'homme machine"⁵ ook antwoord probeert te geven op vragen van het lijden, het sterven, de dood en daarna.⁶

3 | Preambule van het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie, Verdrag van 22 juni 1946.

4 | Paul Schenderling, "Zorg: heilkunde of verdeelkunde", in: Friesch Dagblad, 11 april 2016.

5 | De term "L'homme machine" wordt weliswaar aan Descartes verbonden, maar komt van oorsprong van het gelijknamige boek dat in 1748 door de medicus La Mettrie werd gepubliceerd. In dit boek betoogde La Mettrie dat de mens als een machine functioneerde. Lichamelijke en mentale functies waren naar zijn inzicht enkel het gevolg van fysieke prikkels.

6 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Zorgvernieuwing door structuurverandering, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening" (januari 1987), pp.21-22

De ontwikkelingen die ten grondslag liggen aan de eerste twee mensbeelden lijken tot op zekere hoogte op gespannen voet te staan met de laatste twee mensbeelden. Technische vooruitgang is uiteraard op zichzelf niet verwerpelijk. Sterker nog: de mens heeft verstandelijke vermogens en hoort deze talenten te gebruiken. Maar op het moment dat medisch-technische vooruitgang een doel op zich wordt, dreigt de mens gereduceerd te worden tot een medisch object. Gevolg is dat ziekte, handicap en uiteindelijk zelfs de dood al snel gezien worden als een falen, dat hopelijk in de nabije toekomst volledig voorkomen kan worden.⁷ Zingevingsvragen over lijden en sterven worden daarmee steeds minder onderdeel van de zorg, terwijl daar bij veel zorgvragers wel behoefte aan is.⁸ Net als technische vooruitgang is ook de notie dat de overheid een schild hoort te zijn voor de zwakken op zichzelf natuurlijk niet verwerpelijk. Op het moment dat de overheid de zorg echter te zeer bureaucratiseert, verdwijnt het warme aspect van zorgen voor elkaar. Daarmee dreigen de eigen verantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheid die we voor elkaar hebben naar de achtergrond te verschuiven, waarmee de intrinsieke motivatie van mensen om te (ver)zorgen langzaam verdwijnt.⁹

Visies op gezondheid verschillen niet alleen door verschillende mensbeelden, maar ook in verschillende levensfasen. In Respect, een christendemocratische visie op ouderenbeleid uit 1998 worden drie fasen van gezondheid benoemd. De eerste fase is er een van (voortgezette) vitaliteit, waarin mensen nog niet of nauwelijks negatieve gezondheidseffecten ervaren. Een tweede fase kenmerkt zich doordat de gezondheid met problemen gepaard gaat, maar waarbij door aanpassing zelfzorg nog mogelijk is. De derde fase breekt

-
- 7 | Met onder andere de verschijning van boeken als de bestseller "Being Mortal: Medicine and What Matters in the End" van Atul Gawande lijkt recent de discussie over "ars moriendi" - de kunst van het doodgaan - opnieuw leven ingeblazen te zijn. Zie o.a. "Zen and the art of dying well", in: New York Times, 14 augustus 2015. Ook in Nederland neemt de aandacht voor zorg in de laatste levensfase toe. Tot voor kort was bijvoorbeeld nog weinig bekend over de redenen en vermijdbaarheid van ziekenhuisopname aan het levenseinde van ziekenhuisopname aan het levenseinde; Ria de Korte-Verhoef, "Reasons and avoidability of hospitalisations at the end of life, perspectives of GPs, Nurses and Family Carers" (2014), p.162.
- 8 | In recent onderzoek van de patiëntenfederatie NPCF geeft 82% van de respondenten aan dat zorgverleners bij horen te dragen aan zingeving, waarbij niet alleen aandacht moet zijn voor het medische deel, maar ook voor de gevolgen van een ziekte/aandoening op het leven, hoe mensen omgaan met een ziekte/aandoening en hoe het leven zinvol ingericht kan worden ondanks een ziekte/aandoening. ZonMw, "De mens centraal, ZonMw-signalenemt over Zingeving in zorg", 18 maart 2016, p.51.
- 9 | Een voorbeeld van een proces waarbij beleid met de beste bedoelingen erin kan resulteren dat de arts stap voor stap gereduceerd wordt van erkend professional, naar administrateur en uiteindelijk naar potentieel overtreder is te vinden in Andrea Frankowski, "Van erkend professional naar potentiële overtreder. Veranderende rolverwachtingen van zorgprofessionals in 15 jaar DBC-beleid" in: "Het alternatief voor de zorg, humaniteit boven bureaucratie", Jos de Blok, Herman Suichers, Lewi Vogelpeel en Thijs Jansen (reds.), pp.59-72

aan als de gezondheid zo veel beperkingen kent dat mensen zorgafhankelijk worden. Afhankelijk van de fase waarin men zich bevindt, is er grosso modo een verschillende zorgbehoefte. Waar in de vitale levensfase het voorkomen en genezen van ziekten prioriteit zal hebben, worden in latere fases juist behoud van optimale kwaliteit van leven en zelfstandigheid van steeds groter belang als onderdeel van een gezond leven.¹⁰ Dat behoud van regie en optimale kwaliteit van leven belangrijk is, geldt uiteraard niet alleen voor mensen in de laatste levensfase, maar (juist) ook voor mensen met chronische ziekten en handicaps in de langdurige zorg. Deze mensen hebben immers vaak nog veel langer zorg nodig. Bovendien beïnvloedt de aard van die zorg vaak de duurzame kwaliteit van leven voor de patiënt en is die sterk verweven met andere dagelijkse activiteiten.¹¹ Om zaken ten slotte nog ingewikkelder te maken, blijkt dat niet alleen mensbeelden en levensfasen, maar ook specifieke levenservaringen van belang zijn bij hoe men tegen gezondheid aankijkt. Divers psychologisch onderzoek wijst uit dat het perspectief op wat men van belang vindt, sterk wordt beïnvloed door confrontatie met ernstige ziekten, maar ook door bijna doodervaringen.¹²

Doordat de levensfase en specifieke levenservaringen een grote rol spelen, is het vaak zo dat ouderen en zieken zelf beperkingen wel kunnen aanvaarden, maar dat de samenleving en daarbij het gevoerde beleid daar niet op is ingesteld. Dit kan er toe leiden dat behandelingen tot het uiterste worden doorgezet, terwijl patiënten daar soms zelf veel minder behoefte aan hebben. Tegelijkertijd is het volstrekt maatschappelijk aanvaardbaar dat deze behandelingen veel kosten, terwijl investeren in het bestrijden van verveling, eenzaamheid en hulpeloosheid veel minder vanzelfsprekend lijkt te zijn.¹³

Waarom is het belangrijk om te beseffen dat er een grote variëteit is in de beleving van gezondheid? Uit het voorafgaande blijkt wel dat een 19e-eeuwse visie op gezondheidszorg waarbij alles enkel en alleen op genezing gericht is - en waar de huidige definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie nog steeds op aansluit - niet voldoet. Het perspectief op gezondheid, ziekte en herstel van ziekte is simpelweg verschillend voor een patiënt met borderline, een patiënt met een dwarslaesie, een oudere in de laatste levensfase of een jongere die het geluk heeft gehad tot nog toe niet verder dan een griepje of gebroken been

10 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Respect, een christendemocratische visie op ouderenbeleid" (september 1998), pp.110-111

11 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Naar een toekomstbestendige AWBZ, een christendemocratische visie op de langdurige zorg" (2008), p.20

12 | Atul Gawande, "Sterfelijk zijn, geneeskunde en wat er uiteindelijk toe doet" (2014), pp.96-98

13 | De Amerikaanse chirurg Atul Gawande claimt zelfs dat de meeste ouderen in verzorgingstehuizen niet doodgaan aan een ziekte, maar aan wat hij een van de drie grote plagen noemt: verveling, eenzaamheid en hulpeloosheid. "Het einde van het leven is geen falen" Vrij Nederland, 15 augustus 2015, p.38

te zijn gekomen. De definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie, met haar nadruk op volledig welzijn en ontbreken van ziekte en handicap, leidt al te makkelijk tot een wensdenken tot perfectie en een overwaardering van gezondheid. Het risico hiervan is dat gezondheidsproblemen door zowel artsen als patiënten steeds minder als een gegeven worden aanvaard. Een goede gezondheid verwordt daarmee tot een recht waartoe alle beschikbare middelen moeten worden ingezet. Dit roept ten eerste de vraag op of wel werkelijk voldoende getoetst wordt of elke behandeling echt noodzakelijk is, of op zijn minst niet meer schaadt dan helpt. Daarnaast maakt een dergelijke overwaardering van het gezonde, vitale leven, dat wie ziek of hulpbehoevend is, al snel lastig wordt gevonden en daarmee aan de kant wordt geschoven. Zieken en gehandicapten lijken zo maar al te snel in de eerste plaats een kostenpost te zijn. Dat staat haaks op het uitgangspunt dat in onze samenleving ook altijd ruimte zou moeten zijn voor kwetsbaar leven. Het eenvoudig vasthouden aan gezondheid als het hoogste levensdoel heeft daarom als risico dat dit tot een maatschappelijke tweedeling kan leiden.¹⁴

De definitie van gezondheid als het ontbreken van ziekte en handicap is derhalve wellicht conceptueel een zuivere, maar kan in de praktijk tot onwenselijke gevolgen leiden. Ook het mensbeeld van de zorgende mens, die tevens aandacht heeft voor zingeving, raakt hiermee onderbelicht. Het dynamische concept van gezondheid dat door arts en onderzoeker Machteld Huber is ontwikkeld biedt een ander perspectief. Gezondheid is daarin het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven. Gezondheid betekent derhalve het zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben, een balans weten te handhaven of te hervinden in lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk opzicht.¹⁵ Deze visie op gezondheid roept onder andere de vraag op of in ons zorgstelsel voldoende ruimte en aandacht is voor zowel preventie als zingeving, waarbij de mens en de behoeften van de mens centraal staan en niet zozeer de kale technische mogelijkheden.

De vraag is dan ook of de juiste balans in de gezondheidszorg zoek is geraakt en of deze nog aansluit bij wat in de 21e-eeuw van zorg en ondersteuning verwacht mag worden.

14 | Dit effect wordt versterkt door de individualisering en verzakelijking van de samenleving, waarin iemand die niet voldoende productief is, al snel niet langer meetelt. Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Respect, een christendemocratische visie op ouderenbeleid" (september 1998), pp.103-104

15 | M. Huber, J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W. van der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel en H. Smid, "How should we define health?" (2011) en Zorginstituut Nederland, onder redactie van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (Commissie-Kaljouw), "Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren" (april 2015), pp.14-15

1.2 Gezondheidszorg

Gezondheid is een breed en complex thema, dat bovendien elk van ons persoonlijk raakt. Als gezondheid om meer gaat dan afwezigheid van ziekte, dan moet gezondheidszorg om meer gaan dan alleen genezen. In het Program van uitgangspunten van 1980 wordt het dilemma geschetst dat we aan de ene kant in de curatieve gezondheidszorg medisch-technisch tot steeds meer in staat zijn, maar dat ondertussen de psychosociale aspecten van de gezondheidszorg steeds verder in de knel raken: “Veel patiënten hebben het gevoel, dat zij als mens niet aan bod komen en dat de medische technologie hen als een stoomwals verdrukt”. Daarnaast staat de hoog ontwikkelde curatieve zorg in schril contrast met de geringe aandacht voor preventie. Daarbij gaat het uiteraard om leef-, eet- en drinkgewoonten, maar er zal ook gekeken moeten worden naar de onderliggende oorzaken van deze verschijnselen: “En dan stuiten we op zaken als eenzaamheid, verwaarlozing, sociale aanpassingsmoeilijkheden, kansarme situaties, extra risico-lopende groepen en zo meer”.¹⁶

Van oudsher ondersteunen en verzorgen mensen elkaar in familieverband, niet zelden aangevuld met hulp uit de directe eigen omgeving. Of we dat nu informele zorg, nuldelijnszorg of omgevingshulp noemen: duidelijk is dat het hierbij gaat om het leeuwendeel van het totaal aan zorg en ondersteuning die je gedurende je leven als mens ontvangt. Als alleen al gekeken wordt naar mantelzorg, dan zien we dat ruim een op de drie Nederlanders op enigerlei wijze zorg verleent.¹⁷ Tel daar zelfzorg bij op en duidelijk is dat deze vormen de basis van de gezondheidszorg vormen. Beroepsmatige zorg volgt in het geval van medische noodzaak. Op alleen professionals - hoe belangrijk die ook zijn - kan een samenleving echter niet functioneren. Hiermee wordt nadrukkelijk niet bedoeld dat op een oneigenlijke wijze taken en verantwoordelijkheden afgeschoven moeten worden die eigenlijk bij beroepskrachten thuishoren. Het is daarentegen wel van belang om de verschillende zorgvormen op waarde te schatten. De onderlinge zorg van mensen voor elkaar, van ouders voor hun kinderen, kinderen voor hun ouders, burens voor elkaar en vrijwilligers voor de ander, vervult een geheel eigen, onvervangbare rol in ons zorgbestel.¹⁸ Dit besef moet er toe leiden dat ook beleid dat op het eerste gezicht niet gericht is op gezondheidszorg, wel verregaande consequenties kan hebben voor de samenleving, en daarmee ook voor de gezondheidszorg zelf. De totale omvang van zelfzorg en mantelzorg is immers zodanig groot, dat een kleine verschuiving van deze vormen van zorg naar professionele hulp gigantische gevolgen

16 | Program van Uitgangspunten CDA, 1980, pp.29-30

17 | SCP, “Informeel hulp, wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014” (december 2015), p.9

18 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, “Respect, een christendemocratische visie op ouderenbeleid” (september 1998), p.179

heeft. Terecht was de eerste aanbeveling in het rapport Zorgvernieuwing door structuurverandering dan ook dat het beleid in alle facetten er op gericht moet zijn dat de normale functies van huishoudens en zorgnetwerken in stand moeten blijven en zo nodig versterkt moeten worden. Samenlevingsverbanden van mensen moeten dan ook beschermd en niet ontmoedigd worden door in de wetgeving mensen uitsluitend als individuen te beschouwen, los van het huishouden waar zij deel van uitmaken.¹⁹

Naast de informele zorg voor elkaar en voor zichzelf, is er uiteraard ook de formele gezondheidszorg dat als sociaal grondrecht zowel Grondwettelijk als internationaalrechtelijk is vastgelegd. De overheid heeft als taak de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg voor iedere burger te garanderen.²⁰ Hierbij moet wel opgemerkt worden dat conform de aard van de sociale grondrechten het hier geen afdwingbaar recht betreft, maar een zogenaamde inspanningsverplichting van de overheid. Het is dan ook niet noodzakelijk dat de overheid allerlei zaken zelf regelt; zij kan er ook voor zorgen dat maatschappelijke organisaties die actief zijn op het gebied van de volksgezondheid goed functioneren.²¹ In Nieuwe regie in de zorg, een christendemocratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg schetst het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA dat vanuit christendemocratisch perspectief het uitgangspunt moet zijn dat het allereerst gaat om financiële toegankelijkheid, maar dat ook geldt dat de zorg bereikbaar moet zijn en in ideëel opzicht verscheiden. Tevens moet de overheid toezien op een goede kwaliteit van zorg, zonder dat zij die zelf hoeft te leveren. Doel hiervan is dat het aanbod pluriform en kleinschalig van karakter kan zijn.²² Daarbij is het helpen ontwikkelen van een stelsel van op elkaar afgestemde, onderling complementaire voorzieningen volgens het Program van uitgangspunten een taak van de overheid. Tegelijk dreigt daarbij echter wel dat bij een van bovenaf opgelegde ordening van de zorg een wezenlijk element daarvan wordt aangetast: de warmte, de toewijding, de betrokkenheid op de mens in nood. Het gevaar dreigt dat de zorg nog meer dan nu al het geval is een anonieme, technische, verambtelijkte aangelegenheid wordt.²³ Deze zorgen zijn in onze tijd nog onverminderd actueel. Slechts weinigen lijken echt tevreden te zijn met de manier waarop de gezond-

19 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Zorgvernieuwing door structuurverandering, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening" (januari 1987), pp.25, 47 en 133-134

20 | Zie met name Artikel 22, 1e lid Grondwet, het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR), het Europees Sociaal Handvest (ESH) en het Grondrechtenhandvest van de Europese Unie.

21 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Zorgvernieuwing door structuurverandering, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening" (1987), p.95

22 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Nieuwe regie in de zorg, een christendemocratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg" (2000), p.15

23 | Program van Uitgangspunten CDA, 1980, pp.29-30

heidszorg is ingericht. Artsen en verpleegkundigen zien de bureaucratische verplichtingen immers toenemen en hebben daarnaast het gevoel steeds meer van de professionele autonomie in te moeten leveren. Tegelijkertijd is het voor patiënten steeds moeilijker de weg te vinden in het zorgdoolhof, waarbij het gevoel regelmatig heerst van het kastje naar de muur te worden gestuurd.

Een belangrijke karakteristiek van - in ieder geval de curatieve - gezondheidszorg is dat de vraag potentieel eindeloos is. De filosoof Hans Achterhuis wijst als verklaring hiervoor aan dat de angst voor de dood er toe leidt dat er een fundamentele behoefte aan zekerheid bestaat, waarbij de impliciete wens is om de dood uit te sluiten. Die zekerheidsbehoefte is in drie opzichten onverzadigbaar. Ten eerste wordt een leven zonder dood nagestreefd. Daarnaast zijn de risico's waaraan het menselijk leven is blootgesteld oneindig waardoor volledige zekerheid en bescherming onbereikbaar zijn. Ten slotte geldt ook nog dat mensen willen overleven, ofwel langer leven dan anderen. Die behoefte drijft in een eindeloze jacht voorwaarts, waarbij de verdeling van schaarse middelen (in dit geval toegang tot de zorg voor gezondheid) onderling betwist wordt. Het leven zonder de dood is volgens Achterhuis in de moderne tijd tot hoogste waarde uitgeroepen, waardoor wachtkamers van artsen bevolkt worden door mensen die niet ziek zijn, maar ziekte vrezen of hopen te vermijden. De onzekerheid van de patiënt, gekoppeld aan de onzekerheid van de arts doet de gezondheidszorg groeien en draagt bij aan fundamentele schaarste.²⁴ Deze prikkels kunnen leiden tot medicalisatie, valse hoop en behandelingen die het leven vaak eerder verkorten dan verbeteren.²⁵

Het is overigens sterk de vraag of het probleem van de potentieel eindeloze vraag in alle vormen van zorg speelt. Met name in de langdurige- en ouderenzorg gaat het immers juist veel eerder om de kwaliteit van leven, waarbij de belangrijkste uitgangspunten voor goede zorg gevonden worden in behoud van waardigheid en autonomie.²⁶ Op zich zijn dit waarden die voor alle mensen gelden, maar die het meest zichtbaar en kwetsbaar worden bij chronisch zieken en ouderen. Dit is een van de fundamentele verschillen tussen curatieve zorg en langdurige zorg, en leidt er uiteindelijk toe dat het aanbod van de zorg op een andere wijze georganiseerd wordt. Tegelijk betreft het echter wel vaak een en dezelfde persoon die met beide vormen van zorg te maken heeft, waardoor onnodige bureaucratische schotten voorkomen moeten worden en de patiënt

24 | "Grenzeloze groei aan gezondheidszorg?", interview met Hans Achterhuis door ir. H. Kievit in: "Zicht, studieblad voor gereformeerd zicht op politiek en maatschappij" (35e jaargang nr.1, april 2009), pp.26-29

25 | Het valt daarnaast te beredeneren dat de medicalisering van de zorg die hierdoor ontstaat een van de belangrijkste oorzaken van kostenstijgingen in de zorg is. "Het einde van het leven is geen falen, Pleidooi voor een goede dood; Het idee - Chirurg Atul Gawande", Vrij Nederland, 15 augustus 2015.

26 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Naar een toekomstbestendige AWBZ, een christendemocratische visie op de langdurige zorg" (2008), p.20

leidend moet zijn en niet het systeem. De uitdaging voor de gezondheidszorg van de toekomst is dan ook om twee tegenstrijdige tendensen in de zorg met elkaar te verzoenen. Aan de ene kant leven we steeds langer waardoor chronische aandoeningen en comorbiditeit steeds vaker voorkomen. De zorg voor de als gevolg hiervan sterk groeiende groep chronische patiënten vraagt om een integrale aanpak. Aan de andere kant is er juist de tendens van een steeds verdergaande specialisatie in de curatieve zorg. De doorgaans zeer dure geneeskunde voor zeldzame ziektes zorgt bijvoorbeeld juist voor specialisatie en concentratie in het zorgaanbod.²⁷

1.3 Christendemocratische uitgangspunten voor de zorg

Zorg en aandacht voor de medemens, zeker als hij in nood verkeert, is een eerste opgave in de intermenselijke verhoudingen. Tegen deze achtergrond moeten we de organisatie zien van de gezondheidszorg en van de maatschappelijke dienstverlening. Aldus wordt in de toelichting bij het Program van Uitgangspunten van het CDA uit 1980 het eerste uitgangspunt van de inrichting van de gezondheidszorg beschreven.²⁸ Het Program verbindt verder vooral de kernbegrippen solidariteit en rentmeesterschap aan de gezondheidszorg. Solidariteit verwijst naar het naar elkaar omzien in de samenleving en het uitgangspunt dat de zwaarste lasten door de sterkste schouders worden gedragen. Rentmeesterschap inspireert tot zorgvuldig beheer van de schepping, waar de eigen gezondheid ook onder valt. Beide begrippen komen daarmee in artikel 44 van het Program terug: “Zorg voor gezondheid is allereerst een zaak van persoonlijke verantwoordelijkheid. Recht op gezondheidszorg houdt de verkrijgbaarheid in van voor een ieder betaalbare en bereikbare hulp die hij of zij behoeft”.

In het herziene Program van Uitgangspunten uit 1993 wordt dit verder uitgewerkt. De mens behoort daarin nog steeds als rentmeester om te gaan met zijn gezondheid, maar een goede gezondheid is hierin tegelijkertijd niet het hoogste levensdoel. Gezondheid wordt in het nieuwe Program weliswaar een belangrijk aspect van het welzijn genoemd, maar de zin van het leven gaat er niet in op. Hier wordt expliciet gesteld dat de kwaliteit van een samenleving niet wordt bepaald door het aantal mensen dat lichamelijk of verstandelijk minder bedeed is, maar door de wijze waarop de gezonden omgaan met zieken en gehandicapten.²⁹

27 | Peter Degadt, “Privaat initiatief en toch niet commercieel? Kanttekeningen bij sociaal ondernemerschap in de zorg”, in: “Christen-Democratische Reflecties”, jaargang 2, nr.2 (maart 2014, pp.91-102, aldaar pp.92-94

28 | Program van Uitgangspunten CDA, 1980, pp.29-30

29 | Program van Uitgangspunten CDA, 1993, p.16

Minder nadrukkelijk vinden in de beide Programs verwijzingen plaats naar de kernbegrippen publieke gerechtigheid en gespreide verantwoordelijkheid, die met name betrekking hebben op het onderscheid tussen de taken van de overheid en van de maatschappelijke organisaties.³⁰ Gerechtigheid heeft daarbij enerzijds betrekking op het scheppen van voorwaarden voor een verantwoordelijke samenleving, anderzijds verplicht het de overheid bescherming te geven aan de zwakken. Gespreide verantwoordelijkheid ten slotte wijst in de richting van een grote variatie aan maatschappelijke activiteiten, waaronder de volksgezondheid, die naar eigen aard moeten kunnen functioneren zonder overheersing door staat of markt.

Nu en in de toekomst is en blijft het belangrijkste uitgangspunt in de gezondheidszorg dat het in essentie om de zorg en aandacht voor de medemens in nood gaat. Technische innovaties en overheidsbeleid staan als middel ter beschikking voor die zorg, maar mogen geen doel op zich worden. De overheid heeft de belangrijke taak om zorg te dragen voor een stelsel waarin gezondheidszorg solidair en toegankelijk is. Aangezien de vraag naar (curatieve) gezondheidszorg in potentie eindeloos is, moet echter tegelijk ook de conclusie zijn dat geen enkel stelsel voldoende aanbod kan genereren. Om te voorkomen dat door de verdeling van de schaarste de solidariteit en gelijke toegankelijkheid van de zorg onder druk komen, zullen publieke randvoorwaarden gesteld moeten worden. Uit het voorgaande komt naar voren dat vanuit christendemocratisch gedachtegoed een zorgstelsel altijd aan de volgende randvoorwaarden zal moeten voldoen:

1. Solidariteit is het belangrijkste uitgangspunt bij iedere stelseldiscussie. In een zorgstelsel horen gezonden solidair te zijn met zieken (risicosolidariteit), de ene generatie met de andere generatie en welgestelden met minder bedeelden (inkomenssolidariteit).³¹
2. Toegankelijkheid. Solidariteit vereist dat er zekerheid is dat zorg voor iedereen toegankelijk is en dat de zorg waar men nu aan meebetaalt, ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk is en blijft. Noodzakelijke, kwalitatief goede zorg moet daarom voor iedereen toegankelijk zijn, en blijven.
3. De mens centraal. Zorg gaat ook over de waardigheid en kwaliteit van leven. Daarom moet voorkomen worden dat mensen het gevoel krijgen in de systemen verdrukt te raken. Zorg moet geen anonieme, technische, bureaucratische aangelegenheid zijn.

30 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Zorgvernieuwing door structuurverandering, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening" (1987), p.17

31 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Nieuwe regie in de zorg, een christendemocratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg" (2000), p.15

4. Rentmeesterschap en gespreide verantwoordelijkheid. Een ieder die daartoe in staat is heeft een eigen verantwoordelijkheid om voor de eigen gezondheid te zorgen. Een goed gezondheidszorgbeleid kent daarom gelijke waarde toe aan het genezen en behandelen van ziekten, als het voorkomen daarvan. Daarnaast hebben burgers, professionals, organisaties en overheden ieder een verantwoordelijkheid om zuinig om te gaan met de schaarste die inherent aan de gezondheidszorg is.
5. Integrale benadering. De patiënt is niet eenzijdig te vereenzelvigen met zijn of haar ziekte. Om mensen ondanks beperkingen optimaal te laten participeren, is maatwerk en een integrale benadering noodzakelijk. Daarnaast beïnvloeden bijna alle beleidsterreinen direct of indirect de gezondheidszorg. Dit betreft onder andere fiscale en juridische maatregelen die het vormen van familieverbanden en gemeenschapsverbanden zoals zorgcoöperaties ontmoedigen, waardoor zelfzorg en omgevingszorg op de lange termijn onder druk komen te staan. De overheid moet daarom ook integraal kijken naar de consequenties van het beleid voor het vermogen om voor elkaar te zorgen.

2 | Achtergronden huidige zorgstelsel

De Nederlandse gezondheidszorg heeft een eigen en apart karakter, dat zijn oorsprong heeft in de historische ontwikkeling. Van het vroegst af aan heeft privaat en maatschappelijk initiatief een hoofdrol gespeeld. Ongeacht welk zorgstelsel er momenteel - of in de toekomst - is of zal zijn, is deze historische context van belang om processen te begrijpen.

2.1 Liefdadigheid en eerste vormen van georganiseerde zorg

Ouderdom en ziekte enerzijds en armoede anderzijds zijn vrijwel altijd synoniemen van elkaar geweest. Tot een ruime eeuw geleden overlaptten ouderenzorg, armenzorg en ziekenzorg elkaar dan ook grotendeels. In eerste instantie waren het vooral de kloosters en later diakenen die daarbij een belangrijke rol speelden in een uitgebreid netwerk van liefdadigheid. Gasthuizen waarin zieken en ouderen verpleegd en verzorgd konden worden, werden aanvankelijk vooral bij kloosters gebouwd. Binnen boerengemeenschappen werden daarnaast al vóór de elfde eeuw voorzieningen getroffen voor de eigen armen. Met de groei van de steden werd het aandeel van de burgerlijke en stedelijke liefdadigheid daarna steeds groter.³² Hofjes en proveniershuizen die in de dertiende eeuw ontstonden waren voor ouderen die zich in konden kopen, maar werden steeds vaker ook door rijke regenten aan arme oude mensen aangeboden. In de zestiende eeuw ontstonden vervolgens met de zogenaamde 'oudemanshuizen' en 'oudevrouwenhuizen' de eerste woonvormen waarin bewoners ook enige vorm van zorg kregen aangeboden. De oudeliedenhuizen bleven de voornaamste plek waar ouderenzorg aangeboden werd tot in de negentiende eeuw. Naast deze ouderenzorg ontstond ook reeds in vroege tijden een rudimentaire vorm van financiële bescherming bij ziekten en medische behandelingen door middel van de ziekenkas van de ambachtsgilden, de zogenaamde 'gildebussen'.³³

2.2 Zorg als sociale kwestie

Sociale wantoestanden als gevolg van de industriële revolutie, nieuwe inzichten in het voorkomen van ziekten door te zorgen voor goede hygiëne³⁴ en wetenschappelijke doorbraken op het gebied van de geneeskunde hebben de gezondheidszorg in de negentiende eeuw in een stroomversnelling gebracht. De zorg werd steeds meer als een apart sociaal probleem gezien, waarbij de

32 | G.H. Okma, "Verandering verzekerd: stand van zaken van het plan Dekker", in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1989; 133, nr.45, pp.2242-2248, aldaar 2242

33 | <http://www.zorgverzekering.org/algemene-informatie/ontstaan/>

34 | De aanleg van riolen en drinkwaternetten wordt vaak gezien als de grootste medische doorbraak van de afgelopen honderdvijftig jaar.

aandacht vooral kwam te liggen op het vergroten van de toegankelijkheid voor de lagere inkomens. Steeds meer mensen verkregen daarna toegang tot zorg door de ontwikkeling van onderlinge ziekenfondsen die eind negentiende eeuw ontstonden. Nadat eind 18e eeuw de eerste ziekenfondsen door commerciële verzekeringsondernemingen waren aangeboden, richtten artsen en apothekers in 1846 het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam (AZA) op, waarmee voor het eerst het onderscheid tussen de ziekenfondssector en de particuliere sector ontstond.³⁵ In 1874 werd vervolgens met het oprichten van het Algemeen Onderling Ziekenfonds Door en Voor Werklieden het startschot gegeven voor het ontstaan van talloze fondsen in Nederland vanuit de arbeidersbeweging.³⁶ Vanaf 1900 richtten ook verschillende werkgevers ziekenfondsen op voor het eigen personeel. Het moderne Nederlandse zorgstelsel ontstond zodanig uit diverse vormen van particulier initiatief.

2.3 Toegankelijkheid als speerpunt van overheidsbeleid

Ondanks dat de overheid met de Armenwet van 1854 de toegang tot gezondheidszorg voor de allerarmsten garandeerde³⁷, bleef de overheidsbemoediging met de gezondheidszorg lange tijd zeer minimaal. In het begin van de twintigste eeuw sneuvelde het eerste initiatief waarbij geprobeerd werd de zorgverzekering te reguleren, met een verplichte verzekering van ziekengeld en een zo volledig mogelijk pakket medische zorg, doordat het kabinet-Kuyper dat dit wetsvoorstel had ingediend voortijdig viel. Ondanks het ontbreken van overheidsregulering groeide de toegankelijkheid van de zorg stapsgewijs.³⁸

Pas tijdens de bezetting is in 1941 naar voorbeeld van de Duitse Krankenkasse voor het eerst in Nederland een algemeen en verplicht ziekenfonds ingevoerd, waarvan alle werknemers onder een bepaalde inkomensgrens verplicht

35 | De artsen en apothekers die het AZA oprichtten wilden onder andere verzekeringsnemers de vrijheid geven om zelf een arts te kiezen.

36 | Het ontstaan van de onderlinge ziekenfondsen laat zien dat ook eind 19e eeuw nog vaak grote overlap was in ziekenzorg en andere sociale problemen. Een schoolvoorbeeld hiervan is bijvoorbeeld het ontstaan van de Haagse coöperatie De Volharding, die in 1879 begon met een bakkerij om arbeiders van betaalbaar brood te voorzien. De coöperatie werd vervolgens uitgebreid met een ziekenfonds, inclusief eigen artsen in loondienst, apotheken en zelfs een eigen ziekenhuis. De ontwikkeling van onderlinge ziekenfondsen, in een tijd waarin de overheid zich terughoudend opstelde om in de zorg in te grijpen, zou overigens gezien kunnen worden als antecedent van het ontstaan van zorgcoöperaties in onze tijd. Zie bijvoorbeeld: "Lessen: 'Doe-burgers gaan terug naar de basis'", Bas Kromhout, in: "Historisch Nieuwsblad", 10/2012.

37 | Met de Armenwet van 1854 kregen hulpbehoevenden die niet tot een kerkelijke gezindte behoorden in geval van volstrekte onvermijdelijkheid recht op bedeling door de gemeente.

38 | Rond 1890 was ongeveer 15 procent van de Nederlandse bevolking verzekerd, aan het begin van de Tweede Wereldoorlog was dit gegroeid naar ongeveer twee derde van de bevolking.

lid moesten worden.³⁹ Na de oorlog bleef het ingevoerde systeem met een verplichte ziekenfondsverzekering behouden. De loongrens die een onderscheid creëerde tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden bleef bestaan - ondanks discussie hierover - bij het omzetten van het Ziekenfondsbesluit in de Ziekenfondswet (1964).⁴⁰ Aangezien vrijwel alle niet-ziekenfondsverzekerden een particuliere verzekering afsloten, was hiermee toegankelijkheid van zorg vrijwel volledig geregeld. Alleen voor bepaalde zware geneeskundige risico's gold dat praktisch niemand zich daarvoor kon verzekeren. Daarom werd enkele jaren later in 1967 met de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten een verplichte volksverzekering ingevoerd. Financiële toegankelijkheid van zorg was hiermee voor vrijwel iedereen min of meer gerealiseerd.

Enkele aspecten van het vooroorlogse Nederlandse zorgstelsel zijn desondanks behouden gebleven. De verzekeraars uit het particuliere initiatief waren weliswaar niet meer bepalend. Toch konden sommige ziekenfondsen nog tot in de jaren negentig eigen zorginstanties zoals apotheken behouden. Het aantal verzekeringsondernemingen door fusies werd in de tussentijd teruggebracht van ruim 200 tot enkele tientallen.

2.4 Zorgen om betaalbaarheid

Volledige financiële toegankelijkheid is in de eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog speerpunt van overheidsbeleid geweest. Net als bij veel andere aspecten van de verzorgingsstaat kan het opnemen van gezondheidszorg als sociaal grondrecht in de Grondwet in 1983 als hoogtepunt en tevens sluitstuk van deze ontwikkeling gezien worden. Tegelijkertijd ontstonden er vanaf de jaren zeventig discussies over de vorm van het zorgstelsel. Algemene toegankelijkheid van zorg was weliswaar een mooie verworvenheid, maar leidde wel tot aanzienlijk hogere zorguitgaven. Discussies over kostenbeheersing met tegelijk optimaal behoud van toegankelijkheid leidden daarom tot een overheidsbeleid met prijsregulering, budgettering en rantsoenering.⁴¹ Het beleid was succesvol: het aandeel van de zorguitgaven in het Bruto Binnenlands Product bleef beperkt.⁴²

39 | Het Duitse Ziekenfondsbesluit betekende dat ongeveer 40% van de bevolking verplicht werd verzekerd, waarbij de premie loonafhankelijk werd gemaakt en gezinsleden gratis waren meeverzekerd.

40 | Prof. dr. Wynand van de Ven, "Het beste zorgstelsel?", afscheidscollege 2 oktober 2015, p.10.

41 | Dit leidde tot onder meer de Wet ziekenhuisvoorzieningen (1971), de Wet tarieven gezondheidszorg (1981) en de Wet voorzieningen gezondheidszorg (1982)

42 | Tussen 1980 en 2000 bleef het aandeel van de zorguitgaven in het BBP ongeveer constant, terwijl van 1960 tot 1980 het aandeel van de zorguitgaven was verdubbeld van 3,8% tot 7,5% van het BBP. F.T. Schut, "De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg", Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

2.5 Focus op doelmatigheid

Al snel bleek echter dat volledige toegankelijkheid en kostenbeheersing niet hand in hand gingen. De economische groei stagneerde, de werkloosheid had een naoorlogs hoogtepunt bereikt en de bevolkingsgroei was sneller verminderd dan voorzien met extra vergrijzing tot gevolg. Er ontstond onvrede over tekorten, lange wachtlijsten, te lage salarissen en gebrek aan innovatie. Ook in het denken over de rol van de overheid vond een omslag plaats. Het sterk regulerende en centralistische overheidsoptreden werd vervangen door een nieuw ideaal van deregulering en non-interventionisme.⁴³ In het regeerakkoord Lubbers-II werd daarom de instelling aangekondigd van een Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Op de adviezen van deze commissie-Dekker wordt in het volgende hoofdstuk nader ingegaan. Hier kan kort geconcludeerd worden dat de beweging die hiermee ingezet werd, er een van het creëren van prikkels tot doelmatigheid met behoud van toegankelijkheid en kostenbeheersing is.

2.6 Analyse; Historische ontwikkelingen in zorg(beleid) in vogelvlucht

Zorg voor elkaar is van alle tijden. Een korte blik op de geschiedenis van de gezondheidszorg laat zien dat de oorsprong ligt in de informele zorg. Professionele zorg en regulering vanuit de overheid zijn daar pas veel later bij gekomen. Professionalisering heeft de zorg kwalitatief beter gemaakt en regulering door de overheid heeft de toegankelijkheid en solidariteit vergroot. Zorgbeleid is echter tegelijkertijd ontegenzeggelijk technocratischer van aard geworden. In de discussie over het stelsel gaat het inmiddels vaak over al dan niet perverse prikkels tot doelmatigheid. De vraag dringt zich daarom op of met deze economische invalshoek de vrees uit het Program van uitgangspunten dat de zorg een anonieme, technische, bureaucratische aangelegenheid zou kunnen worden, niet deels waarheid is geworden. De zorg is steeds functionalistischer gemaakt, waarmee het relationele aspect van zorgen voor elkaar meer en meer naar de achtergrond is geraakt.

Toch zijn de beleidskeuzes op zich te begrijpen. Enerzijds zou immers het voortzetten van beleid dat alleen gericht is op het bevorderen van toegankelijkheid op de lange duur simpelweg financieel onhoudbaar zijn. Anderzijds was beleid dat te eenzijdig gericht was op kostenbeheersing een recept voor wachtlijsten en een rem op innovatie in de zorg. De vraag is echter of deze

43 | G.H. Okma, "Verandering verzekerd: stand van zaken van het plan Dekker", in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1989; 133, nr.45, pp.2242-2248, aldaar 2243.

problemen nu voldoende worden ondervangen met het huidige stelsel. Bovendien is het de vraag of met name het relationele aspect van zorg niet juist (nog meer) ondergeschikt gemaakt is aan financiële overwegingen. En als dat niet zo is, of er dan nog binnen het stelsel mogelijkheden zijn om hier verbeteringen in aan te brengen.

3 | Noodzaak en bereidheid tot vernieuwing

De afgelopen dertig jaar is veel geschreven over de noodzaak om tot vernieuwing te komen in het zorgstelsel. In de verschillende rapporten van commissies, wetenschappelijke bureaus en instanties wordt doorgaans wel de noodzaak van vraagsturing onderschreven, maar worden ook verschillende accenten en noodzakelijke randvoorwaarden benoemd. In deze paragraaf sommen we enkele van de belangrijkste rapporten op, en bekijken we welke publieke randvoorwaarden als noodzakelijk worden benoemd voor invoering van vraagsturing in de zorg.

3.1 De voorstellen van de Commissie Dekker

Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven werd, brak in de jaren tachtig van de vorige eeuw het besef door dat de bereikbaarheid van de gezondheidszorg (aard, omvang en spreiding van voorzieningen) aan financieel-economische grenzen gebonden was. Overheidsbemoediging met de zorg richtte zich daarvoor niet alleen op de totstandkoming van een evenwichtig stelsel van herzieningen, maar ook op de beheersing daarvan. Dat leidde tot een omvangrijk complex van regelgeving. Het was echter bijna onmogelijk gebleken om alle deelnemers aan het spel van de gezondheidszorg via opgelegde regulering tot doelmatig handelen te motiveren.⁴⁴ In het regeerakkoord Lubbers-II is daarom gekozen voor het instellen van een commissie die binnen een half jaar met adviezen moest komen. Deze commissie onder leiding van prof. dr. W. Dekker heeft een belangrijke rol gespeeld in de aanzet tot de hervorming van het zorgstelsel in de afgelopen 25 jaar. De voornaamste motieven voor de adviesaanvraag waren het ontbreken van een consistente opbouw van het gezondheidszorgsysteem, onevenwichtigheden in het stelsel, slechts gedeeltelijk samenhangende wetgeving, stijgende kosten en in de toekomst te verwachten problemen, zoals sterke vergrijzing. De opdracht die de commissie meekreeg was advies te geven over⁴⁵:

1. de mogelijkheden tot beheersing van de volumeontwikkeling (onder meer als gevolg van de vergrijzing en de ontwikkeling van de medische technologie) in de volksgezondheid, mede gelet op de noodzaak om tot een substantiële kostenvermindering te komen.
2. de mogelijkheden tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, met name wijziging van de verhouding - inhoudelijk en financieel - tussen de AWBZ, rijksbijdragen, ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering.

44 | Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg, "Bereidheid tot verandering". 's-Gravenhage: Distributiecentrum overheidspublicaties (1987)

45 | H.D.C. Roscam Abbing, "De weg naar een gezond bestel; het advies van de Commissie Dekker", in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1987; 131, pp. 1136-1140.

3. de mogelijkheden tot deregulering, tot vermindering van de bureaucratie en tot stroomlijning van de adviesstructuur.

Een van de belangrijkste voorstellen van de commissie betrof de vervanging van het bestaande bestel door een sterk vereenvoudigd stelsel van verzekeringsfinanciering voor de gehele zorg, de basisverzekering. De belangrijkste kenmerken van deze verzekering zouden zijn:

1. het vervallen van onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars voor de basisverzekering
2. het invoeren van de concurrentie tussen verzekeraars om een noodzakelijk evenwichtige verhouding tussen vraag en aanbod te bevorderen.
3. verzekeraars moesten het recht krijgen om op eigen voorwaarden overeenkomsten te sluiten. Ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars zouden het recht krijgen om eigen instellingen in te richten en zorgverleners in loondienst te nemen. Substitutie, het vervangen van een zorgvorm door een andere, moest om kwaliteitsredenen of vanwege efficiency en besparingen mogelijk worden.

In de beleidsreactie “Verandering verzekerd”⁴⁶ gaf de regering aan de voorstellen over te nemen. De voorstellen zouden volgens de regering uiterlijk in 1992 ingevoerd worden.

3.2 Randvoorwaarden voor de stelselherziening

Voorafgaand aan het ambtelijke advies van de commissie Dekker zijn onder meer de wetenschappelijke bureaus van enkele politieke partijen⁴⁷ met eigen visies op de toekomst van de gezondheidszorg gekomen. Zo publiceerde het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA het eerder aangehaalde “Zorgvernieuwing door structuurverandering”. De rode lijn van de commissie Dekker is ook in dit rapport terug te vinden. Enkele randvoorwaarden en accenten die destijds genoemd zijn, zijn echter van belang om hier wel te memoreren.

Ten eerste wordt ook in het rapport van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA geconcludeerd dat planning en budgettering als beheersingsinstrument weliswaar geleid hebben tot een stabilisatie van het kostenniveau, maar dat het nadeel van deze beheersingsmechanismen is dat zij niet voortvloeien uit een juiste spreiding van verantwoordelijkheden, maar dat zij deze verantwoordelijkheden juist in toenemende mate aan de overheid onttrokken. Hierdoor laat de intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving in de sector

46 | Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 19945, nrs. 27-28.

47 | prof. mr. B.M. Telderstichting, “Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg”, geschrift 61 (1986).

te wensen over. Geconcludeerd wordt dat de beslissingen over de uitgaven geschieden op andere plaatsen dan waar de kosten gemaakt worden.⁴⁸

Ten tweede wijst het rapport het commerciële marktmechanisme dat door sommigen als de oplossing voor de bureaucratiseringsproblematiek werd voorgesteld, uitdrukkelijk af. Dit mechanisme past namelijk niet in de christendemocratische visie op de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Een door rentmeesterschap en solidariteit georiënteerde gespreide verantwoordelijkheid leek daarentegen wel mogelijk door over te gaan op een systeem van onderhandelingen en overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars enerzijds en de instellingen voor gezondheidszorg en de beroepsbeoefenaren anderzijds. Dit zou betere mogelijkheden bieden voor zorg-op-maat, maar ook voor substitutie van intramurale vormen van zorg door extramurale vormen van zorg die uit een oogpunt van de zorgzame samenleving te prefereren was. Het voorgestelde systeem zou ook meer mogelijkheden voor kostenbeheersing met zich meebrengen.⁴⁹

Ten derde wordt expliciet aangegeven dat de verantwoordelijkheid alleen bij ziekenfondsen en particuliere verzekeraars gelegd kan worden als daar een adequate democratisering plaats zou vinden, zodat duidelijk zou worden wie namens de patiënt invloed uitoefent op de gezondheidszorg. Alleen als deze organisaties democratisch zouden functioneren en patiëntenplatforms hun weg zouden vinden binnen de ziekenfondsen en de verzekeraars, zou de intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving optimaal zijn.⁵⁰

3.3 Kleine stappen naar gereguleerde concurrentie in de zorg

In het begin van de jaren negentig stagneerde de invoering van de stelselwijziging. Er was sprake van toenemend verzet van verschillende maatschappelijke organisaties en van afbrokkeling van politieke steun aan het veranderingsproces.⁵¹ Ondanks dat het nog bijna 20 jaar heeft geduurd voordat de aanbevelingen van de commissie Dekker uitgevoerd zijn, is het echter niet zo dat in de tussenliggende periode helemaal niets gebeurd is. Gedurende de jaren negentig zijn meerdere stappen gezet richting gereguleerde concurrentie in de zorg. Zo werden de contracteerplicht voor ziekenfondsen ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren en de vaste werkgebieden van de ziekenfondsen afgeschaft. Daarnaast werden een periodieke vrije keuze van ziekenfonds,

48 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Zorgvernieuwing door structuurverandering, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening" (1987), p.137

49 | Ibidem, p.137

50 | Ibidem, pp. 138 en 140

51 | G.H. Okma, "Thema's voor de toekomst van de herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg", in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1994; 138, pp. 1233-1238, aldaar 1233

de nominale premie en de risicoverevening ingevoerd. Het financieel risico van de ziekenfondsen werd gelijktijdig stapsgewijs verhoogd.⁵² Ten tijde van het tweede kabinet-Kok werd vervolgens een projectgroep binnen het ministerie van VWS geformeerd, die als taak had na te denken over een zorgsysteem dat dynamischer zou zijn dan het oude, meer gericht op innovatie en op de voorkeuren van de patiënt.⁵³

Ondanks (of mede dankzij) deze (te) kleine stapjes liep de maatschappelijke onvrede over de Nederlandse gezondheidszorg hoog op. Lange wachtlijsten waren een schrijnend voorbeeld van de tekortkoming van de centrale aanbodssturing. In de eerste jaren van de eenentwintigste eeuw werd de budgettering wel losgelaten, maar dat leidde vervolgens tot een zeer sterke kostenstijging.⁵⁴ Pim Fortuyn omschreef de onvrede over de staat van de gezondheidszorg doeltreffend als volgt: “Het beeld is er een van een bedrijfstak in grote problemen. Ellenlange wachtlijsten voor van alles en nog wat, steen en been klagend personeel, politici en bestuurders met de handen ten hemel geheven, smoezelige gebouwen, een volk dat - zolang het gezond is of geen zorgbehoevende familieleden of vrienden heeft - het allemaal niet lijkt te kunnen schelen en ten slotte: heel veel onverschilligheid op het liefdeloze af.”⁵⁵ Duidelijk was dat een fundamenteel andere keuze gemaakt moest worden. “De zorg is het terrein van de verzorgingsstaat waar het falen van het systeem het duidelijkst zichtbaar is”, aldus Jan Peter Balkenende die destijds de keuzes van het CDA benoemde. “Langs welke weg kan de kwaliteit verbeterd worden en komen mensen in de zorg weer tot hun recht? Dat is wat het CDA betreft geen keuze voor een vorm van marktwerking waarbij zorginstellingen winst moeten maken. Het is ook niet een gezondheidszorg waarin degene met het meeste geld aanspraak kan maken op de beste zorg. Het moet de zorgbehoefte zijn die bepalend is.”⁵⁶

3.4 Hervormingen in een stroomversnelling

De hervormingen kwamen in een stroomversnelling toen werkgevers en werknemers in de SER in 2000 met een rapport kwamen waarin de noodzaak om te vernieuwen nogmaals benadrukt werd. Inhoudelijk gezien was het rapport

52 | Prof. dr. Wynand van de Ven, “Het beste zorgstelsel?”, afscheidscollege 2 oktober 2015, pp.16-17. Het financieel risico werd stapsgewijs verhoogd van 0% in 1990, 3% in 1992 naar 53% in 2006.

53 | Joost Visser, “Tien jaar zorgverzekeringswet, veel doelstellingen zijn niet bereikt”, in: Medisch Contact & 7 januari 2016), pp.14-17, aldaar p.14

54 | In de periode 2000-2003 zijn de zorgkosten als aandeel van het BNP met 20% gestegen.

55 | Pim Fortuyn, “De puinhopen van acht jaar paars”, p.35

56 | Jan Peter Balkenende, “Anders en beter, pleidooi voor een andere aanpak in de politiek vanuit een Christen-democratische visie op de samenleving, overheid en politiek”, pp.110-111

wellicht grotendeels een update van de commissie Dekker, toch werden enkele accenten gelegd die van belang zijn.

Ten eerste werd gesteld dat er weliswaar een toenemende behoefte en noodzaak van vraagsturing in de zorg is, maar dat daarbij het evenwicht van belang is met de noodzakelijke regulerende rol van de overheid en de daar achterliggende publieke randvoorwaarden en doelstellingen van toegankelijkheid, kwaliteit en beschikbaarheid van zorg. Concurrentie zou immers geen doel op zich zijn, maar een middel om de organisatie en het beheer van de middelen te verbeteren, de doelmatigheid en de kwaliteit te vergroten, innovatie te stimuleren en de kosten te beheersen voor zover dat binnen de gezondheidszorg mogelijk is. De SER geeft daarbij uitdrukkelijk aan dat marktwerking in de zorg wordt verhinderd doordat er sprake is van informatieasymmetrie (de patiënt is zelf niet in staat te bepalen welke en hoeveel medische zorg nodig is). Ook geeft de SER aan dat marktwerking de toegankelijkheid van de zorg kan aantasten en kan leiden tot een doorbreking van solidariteit. Bovendien kan marktwerking een kostenopdrijving veroorzaken door het 'supply induced demand'-karakter van de zorg. Bijkomende factor is de mogelijke afwenteling van zorgkosten op de verzekeraar. Al deze risico's leiden er voor de SER toe dat de overheid bepaalde verantwoordelijkheden moet behouden en ook als regisseur nadrukkelijk aanwezig moet blijven.⁵⁷

Ten tweede geeft de SER in haar advies uitdrukkelijk mee dat in het nieuwe stelsel van wettelijke ziektekostenverzekeringen twee onderdelen moeten zijn met een duidelijk verschillend karakter, namelijk een volksverzekering voor langdurige onverzekerbare risico's en een algemene verzekering voor curatieve zorg. De SER geeft aan dat beide verzekeringen een sterk verschillend verstrekkingenpakket en in samenhang daarmee een eigen financieringssysteem en sturingsregime kennen.⁵⁸ Een tweede, ook voor onze tijd zwaarder wegend argument van de SER om naast de zorgverzekering een volksverzekering voor langdurige zorg te willen behouden, is dat de toekomstige demografische, technologische, economische en sociaal-culturele ontwikkelingen het aanbod, de inrichting en het functioneren van de gezondheidszorg en de solidariteitsverhoudingen sterk zullen gaan beïnvloeden. De SER wijst er daarbij op dat die ontwikkelingen op (middel)lange termijn echter verschillend zullen uitpakken in de curatieve zorg en de langdurige zorg. Voor de solidariteit in de langdurige zorg zijn volgens de SER demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen van belang voor de solidariteitsverhoudingen; voor de curatieve zorg is dat juist eerder het streven naar meer doelmatigheid én solidariteit. Dit vraagt daarom om een aparte beleidsmatige benadering.⁵⁹

57 | SER, "Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen", advies 00/12, Den Haag, pp.81-83

58 | Ibidem, p.97

59 | Ibidem, p.54

Het SER-rapport toonde draagvlak in de samenleving om de hervormingen alsnog snel door te voeren, maar het kabinet Kok-II liet de uitvoering van de voorstellen over aan een nieuwe regering.

3.5 Het wachten moe; nieuwe regie in de zorg

In 2000 heeft ook het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA zijn bijdrage geleverd aan de hernieuwde discussie over de toekomst van het zorgstelsel. Op grond van de uitgangspunten van het CDA wordt geformuleerd welke kenmerken een zorgstelsel heeft dat ten dienste staat van het welzijn van de mens. Daarbij staan in het rapport drie kenmerken voorop.⁶⁰ (1) Solidariteit (naar gezondheid en inkomen), (2) Vraagsturing (omwille van de keuzevrijheid, de pluriformiteit van het zorgaanbod en een goede verantwoordelijkheidsverdeling) en (3) Toegankelijkheid (financieel, kwalitatief, ideëel en geografisch).

Om aan deze kenmerken te voldoen worden de wettelijke randvoorwaarden geschetst waarbinnen private zorgverzekeraars verzekeringen aanbieden. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in hervormingen in het zorgstelsel (de zorg die geleverd wordt door zorgaanbieders aan zorgvragers) en hervormingen in het verzekeringsstelsel (de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgvragers). Aanpassing van het verzekeringsstelsel moest als katalysator dienen voor veranderingen in het zorgstelsel. De veranderingen in het verzekeringsstelsel lopen daarmee deels voor op de veranderingen in het zorgstelsel.

De voorstellen in het verzekeringsstelsel waren:⁶¹

1. Ziekenfondsen moeten worden omgevormd tot maatschappelijke ondernemingen, die aan de wettelijke randvoorwaarden moeten voldoen van een periodieke acceptatieplicht, een verplicht pakket en solidariteitsoverdrachten. Ook particuliere verzekeraars worden verplicht om binnen die randvoorwaarden te opereren.
2. De loongrens en daarmee het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden verdwijnt.
3. Om te voorkomen dat de solidariteit in het gedrang komt, stelt de overheid een aantal randvoorwaarden aan het aanbieden van een basispakket. Voor verzekeraars betekent dat, dat zij de standaardverzekering aan iedereen die dat wil moeten aanbieden (acceptatieplicht) tegen een premie die niet afhangt van leeftijd en gezondheid (verbod op premiedifferentiatie).

60 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Nieuwe regie in de zorg, een christen-democratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg", bijlage, pp.31-33

61 | Ibidem, pp.42-44

- 4.. Burgers worden verplicht zich te verzekeren om 'free ridergedrag' tegen te gaan. Er komt daarbij de mogelijkheid voor iedereen om een eigen risico te nemen waar een premiekorting tegenover staat.
5. Verzekeraars worden gecompenseerd voor voorspelbare verliezen door een goed systeem van ex ante risicoverevening.

Verder zijn de volgende inhoudelijke keuzes gemaakt in het rapport:

1. Er is gekozen voor een nominale premie in combinatie met een zorgkorting (in tegenstelling tot een procentuele premie). De reden voor deze keus is dat hiermee inkomenssolidariteit gewaarborgd is, de transparantie van de financiering optimaal is, inkomenspolitiek en doelmatigheidsoverwegingen van elkaar gescheiden worden en stijging van kosten van zorg terecht komen bij de inkomens zonder heffingskorting.
2. De AWBZ blijft als aparte volksverzekering bestaan omdat dit een ander sturingsmechanisme heeft dan de kortdurende zorg, gericht op genezing. Wel komt er volledige vraagsturing en vraagfinanciering in de AWBZ door het PGB over de hele linie in te voeren.
3. Wonen en zorg moeten gescheiden worden. De eigen bijdragenregelingen worden tegelijk teruggebracht tot het oorspronkelijke besparingsmotief dat uitging van de verminderde kosten van levensonderhoud.
4. Voorwaarde voor de stelselherziening is dat zorgverzekeraars democratiseren.

3.6 Stelselwijziging curatieve zorg

In het tweede kabinet Balkenende is uiteindelijk de stelselherziening doorgevoerd waarbij zorgverzekeraars een sturende rol kregen, het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekerden werd opgeheven, de zorg voor de helft betaald werd uit inkomensafhankelijke premies en de andere helft uit de nominale premies van de zorgverzekeraars. Veel van de voorstellen uit het rapport van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA zijn terug te vinden in de uiteindelijke stelselherziening.

3.7 Kenmerken van het stelsel voor curatieve zorg

Het zorgstelsel kenmerkt zich door een spreiding van verantwoordelijkheden tussen verzekeraars, burgers en zorgaanbieders. Een belangrijke rol is weggelegd voor zorgverzekeraars. Zij moeten enerzijds scherp en voldoende verantwoorde zorg inkopen voor hun verzekerden. Hierbij moeten ze voldoen aan hun zorgplicht, wat inhoudt dat zij, afhankelijk van het soort polis, ofwel voldoende

zorg moeten inkopen (natura) dan wel de kosten van zorg moeten vergoeden (restitutie). Anderzijds moeten ze richting verzekerden transparant zijn over de verzekeringspolissen die zij aanbieden. Idealiter concurreren verzekeraars met elkaar op de hoogte van de nominale premie die de burger moet betalen én de kwaliteit van de zorg die aangeboden wordt. Centraal mechanisme in de sturing van het zorgstelsel is het evenwicht dat verzekeraars moeten vinden tussen het voldoen aan de zorgplicht en het aanbieden van zo doelmatig mogelijke zorg.

Het aanbieden van een basisverzekering is aan een aantal publieke randvoorwaarden gebonden, die moeten garanderen dat het stelsel aan de vereiste van risicosolidariteit voldoet. Zorgverzekeraars moeten iedereen die zich aanmeldt voor de basisverzekering als verzekerde accepteren (acceptatieplicht). Daarnaast geldt een verbod op premiedifferentiatie, waardoor de verzekeraar geen hogere premies mag vragen voor risicogroepen, zoals bijvoorbeeld ouderen, (chronisch) zieken of gehandicapten. Door de combinatie van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie kan een zorgverzekeraar te maken krijgen met een relatief ongunstig bestand van verzekerden die een grote kans op hoge zorgkosten met zich meebrengen. Om te voorkomen dat verzekeraars met zogenaamde slechte schaderisico's financieel nadeel ondervinden, worden zij via de risicovereveningssystematiek gecompenseerd. Daartoe krijgen alle zorgverzekeraars uit het Zorgverzekeringsfonds een vergoeding, waarmee zij gecompenseerd worden voor voorspelbare, gezondheidgerelateerde verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Idealiter werkt deze risicoverevening zodanig, dat verzekeraars naar verwachting voor elke verzekerde een gelijk bedrag tekort komen⁶² en daardoor geen prikkels hebben om aan (indirecte of directe) risicoselectie te doen. Omdat acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie alleen mogelijk zijn met een goed werkende risicoverevening, is deze vereveningssystematiek de basis van de solidariteit in de zorg. De systematiek van risicoverevening is in de loop der jaren veranderd. De consequenties daarvan worden in hoofdstuk 4 behandeld.

Voor burgers gelden ook enkele verplichtingen. Zo is iedereen die in Nederland woont of werkt verplicht een basisverzekering af te sluiten, om zodanig free-rider gedrag tegen te gaan. Zij hebben daarbij vrije keuze van zorgverzekeraar en kunnen één keer per jaar overstappen. Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen een nominale premie naast een inkomensafhankelijke premie.⁶³ Om onnodig zorggebruik te voorkomen geldt er een verplicht eigen

62 | Het bedrag dat een verzekeraar voor de verzekerden tekort komt, wordt dan opgevuld met de door de verzekeraar zelf vastgestelde nominale premie. Wynand van de Ven, "Het beste zorgstelsel?", afscheidscollege (2 oktober 2015), p.25

63 | De inkomensafhankelijke bijdrage Zvw wordt ofwel door de werkgever of uitkeringsinstantie ingehouden op het nettoloon of de uitkering, ofwel door de verzekerde zelf betaald via een aanslag als die andere inkomsten dan loon, pensioen of een uitkering heeft.

risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder, waarvan bepaalde vormen van zorg (zoals de huisarts) uitgezonderd zijn.

De overheid heeft de verantwoordelijkheid om publieke randvoorwaarden op te stellen om het stelsel goed te laten werken. Het Rijk betaalt vanuit de belastinginkomsten een zorgtoeslag aan de laagste inkomensgroepen om inkomenssolidariteit te waarborgen. Daarnaast bepaalt de overheid of vanuit het zorgverzekeringsfonds een beschikbaarheidsbijdrage moet worden betaald voor bepaalde vormen van zorg die wel als noodzakelijk worden gezien, maar om een of andere reden binnen het systeem niet (of niet geheel) in rekening kunnen worden gebracht bij verzekeraars of verzekerden. Op afstand van de politiek hebben daarnaast de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument & Markt (ACM) de taak om toezicht te houden op de spelregels waar zorgverleners en zorgverzekeraars aan moeten voldoen.

3.8 Recente ontwikkelingen in de curatieve zorg

De invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 was zeker niet het eindpunt van de ontwikkelingen in de curatieve zorg. Een stelselherziening is immers niet van de een op de volgende dag gerealiseerd. In de afgelopen tien jaar zijn politieke beslissingen genomen die in het teken stonden van verdere invoering van het stelsel van gereguleerde concurrentie, maar die mogelijk niet goed aansluiten op de oorspronkelijke bedoelingen van het stelsel.

Zo lijkt het er sterk op dat marktwerking in de zorg in de loop der jaren veelal een doel op zich is geworden, terwijl het toch de bedoeling was dat (markt)prikkels als middel gebruikt moesten worden om de zorg kwalitatief beter te maken. Een voorbeeld hiervan is het afschaffen per 2015 van de ex post compensatie voor zorgverzekeraars terwijl de risicoverevening nog niet voldoende sluitend is (zie paragraaf 4.6). Hierdoor verliezen verzekeraars geld op bijvoorbeeld groepen chronisch zieken en gehandicapten, waardoor zij een prikkel hebben om deze groep niet als verzekerden te willen hebben. Dat de ex post compensatie toch alvast is afgeschaft, lijkt er op te wijzen dat het verleggen van de financiële risico's naar verzekeraars belangrijker gevonden wordt dan de uitwerking die dit heeft op bepaalde kwetsbare groepen. Met als gevolg indirecte risicoselectie en ondermijning van de solidariteit in de zorg.⁶⁴

Ook de kwaliteit van zorg is vaak het ondergeschoven kind geweest. En hoewel kwaliteit van zorg nu wel steeds meer de aandacht krijgt in de discussie over zorg, blijken zorgverzekeraars nu nog steeds vooral zorg in te kopen op (de laagste) prijs, terwijl niet-financiële aspecten zoals kwaliteit, innovatie en

64 | Er valt dan ook veel te zeggen om de ex post compensatie in ieder geval in de lucht te houden voor sectoren waarvan het vereveningssysteem (nog) niet op orde is, zoals bij de geestelijke gezondheidszorg.

service vooralsnog van ondergeschikt belang zijn.⁶⁵ Het is daarom de vraag of zorgverzekeraars voldoende de oorspronkelijk bedoelde taak hebben opgepakt van zaakwaarnemer van de premiebetaler en de patiënt. Dit valt deels verzekeraars te verwijten, maar ook vanuit het overheidsbeleid wordt onvoldoende prioriteit aan kwaliteit gegeven en te veel de focus eenzijdig gelegd op kostenbeheersing. Waren patiëntperspectief en kwaliteit meer het uitgangspunt geweest, dan was kwaliteit minder het sluitstuk van de stelselherziening geweest. De overheid lijkt in de tussentijd op meer gebieden uit te stralen dat de laagste prijs belangrijker is dan een goede kwaliteit van zorg. Het initiatief om het hinderpaalcriterium in de zorgverzekeringwet af te schaffen (beter bekend als het afschaffen van de vrije artsenkeuze) is hier een indringend voorbeeld van.

Een volgende ontwikkeling die aanzienlijke invloed heeft op het zorglandschap is de grote fusiegolf van zorgverzekeraars waardoor inmiddels gesproken kan worden van een situatie die sterke overeenkomsten heeft met een oligopolie.⁶⁶ Mede als gevolg daarvan hebben ook veel (bestuurlijke) fusies van ziekenhuizen plaatsgevonden. Bij dergelijke fusies is het de kunst om te laveren tussen het risico op prijsstijgingen en verminderde toegankelijkheid van zorg dichtbij enerzijds, en de te behalen kwaliteit en doelmatigheidswinst anderzijds. Daarbij behoort goed gemonitord te worden dat fusies uiteindelijk primair in het belang zijn van de premiebetalende burger en de zorgbehovende patiënt, die voor bepaalde zorgvraag juist steeds vaker aangewezen is op zorg dichtbij de eigen leefomgeving.⁶⁷

3.9 Nieuwe taakverdeling in maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg

De stelselherziening in de curatieve zorg is verre van de enige zorghervorming waarmee de Nederlandse burger in het begin van deze eeuw te maken heeft gehad. En hoewel de focus van dit rapport niet specifiek ligt op de stelsels van maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg, kan niet voorbijgegaan worden aan deze omvangrijke hervormingen.

Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 is de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor onder andere het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid en het welzijnsbeleid sterk uitgebreid. De belangrijkste wijziging die de Wmo daarbij bewerkstelligde was dat de hulp bij het huishouden overgeheveld werd naar de gemeenten. Doelstelling van de wet was het bevorderen van de zelfredzaamheid en de maatschappelijke parti-

65 | NZa, "Monitor Zorginkoop" (februari 2014), p.31

66 | Ongeveer 90% van de verzekerden is aangesloten bij een van de vier grote verzekeraars, OESO, "Fiscal sustainability of health systems , bridging health and finance perspectives" (2015), p.253.

67 | KPMG, "Evaluatie Zorgverzekeringwet, eindrapportage" (september 2014), p.7

cipatie van mensen. Op grond van het compensatiebeginsel moesten gemeenten voortaan ouderen en burgers met een beperking een oplossing bieden die hen in staat stelt een huishouden te voeren, zich te verplaatsen in en om de woning, zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel en medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan.⁶⁸ Door het decentrale karakter van de Wmo hebben gemeenten daarbij grote beleidsvrijheid, wat betekent dat de invulling van het beleid afhankelijk van de lokale situatie en de individuele omstandigheden kan worden ingevuld. Het Rijk stuurde in de Wmo alleen door middel van de negen prestatievelden⁶⁹ te benoemen waarop beleid ontwikkeld moest worden. In 2015 is de maatschappelijke ondersteuning opnieuw fors hervormd door de invoering van de Wmo2015. Een aantal belangrijke wijzigingen die invloed hebben op de dienstverlening naar burgers, is:

- Gemeenten krijgen enkele nieuwe taken, met name op het gebied van dagbesteding en begeleiding van mensen met een beperking. Ook worden gemeenten verantwoordelijk voor mensen die verblijven in een beschermde woonomgeving;⁷⁰
- De eigen bijdragen die gemeenten aan burgers mogen vragen voor het ontvangen van ondersteuning zijn fors verhoogd en landelijke kortingsregelingen⁷¹ voor de eigen bijdragen zijn afgeschaft;

68 | SCP, "Op weg met de Wmo, evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009" (maart 2010), p.273

69 | 1.) Het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten, 2.) Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden, 3.) Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning, 4.) Het ondersteunen van mantelzorgers daar onder begrepen steun bij het vinden van adequate oplossingen indien zij hun taken tijdelijk niet kunnen waarnemen, alsmede het ondersteunen van vrijwilligers, 5.) Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en het bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem, 6.) Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer, 7.) Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd, 8.) Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen, 9.) Het bevorderen van verslavingsbeleid.

70 | De zogenoemde GGz-c

71 | Het betreft hier de Compensatie Eigen Risico (CER) en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg). De Wtcg alleen al kende een korting van 30% op de eigen bijdragen die chronisch zieken en gehandicapten moesten betalen.

- Gemeenten krijgen meer beleidsvrijheid doordat de compensatieplicht vervangen wordt door maatwerkvoorzieningen⁷² en doordat de prestatievelden vervallen waarop in ieder geval beleid gevoerd moest worden. De Wmo2015 is daarmee een “Nee, tenzij”-wet geworden.

Tegelijk met de laatste wijzigingen in de maatschappelijke ondersteuning is in 2015 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten omgevormd tot een ‘kern-AWBZ’, de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz is in feite een instellingswet waar onder voorwaarden ook mee thuis gewoond kan worden, waardoor deze wet voor een veel beperktere groep mensen van toepassing is dan de oude AWBZ. Voortaan worden alleen de meest kwetsbare mensen, zoals ouderen met vergevorderde dementie, ernstig verstandelijk of lichamelijk beperkte mensen en mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen binnen de langdurige zorg geholpen. Tegelijk is een aanzienlijk deel van de langdurige zorg in het stelsel van de zorgverzekeringswet geplaatst, waaronder de langdurige GGZ en de wijkverpleging. Toegang tot de Wlz vindt plaats door landelijke uniforme indicaties. Voor patiënten in de langdurige zorg is de voornaamste verandering dat de zorg vaak onder meerdere regimes is komen te vallen, waardoor ze nu vaak voor de zorg bij de zorgverzekeraar of de gemeente aan moeten kloppen.

3.10 Analyse; Kenmerken van het zorgstelsel en noodzakelijke randvoorwaarden

Noodzaak tot verandering

De eerste stappen naar de zorghervorming zijn al in de jaren '80 van de twintigste eeuw gezet toen het besef doorgebroken was dat er in het stelsel van kostenbeheersing door aanbodsturing ernstige knelpunten waren. Aanbodregulering en sturing door de overheid veroorzaakte veel bureaucratie. Door de budgettering kregen nieuwe toetreders geen kans waardoor er weinig tot geen sprake was van innovatie in de zorg en wachtlijsten sterk opliepen. Bovendien was de omzet van gevestigde zorgaanbieders gegarandeerd, waardoor er nauwelijks prikkels waren voor instellingen om zich te richten op de wensen van zorgvragers. Het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden zorgde bovendien voor een toenemende tweedeling in de maatschappij. De onvrede over de kwaliteit van zorg en de oplopende wachtlijsten werd vervolgens in de jaren '90 steeds meer manifest.

72 | Maatwerkvoorzieningen zijn aanvullend op wat iemand zelf kan bijdragen, en vormt samen met de inzet van eigen kracht of, indien van toepassing, gebruikelijke hulp of mantelzorg een samenhangend ondersteuningsaanbod

Randvoorwaarden Wetenschappelijk Instituut 1987

Kernwoorden van het advies dat de commissie Dekker in 1987 gaf waren: een terughoudende overheid, geloof in marktwerking en vertrouwen in de kracht van het ondernemerschap. Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA bracht min of meer op hetzelfde moment een eigen advies uit, dat in grote lijnen dezelfde richting koos. Daarbij werden wel belangrijke randvoorwaarden en accenten gesteld. Zo werd ten eerste vastgesteld dat de verantwoordelijkheidsbeleving verstevigd moest worden door de beslissingen over uitgaven bij dezelfde actoren neer te leggen die ook de kosten zouden maken. Daarnaast werd een commercieel marktmechanisme als oplossing uitdrukkelijk afgewezen. Daarentegen werd een door rentmeesterschap en solidariteit georiënteerde gespreide verantwoordelijkheid voorgesteld, waarin ziekenfondsen en verzekeraars enerzijds en zorgaanbieders anderzijds onderhandelen en overeenkomsten zouden afsluiten. Ten slotte werd gesteld dat deze verantwoordelijkheid alleen bij ziekenfondsen en verzekeraars gelegd zou kunnen worden als daar een adequate democratisering zou plaatsvinden.

Randvoorwaarden SER 2000

De eerste stappen in de uitwerking van het advies van de commissie Dekker werden in de jaren '90 gezet. Ten tijde van het tweede Kabinet-Kok werd een projectgroep ingesteld binnen het ministerie van VWS, die als taak had na te denken over de implementatie van een nieuw zorgsysteem. Halverwege 2001 lag daardoor een ambtelijke blauwdruk klaar voor het nieuwe stelsel. Maatschappelijk draagvlak voor een hervorming ontstond met het unanieme advies dat werkgevers en werknemers in de SER in 2000 uitbrachten. Ook in dat advies werd de richting van de commissie Dekker (impliciet) onderschreven, maar werden ook een aantal zaken meegegeven. Zo werd nadrukkelijk aangegeven dat concurrentie geen doel mocht zijn, maar slechts een middel om de doelstellingen van toegankelijkheid, kwaliteit en beschikbaarheid van zorg te bereiken. Marktwerking in de zorg zou verhinderd worden doordat er sprake is van informatieasymetrie, doordat het de toegankelijkheid van de zorg kan aantasten en kan leiden tot een doorbreking van solidariteit. Om die redenen moest de overheid bepaalde verantwoordelijkheden behouden en als regisseur aanwezig blijven. Daarnaast gaf de SER uitdrukkelijk aan dat er in het stelsel onderscheid moest blijven tussen een volksverzekering voor langdurige onverzekerbare risico's en een algemene verzekering voor curatieve zorg. Reden hiervoor was niet alleen dat beide vormen een eigen financieringssysteem en sturingsregime kenden, maar ook dat de toekomstige demografische, technologische, economische en sociaal-culturele ontwikkelingen op (middel)lange termijn verschillend zullen uitpakken in de curatieve en de langdurige zorg.

Stelselwijziging curatieve zorg

Het ambtelijke voorwerk en het maatschappelijke draagvlak vanuit de SER zorgde er voor dat ten tijde van de eerste kabinetten Balkenende voortvarend gewerkt kon worden aan de daadwerkelijke stelselherziening in de curatieve zorg. Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA heeft zich daarbij opnieuw uitgesproken over de te maken keuzes. In het rapport uit 2000 staan solidariteit, vraagsturing en toegankelijkheid voorop. Vrijwel alle keuzes die in het rapport worden gemaakt, hebben hun beslag gekregen in het nieuwe stelsel. Het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeringen verdween. Een verzekeringsplicht voor burgers en een acceptatieplicht met verbod op premiedifferentiatie voor zorgverzekeraars hebben de solidariteit in de zorg vergroot. Verzekeraars zouden bovendien via een goed werkend systeem van risicoverevening worden gecompenseerd voor voorspelbare verliezen. Daarnaast werden keuzes gemaakt voor een nominale premie in combinatie met een zorgkorting en het behoud van de AWBZ als aparte volksverzekering waarin volledige vraagsturing en vraagfinanciering moest komen door het persoonsgebonden budget over de hele linie in te voeren. De ziekenfondsen moesten ten slotte worden omgevormd tot maatschappelijke ondernemingen die aan wettelijke randvoorwaarden moesten voldoen. Ook particuliere verzekeraars moesten binnen dezelfde randvoorwaarden opereren. Het nieuwe stelsel voor de curatieve zorg is uiteindelijk in 2006 ingevoerd en in de jaren daarna verder ontwikkeld.

Verdere hervormingen

Tien jaar zorghervormingen hebben het Nederlandse zorgstelsel grondig veranderd. Het is niet overdreven te stellen dat de zorg momenteel in een bijna permanente staat van reorganisatie verkeert. De vraag is of burgers al die systeemwijzigingen kunnen volgen en weten waar ze aan moeten kloppen.⁷³ Sommigen vallen tussen wal en schip omdat er sprake is van een bepaalde zorgbehoefte waarvan niet duidelijk is onder welk wettelijk kader dit hoort te vallen. Ook hebben sommigen met zorg uit meerdere wettelijke kaders te maken waardoor ze bijvoorbeeld met een stapeling van eigen betalingen te maken krijgen. Daarbovenop is het ook de vraag of alle vormen van zorg onder de juiste wettelijke kaders zijn gebracht. Met name op het gebied van de Wijkverpleging en de Langdurige GGZ zijn er goede inhoudelijke argumenten om te veronderstellen dat deze beter niet door zorgverzekeraars uitgevoerd zouden moeten worden (zie daarvoor verder in hoofdstuk 4).

73 | Algemene Rekenkamer, "Staat van rijksverantwoording 2015, Rijksbrede resultaten verantwoordingsonderzoek" (2016), p.7

4 | Financiële achtergronden

Bij de plannen om tot een stelselwijziging te komen is men er van begin af aan van uitgegaan dat de kosten van de zorg bij vraagfinanciering hoger zouden zijn dan bij aanbodsturing. Zowel de SER als het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA gaven dit in 2000 nadrukkelijk aan. Ook de ambtelijke werkgroep die in 1998 opdracht kreeg een stelselwijziging voor te bereiden, kreeg in de opdrachtomschrijving mee dat een goedkoper eindresultaat natuurlijk mooi zou zijn meegenomen, maar dat het geaccepteerd werd dat het nieuwe systeem tot extra uitgaven zou kunnen leiden.⁷⁴ Het idee achter de wijzigingen was immers dat de overheid niet langer het voortouw zou nemen bij het bepalen van het budget, en alleen als ultimum remedium zou ingrijpen in de prijsvorming.⁷⁵ In deze paragraaf worden enkele aspecten van (en ontwikkelingen in) de financiering van het zorgstelsel feitelijk belicht.

4.1 Definities van zorguitgaven

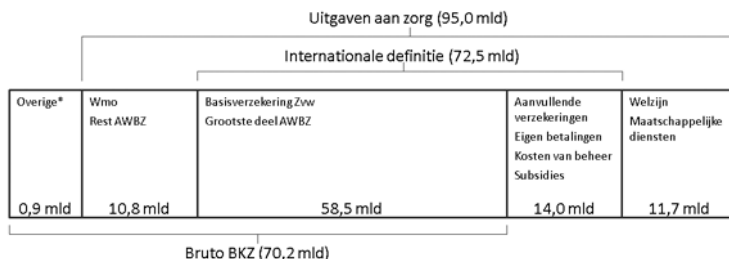
Ten eerste is het goed om te beseffen dat meerdere verschillende definities van zorguitgaven gebruikt worden, wat (internationale) vergelijkingen vaak bemoeilijkt. Er is onderscheid te maken tussen (1) het nationale cijfer over uitgaven aan gezondheid, welzijn en maatschappelijke diensten, (2) de internationale definitie en (3) het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het nationale cijfer waar zowel de curatieve als de langdurige zorg onder valt, is het meest omvattend en bedraagt momenteel ongeveer 95 miljard euro. De internationale definitie omvat de gezondheidszorg en een groot deel van de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (totaal ongeveer 72 miljard euro). Het BKZ ten slotte omvat de zorg die uit verplichte premies wordt gefinancierd (Zvw en AWBZ/Wlz) en enkele uit de Rijksbegroting gefinancierde uitgaven (o.m. de uitgaven op grond van de Wmo). Het bruto BKZ bedraagt momenteel ongeveer 70 miljard euro (zie figuur 1).⁷⁶

74 | SER, "Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen", advies 00/12, Den Haag, p.83, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Nieuwe regie in de zorg, een christen-democratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg", p.32 en Joost Visser, "Tien jaar zorgverzekeringswet, veel doelstellingen zijn niet bereikt", in: Medisch Contact & 7 januari 2016), pp.14-17, aldaar p.14.

75 | Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Nieuwe regie in de zorg, een christen-democratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg", p.30

76 | De genoemde bedragen komen uit 2014. Om die reden wordt hier ook nog gesproken over de AWBZ en de Wmo. CBS, "Uitgaven aan zorg nader beschouwd: vergelijking van verschillende definities" (mei 2015).

Figuur 1, definities van zorguitgaven (2014)



Bron: CBS

4.2 Financieringsstromen Zorgverzekeringswet, een kwetsbaar evenwicht

De financieringsstromen binnen de Zorgverzekeringswet zijn zodanig gekozen met als doel een waarborg te zijn voor risicosolidariteit (vereveningssysteem), inkomenssolidariteit (inkomensafhankelijke bijdragen en zorgtoeslag) en prikkels voor inkoop op prijs en kwaliteit. Daarnaast is met het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage de mogelijkheid gecreëerd voor behoud van functies die noodzakelijk geacht worden maar om een of andere reden binnen het systeem niet (of niet geheel) in rekening kunnen worden gebracht bij verzekeraars of verzekerden.⁷⁷

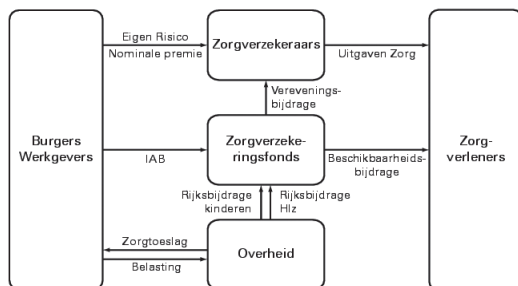
Werkgevers⁷⁸ betalen een werkgeversheffing en houden op het netto-loon van de werknemer een inkomensafhankelijke bijdrage in (zie figuur 2). Dit bedrag gaat naar het Zorgverzekeringsfonds (Zvf),⁷⁹ dat verder gevuld wordt met een Rijksbijdrage voor verzekerden onder de 18 jaar.⁸⁰ Vanuit het Zvf krijgen zorgverzekeraars op basis van de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie een vereveningsbijdrage (zie paragraaf 2.4.5) uitbetaald, met als doel verzekeraars te compenseren voor voorspelbare verschillen tussen verzekerden. Idealiter leidt dit ertoe dat een verzekeraar naar verwachting voor elke verzekerde een gelijk bedrag tekort komt. Het bedrag dat een verzekeraar voor de verzekerden tekort komt, wordt vervolgens opgevuld met de door de verzekeraar zelf vastgestelde nominale premie.

77 | Zoals medische vervolgopleidingen, academische ziekenhuizen, traumahelikopters en brandwondencentra en bepaalde ziekenhuizen in perifere gebieden.

78 | Of uitkeringsinstanties in het geval van pensioen of uitkering, of burgers zelf als die andere inkomsten hebben dan loon, pensioen of uitkering.

79 | Het Zorgverzekeringsfonds staat onder beheer van het Zorginstituut Nederland en heeft jaarlijkse inkomsten en uitgaven die momenteel rond de 45 miljard liggen.

80 | Met de overhevelingen van AWBZ-zorg naar de Zvw is er ook een tijdelijke Rijksbijdrage HLZ, die in een periode van vijf jaar wordt afgebouwd.

Figuur 2, Financieringsstromen Zvw

Bron: Begroting VWS 2016

De burger betaalt die nominale premie en het eventueel verschuldigde eigen risico direct aan de zorgverzekeraar, die op zijn beurt de zorgaanbieder betaalt. Burgers en werkgevers betalen daarnaast uiteraard belasting, waaruit de zorgtoeslag aan mensen met een laag inkomen wordt betaald. De eerder genoemde beschikbaarheidsbijdrage wordt ten slotte uit het Zorgverzekeringsfonds betaald.

4.3 Financiële ontwikkelingen Zvw - Burgers

Ondanks dat de burger via de inkomensafhankelijke bijdragen en de belastingen ook meebetaalt aan de zorg, ziet men normaliter de zorgkosten vooral in de nominale premie en het te betalen eigen risico.⁸¹ Zorgverzekeraars bepalen de hoogte van de nominale premie op basis van de rekenpremie die de Rijksoverheid jaarlijks met Prinsjesdag bekend maakt. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt deels bepaald door een jaarlijkse indexatie op basis van de geraamde zorguitgaven⁸² en deels door politieke besluitvorming.⁸³ De ontwikkelingen van de hoogte van deze bedragen sinds 2006 staan in tabel 1. Wat met name opvalt is dat de nominale rekenpremie een gelijkmatige ontwik-

81 | Naast nominale premie, verplicht eigen risico, belastingen en inkomensafhankelijke bijdragen ziet de burger uiteraard ook nog de kosten van het vrijwillig eigen risico, aanvullende verzekeringen, eigen betalingen in het kader van andere zorgwetten en alle betalingen die uit eigen portemonnee moeten worden gedaan,

82 | Zorgverzekeringswet, artikel 19, 2e lid.

83 | Zoals in het Begrotingsakkoord 2012, waarbij het verplicht eigen risico verhoogd werd van 220 naar 350 euro.

keling doormaakt, terwijl het verplichte eigen risico vooral sinds 2012 fors is gestegen.⁸⁴

Tabel 1, Hoogte van de Rekenpremie, Eigen Risico en No claimkorting, in euro's, 2006-2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Premie0	1.030	1.103	1.053	1.064	1.110	1.224	1.253	1.213	1.098	1.158	1.243
Eigen Risico	x	x	150	155	165	170	220	350	360	375	385
No Claim	255	255	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Bron: Begroting VWS, diverse jaren

Via de zorgtoeslag krijgen burgers met een laag inkomen een gedeeltelijke compensatie van de zorgkosten. De ontwikkeling van de zorgtoeslag is te lezen in tabel 2.

Tabel 2, inkomensgrens, maximale zorgtoeslag en aantal gebruikers, 2006-2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Inkomensgrens (in €)*	25.068	26.071	29.269	32.502	33.743	33.743	35.059	30.939	28.482	26.316	27.012
Toeslag, (Max, in €)*	403	432	552	684	732	840	828	1.056	864	942	1.013
Inkomensgrens (in €)**	40.120	41.880	47.520	47.880	50.000	50.000	51.691	42.438	37.145	32.655	33.765
Toeslag, (Max, in €)**	1.155	1.223	1.464	1.452	1.548	1.752	1.742	2.052	1.644	1.791	1.935
Gebruikers (duizenden)			5.031	5.152	5.396	5.710	5.711	5.635	5.046	4.564	

* = Alleenstaanden, ** = Samenwonenden, Bron: Begroting VWS, diverse jaren en CBS

84 | De nominale rekenpremie wordt jaarlijks berekend aan de hand van de volgende formule: $\text{Rekenpremie} = (\text{ZV} - \text{BG} - \text{EB}) / \text{VV} * 1000$, waarbij ZV=Zorguitgaven verzekeraars (in mld euro), BG=Bijdrage ter Gedeeltelijke dekking zorguitgaven (in mld euro), EB=Eigen Betalingen (in mld euro) en VV=Volwassen Verzekerden (in mln). De hoogte van de Rekenpremie en de hoogte van het verplicht eigen risico zijn daarmee met elkaar verbonden.

4.4 Financiële ontwikkelingen Zvw- Macroniveau

De totale uitgaven aan de Zorgverzekeringswet zijn sinds 2006 gegroeid van €25,7 miljard naar een verwachte €45,9 in 2016. De totale bedragen zijn deels lastig te vergelijken, omdat in de loop der jaren verschillende vormen van zorg naar de Zvw overgeheveld zijn. Als we naar de afzonderlijke posten kijken, zien we vooral kostenstijgingen in de tweedelijnszorg, terwijl in de laatste jaren met name de uitgaven aan genees- en hulpmiddelen bij hebben gedragen aan de afname van de jaarlijkse groei (zie tabel 3). Ook hebben de zorgakkoorden die met veldpartijen in de zorg zijn afgesproken mogelijk bijgedragen aan een beheerste kostengroei.

Tabel 3, uitgaven aan diverse vormen van zorg in de Zorgverzekeringswet, 2006-2016, in miljarden €

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Eerstelijnszorg	3,4	3,6	3,9	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,9	5,3	5,3
Tweedelijnszorg	15,6	15,6	16,6	18,5	19,2	19,7	20,2	22,5	22,9	22,2	23,1
Geneeskundige GGZ			3,3	3,6	3,9	4,3	4,0	4,3	4,1	3,6	3,8
Ziekenvervoer	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
Wijkverpleging										3,2	3,3
Overige	0,5	0,5	0,4	0,5	0,8	0,9	1,1	2,1	1,7	2,0	2,1
Nominaal en onverdeeld										0,4	1,3
Totaal ZVW	25,7	26,4	31,1	33,9	35,4	36,5	36,2	39,5	40,0	43,4	45,9

Bron: Begroting VWS, diverse jaren

De inkomsten op macroniveau zijn onder te verdelen in de inkomensafhankelijke bijdragen, de nominale premies, de Rijksbijdrage kinderen en de eigen betalingen. In tabel 4 is opgenomen hoe deze inkomsten zich onderling verhouden. Daarin valt vooral op dat het aandeel eigen betalingen aanvankelijk stabiel

rond de 4% van de totale inkomsten lag, om vanaf 2012 sterk te stijgen naar een niveau van rond de 7,5%.⁸⁵

Tabel 4, relatieve inkomsten in de Zorgverzekeringswet, 2006-2016, in procenten

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IAB	50,5	49,8	50,1	49,0	48,4	50,0	49,5	51,6	52,5	50,0	48,9
Nominale Premie	35,1	36,6	39,6	40,7	41,0	40,4	40,1	36,4	34,4	36,6	38,2
Rijksbijdrage-kinderen	6,8	6,4	6,2	6,2	6,0	5,8	5,8	5,9	5,9	5,9	5,7
Eigen Betalingen	(7,5)	(7,1)	4,1	4,1	4,0	3,8	4,6	6,1	7,3	7,5	7,3

Bron: Begroting VWS, diverse jaren

4.5 Stapeling van eigen betalingen in Zvw, Wlz en de Wmo2015

Zoals uit de vorige twee paragrafen is gebleken, zijn de eigen betalingen in de Zvw zowel absoluut als in aandeel van de totale inkomsten sterk gestegen in de afgelopen jaren. Als burger leef je echter niet exclusief in een wettelijk kader, maar kan je vaak ook te maken krijgen met eigen betalingen in andere wettelijke regimes. De verschillende regelingen voor eigen betalingen zijn echter niet goed op elkaar afgestemd.⁸⁶ Hierdoor is het totale systeem vanuit het perspectief van de burger te complex waardoor de (informatie)positie van diezelfde burger ondermijnd wordt.⁸⁷

Daarnaast zijn wettelijke waarborgen verdwenen die een ongebreidelde stapeling van eigen bijdragen tegenhielden. Alleen in de Zvw al kan een patiënt geconfronteerd worden met betalingen in het kader van het eigen risico, een

85 | De cijfers uit de jaren 2006 en 2007 zijn hier lastig te vergelijken met de rest, omdat in deze jaren nog een no claimkorting bestond in plaats van een eigen risico.

86 | CPB en SCP, "Keuzeruimte in de langdurige zorg, veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten" (oktober 2015), p.105.

87 | Nationale ombudsman, "Een onverwacht hoge rekening, onderzoek van de Nationale ombudsman naar de informatieverstrekking over de eigen bijdrage ingevolge de Wmo" (maart 2016), p.36.

wettelijke eigen bijdrage⁸⁸ en een eigen bijdrage voor kosten van een behandeling boven de maximale vergoeding van de verzekeraar. Binnen de Wlz bestaat een lage eigen bijdrage voor mensen die kosten voor een huishouden buiten de instelling moeten betalen (oplopend tot bijna 840 euro per maand) en een hoge eigen bijdrage die afhankelijk van inkomen, vermogen, leeftijd en gezinsamenstelling kan oplopen tot 2.300 euro per maand. Binnen de Wmo kunnen gemeenten daarnaast een eigen bijdrage vragen ter hoogte van de kostprijs. Al met al kan een gezinsinkomen behoorlijk onder druk komen te staan door de stapeling van al deze eigen bijdragen. De gevolgen van deze stapeling zijn moeilijk vast te stellen, aangezien in beleidsinformatie alleen van de gemiddelde burger wordt uitgegaan.⁸⁹ Het feit dat informatie over de stapeling van de eigen bijdragen niet of nauwelijks bekend is bij diegenen die de hoogte van de eigen bijdragen moeten vaststellen, is een probleem op zich.

4.6 Ontwikkelingen in de Risicoverevening

Zoals eerder beschreven, is de risicovereveningssystematiek de basis van de solidariteit in het zorgstelsel. Om die reden is een korte beschouwing van de ontwikkelingen op dat gebied hier ook van belang. Drie ontwikkelingen die met de risicoverevening te maken hebben zijn hier van belang om te benoemen: technische verbeteringen aan de systematiek zelf, de afschaffing van ex-post compensaties en de overheveling van vormen van langdurige zorg naar de Zvw.

Van iedere verzekerde kan aan de hand van een aantal karakteristieken min of meer voorspeld worden welke zorgkosten bij een bepaalde verzekeraar dat jaar gemaakt zullen worden. Zo hebben oudere mensen gemiddeld hogere zorgkosten dan jongere mensen, hebben vrouwen in de leeftijd tussen 20 en 35 jaar gemiddeld hogere zorgkosten wegens gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg, hebben bepaalde sociaaleconomische factoren invloed op het zorggebruik, etc. Idealiter kan zo voor iedere groep verzekerden voorspeld worden wat de zorgkosten zullen worden, zodat na compensatie hiervan iedere verzekerde voor de verzekeraar even veel kost. Het gaat te ver om hier op de gehele berekening en onderbouwing in te gaan, maar het spreekt voor zich dat hieraan een uitgebreide berekening ten grondslag ligt, die voortdurend verbeterd kan (en moet) worden. Actueel thema is dat in de huidige berekening verzekeraars voor chronisch zieken substantieel ondergecompenseerd en voor

88 | De wettelijke eigen bijdrage is van toepassing op zorg die de basisverzekering niet geheel vergoedt. Een wettelijk eigen bijdrage geldt onder andere voor zittend ziekenvervoer, kraamzorg, hulpmiddelen zoals orthopedische schoenen, bepaalde medicijnen en tandheelkundige zorg.

89 | Zie bijvoorbeeld het overzicht van wat de lasten aan zorg per volwassene zijn in: Jaarverslag 2015 ministerie VWS, p. 189.

gezonde verzekerden juist overgecompenseerd worden. Gevolg daarvan is dat chronisch zieken nu nog (fors) verliesgevend zijn voor verzekeraars, wat een prikkel oplevert om vooral jonge, gezonde mensen als klant aan te willen trekken.⁹⁰ Dit werkt indirecte risicoselectie in de hand.⁹¹ Ondanks dat jaarlijks de systematiek verbeterd wordt, zal het voor de komende jaren dan ook een belangrijke uitdaging zijn om de risicoverevening op dit punt te verbeteren.

Het risicovereveningssysteem is primair een ex ante vereveningssysteem. Ex ante betekent dat de vereveningsbijdrage voorafgaande aan het kalenderjaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft wordt vastgesteld. Idee hiervan is dat bij ex ante verevening de zorgverzekeraar financieel risico loopt op de vereveningsbijdrage. De zorgverzekeraar moet immers met de vereveningsbijdrage en de inkomsten uit de nominale premies toekomen, ongeacht de werkelijke kosten in het betreffende kalenderjaar. Het idee is dus dat door ex ante verevening de zorgverzekeraar geprikkeld wordt om zo doelmatig mogelijk met de verkregen middelen om te gaan. Na vaststelling van de vereveningsbijdrage voorafgaande aan het betreffende jaar kan de samenstelling van de verzekerdenpopulatie van een zorgverzekeraar echter veranderen. Verzekerden kunnen immers elk jaar van zorgverzekeraar wisselen. Daardoor kan zowel het aantal verzekerden veranderen als de samenstelling van de verzekerdenportefeuille naar vereveningskenmerken. Om die reden werden tot voor kort alle vereveningsbijdragen achteraf (ex post) herberekend, rekening houdend met de werkelijke aantallen verzekerden en hun kenmerken.⁹² Per 2015 is de ex post compensatie voor somatische zorg echter komen te vervallen, met als reden dat die compensatie te veel de prikkel voor zorgverzekeraars weghaalt om doelmatig zorg in te kopen. Afschaffing van de ex post compensatie zou daarom bijdragen aan efficiëntere inkoop van zorg en maakt tegelijk ook nog eens dat verzekeraars eerder duidelijkheid hebben over de definitieve inkomsten in een jaar. Afschaffen van de ex post compensatie vooronderstelt echter wel dat de risicoverevening voldoende op orde is. Als dat niet het geval is, dan zullen zorgverzekeraars immers voorspelbaar verlies lijden op bepaalde

90 | Wynand van de Ven, "Het beste zorgstelsel?", afscheidscollege (2 oktober 2015), p.26

91 | Directe risicoselectie is immers verboden. Voorbeelden van indirecte risicoselectie zijn als bijvoorbeeld een verzekeraar adverteert met een speciale verzekering voor hoger opgeleiden, of als een polis alleen online afgesloten kan worden. Het is dan ook opvallend dat geen enkele verzekeraar zich in advertenties specifiek richt op chronisch zieken, terwijl dit een zeer grote (en groeiende) groep potentiële klanten is die ook nog eens bovengemiddeld bewust bezig is met zorg en zorgkosten (en dus eerder bereid zouden moeten zijn om jaarlijks te bekijken welke verzekeraar voor hun het beste is). Bij een ideale risicoverevening zijn chronisch zieken daarmee juist de meest interessante groep potentiële klanten waar verzekeraars zich op moeten richten.

92 | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, "Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet", samenvatting (2007), pp.8-9

(kwetsbare) verzekerden zoals chronisch zieken en gehandicapten. Dit werkt indirecte risicoselectie in de hand. Afschaffing van de ex post compensatie mag derhalve alleen gebeuren als de risicoverevening voor de desbetreffende zorgvorm voldoende sluitend gemaakt is.⁹³

Het afschaffen van de ex post compensatie als de risicoverevening nog niet op orde is, vormt tevens een grotere bedreiging voor kleine zorgverzekeraars (inclusief nieuwe toetreders) is. Bij verzekeraars met weinig verzekerden is de kans immers groter dat er in een bepaald jaar relatief grote schommelingen zijn in de omvang van de groep verzekerden die (voorspelbaar) verliesgevend zijn. Grote verzekeraars hebben daarnaast meer ruimte om plotselinge financiële tegenvallers op te vangen. Hoewel de afschaffing van de ex post compensatie op macroniveau dus weliswaar doelmatigheidswinst kan opleveren, zorgt het er ook voor dat het moeilijker is voor kleine en nieuwe zorgverzekeraars het hoofd boven water te houden. Als geconstateerd wordt dat er te weinig verzekeraars zijn om de markt goed te laten functioneren, en als het als wenselijk wordt gezien om nieuwkomers op de markt een kans te geven, dan is het wellicht beter om de ex post compensatie opnieuw in te voeren.

Een laatste punt van aandacht dat raakvlakken heeft met de risicoverevening, is het feit dat enkele vormen van langdurige zorg onlangs zijn overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Daarbij gaat het om de langdurige Geestelijke Gezondheidszorg en de Wijkverpleging (voorheen verpleging en persoonlijke verzorging). Het probleem van deze overheveling is dat de risicoverevening in de Zvw uitgaat van voorspelbare verschillen in zorgkosten. Vanwege de specifieke kenmerken van de Wijkverpleging en de langdurige GGZ is het echter nog zeer onduidelijk welke risicokenmerken geschikt en beschikbaar zijn om tot een goede risicoverevening te komen. Zo gaat het bij de langdurige GGZ bijvoorbeeld om slechts een hele kleine groep mensen die hier ooit gebruik van zal moeten maken, maar zijn de kosten voor die groep vervolgens extreem hoog vanwege het langdurige karakter van de benodigde zorg. Het is dan ook de vraag of deze vormen van zorg überhaupt verzekeraar zijn, en of deze niet beter in een volksverzekering ondergebracht kunnen worden. Het risico bestaat immers dat door de overheveling van deze vormen van langdurige zorg, een adequate berekening van de risicoverevening onmogelijk wordt. Dat kan vervolgens de solidariteit binnen de Zorgverzekeringswet ondermijnen.⁹⁴

93 | Voorbeeld hiervan is het voornemen van het huidige kabinet om de ex post compensatie voor geneeskundige GGZ per 2017 te laten vervallen.

94 | Dit argument kan aangevuld worden met de redenering van de SER in 2000, waarin gesteld werd dat langdurige zorg apart moet blijven van de curatieve zorg, omdat toekomstige ontwikkelingen op de (middel)lange termijn verschillend zullen uitpakken op het functioneren van de solidariteitsverhoudingen.

4.7 Analyse; Financiering als basis

In deze paragraaf hebben we kunnen zien dat de keuzes die gemaakt worden met betrekking tot de financieringsstromen binnen de Zorgverzekeringswet cruciaal zijn voor het waarborgen van risicosolidariteit en inkomenssolidariteit. Het stelsel herzien, of zelfs slechts enigszins verschuivingen voorstellen in de hoogte van bedragen en de vormen van zorg die verzekerd worden, kan daarom vergaande consequenties hebben. De (politieke) keuzes in het bepalen van de hoogte van het verplicht eigen risico en de inkomensgrenzen van de zorgtoeslag hebben bijvoorbeeld grote gevolgen voor burgers en de inkomenssolidariteit. Doordat het verplicht eigen risico tussen 2011 en 2013 in twee stappen ruim verdubbeld is van 170 euro naar 350 euro, heeft het aandeel eigen betalingen alleen al binnen de Zvw doen toenemen van rond de 4% naar 7,5%. Dat de eigen bijdragen in de andere stelselwetten vervolgens ook nog eens fors verhoogd zijn, betekent dat er steeds meer op het bordje van de burger is komen te liggen.

Tegelijk ligt in de risicoverevening ook nog eens de basis van de solidariteit in de zorg. Zonder adequaat werkende vereveningssysteem is het verbod op risicoselectie in de praktijk een wassen neus. Verzekeraars hebben bijvoorbeeld via de voorwaarden in de aanvullende verzekering voldoende middelen om indirect aan selectie te doen. Als deze trend niet gekeerd wordt, wordt de solidariteit uitgehold. Dat is een directe bedreiging voor het draagvlak van het stelsel.

5 | Relevante ontwikkelingen

Het vorige hoofdstuk gaf een beeld van de achtergronden en kenmerken van het huidige Nederlandse zorgstelsel. De zorg en de inrichting van de zorg zijn sterk afhankelijk van verschillende demografische, technologische en sociale ontwikkelingen. Die ontwikkelingen brengen kansen en risico's met zich mee voor de houdbaarheid van het zorgstelsel, en het handhaven en vergroten van de toegankelijkheid en solidariteit daarvan. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen kort behandeld.

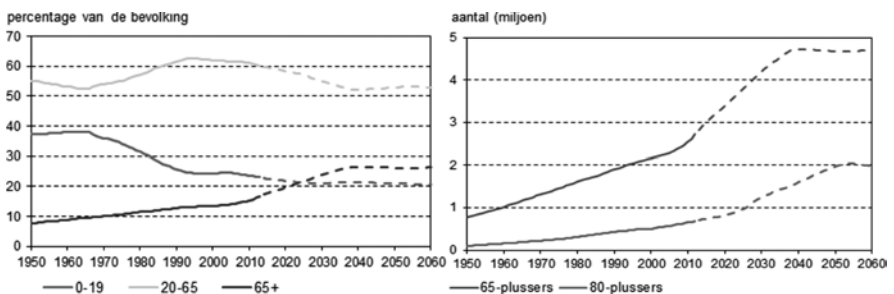
5.1. Demografische ontwikkelingen

De komende decennia is er tegelijkertijd sprake van een toename van het aantal ouderen en een afname van de bevolking tussen de 20 en de 64 jaar. In de prognoses voor de komende decennia zijn drie periodes te onderscheiden (zie figuur 3):

- Tot 2025 stijgt het aandeel Nederlanders van 65 jaar en ouder.
- Tussen 2025 en 2040 stijgt zowel het aandeel Nederlanders van 65 jaar en ouder, als het aandeel Nederlanders van 80 jaar en ouder (de zogenaamde dubbele vergrijzing).
- Vanaf 2040 blijft het aandeel Nederlanders van 65 jaar en ouder min of meer stabiel.

Het hoogtepunt van de vergrijzing ligt daarmee rond 2040, wanneer ongeveer 26,5% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder is, waarvan ruim een derde 80 jaar of ouder is.⁹⁵

Figuur 3, Prognose Nederlandse bevolking, 65+-ers en 80+-ers tot 2060



Bron: CBS Bevolkingsprognose

De veranderende samenstelling van de bevolking zorgt voor forse verschuivingen in de zorgvraag. Door de demografische verschuivingen groeit het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen. In totaal wordt verwacht dat het aantal mensen met een chronische ziekte zal stijgen van 5,3 miljoen in 2011 (32% van de bevolking) naar 7 miljoen in 2030 (40%), waarbij ook het aantal mensen met twee of meer aandoeningen (multimorbiditeit) zal toenemen.⁹⁶ De verwachting is dat in 2030 rond de 38% van de mensen van 75 jaar en ouder meer dan drie aandoeningen hebben.⁹⁷ Het aantal mensen met psychosociale problemen (eenzaamheid, angst, depressiviteit) is omvangrijk en neemt toe. De meeste ziektelast⁹⁸ wordt in Nederland veroorzaakt door psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en kanker. Longkanker en coronaire hartziekten worden de komende decennia ingehaald als belangrijkste doodsoorzaak door dementie.⁹⁹

5.2 Verdere emancipatie van de patiënt

De samenleving verandert. Door individualisering en een terugtrekkende overheid wordt steeds meer verwacht van de burger. Zelfzorg en gemeenschapszorg worden daardoor steeds belangrijker. Dit levert onder andere meer ruimte en mogelijkheden op voor de mondige patiënt. Keerzijde hiervan is dat ook steeds meer verwacht wordt dat de patiënt mondig is. En dat terwijl lang niet iedereen aan die verwachtingen kan voldoen. Uit Europees onderzoek blijkt dat 29% van de Nederlanders informatie over gezondheid of ziekte onvoldoende kunnen begrijpen en toepassen.¹⁰⁰ Deze groep mensen met lage gezondheidsvaardigheden kunnen instructies van een zorgverlener niet goed begrijpen en toepassen en zijn minder goed toegerust voor het maken van geïnformeerde en overwogen keuzes over hun gezondheid en zorg.¹⁰¹ Als we nog breder kijken en aspecten als motivatie en zelfvertrouwen meenemen dan blijkt dat zelfs vrijwel de helft van de Nederlanders moeite heeft om zelf de regie te voeren over gezondheid en ziekte en daar dus ondersteuning bij nodig

96 | RIVM, "Een gezonder Nederland, kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014", p.10

97 | Zorginstituut Nederland, onder redactie van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (Commissie-Kaljouw), "Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren" (april 2015), p.41

98 | Ziektelast is hoog als de ziekte vaak voorkomt, lang duurt, relatief ernstig is en/of veel sterfte veroorzaakt.

99 | RIVM, "Een gezonder Nederland, kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014", p.9

100 | Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K, on behalf of the HLS-EU consortium, "Comparative report on health literacy in eight EU member states" (2012).

101 | RIVM, "Burgers en gezondheid, themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014", p.38.

heeft.¹⁰² Hoewel het zeer onzeker is hoe het percentage Nederlanders met lage gezondheidsvaardigheden zich zal ontwikkelen, is het goed mogelijk dat dit de komende decennia eerder zal toenemen dan afnemen.¹⁰³ Bij alle prognoses die aangeven dat patiënten meer regie zullen gaan nemen zal hoe dan ook altijd rekening gehouden moeten worden met kwetsbare groepen in de samenleving voor wie het heft in eigen handen nemen niet lukt. Het gevaar bestaat immers dat dit tot een tweedeling in de samenleving leidt, bijvoorbeeld tussen patiënten die goed uit de voeten kunnen met moderne media en de beste zorg voor zichzelf kunnen regelen, en degenen die afhankelijk zijn van de hulp van anderen en moeten afwachten welke zorg ze krijgen. Voor deze laatste groep dreigt daarmee ook een slechtere toegankelijkheid van de zorg.¹⁰⁴

Veel burgers hebben desondanks steeds meer behoefte aan het voeren van eigen regie over hun leven. Vanuit patiënten wordt een toename aan keuzemogelijkheden verwacht. Dit botst steeds vaker met de gezondheidszorg waarin nog te vaak het model van ‘Fordisme’ wordt gehanteerd waarin simplificatie en massaficatie voorop staan met als enige doelstelling de meest doelmatige zorg te leveren. Het feit dat zorgverzekeraars vooralsnog vooral op prijs en niet op kwaliteit inkopen, en de toegenomen bureaucratie binnen de zorg waardoor er minder ruimte is voor maatwerk, versterken deze tendens. De patiënt is echter moeilijk te verkavelen, zeker als er sprake is van multimorbiditeit. Door de veranderende zorgvraag en de door patiënten gewenste verschuiving naar meer eigen regie moet de zorg van de toekomst meer gericht zijn op maatwerk.

De mondige burger beschouwt daarnaast een goede gezondheid ook steeds meer als een van de belangrijkste waarden in het leven. De belangstelling voor gezondheid en de relatie met leefstijlfactoren als stress, voeding en beweging neemt toe. Ook wetenschappelijk gezien mag de relatie van leefstijl met gezondheid inmiddels onomstreden genoemd worden.¹⁰⁵ Daarom is een verschuiving noodzakelijk van de focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Zorg is dan gericht op het bevorderen, het behoud of het herstel van functioneren. Dat dit niet alleen voor de betrokken patiënt van belang is, maar ook voor de samenleving als geheel, wordt steeds breder erkend.¹⁰⁶ Het valt te verwachten dat de komende jaren steeds meer kennis en informatie

102 | Nivel, “Nivel kennisvraag 2016: Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?” (maart 2016), p.7.

103 | Zo wordt voor de nabije toekomst verwacht dat de gezondheidsverschillen tussen hoger en lager opgeleiden mogelijk groter zullen worden. Ook zijn er verschillen tussen steden, dorpen en buurten in de mate waarin te verwachten valt dat onderlinge steun te organiseren valt.

104 | RIVM, “Burgers en gezondheid, themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014”, p.43.

105 | Zie onder andere: RIVM, “Leefstijl en arbeid in balans, een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit” (2008).

106 | SER, “Stelsel voor gezond en veilig werken” (december 2012) p.18.

over ziektebeelden toegankelijk wordt voor een breed publiek. Veel patiënten gaan hun ziekte op termijn nog meer zelf managen omdat ze dit willen en daar bijvoorbeeld door ontwikkelingen op het gebied van E-health steeds meer toe in staat zijn. Maatschappelijk gezien is dit een gunstige ontwikkeling, omdat door een betere kwaliteit van leven mensen langer actief kunnen blijven in de samenleving.¹⁰⁷ Het zal echter in de praktijk veel aandacht vergen van patiëntenverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de patiënt hierbij te ondersteunen. Bovendien zal er altijd rekening gehouden moeten worden met een aanzienlijke groep mensen die in deze ontwikkeling niet mee kan (of wil) gaan.

5.3 Technologische ontwikkelingen

Technologie nestelt zich in een alsmaar hoger tempo in ons leven. Ook in preventie en zorg zien we steeds meer toepassingen. De impact varieert van het beter kunnen stellen van diagnoses tot regeneratieve geneeskunde en het faciliteren van zelfstandig wonen. Dit zien we bijvoorbeeld terug in de ontwikkeling van innovatieve geneesmiddelen (zie verderop), sensortechnologie waarmee de gezondheidsstatus gemonitord kan worden en domotica in het huis.¹⁰⁸ De toepassing van technologie wordt vaak gezien als één van de oplossingen om in de naaste toekomst te kunnen voldoen aan de sterk veranderende zorgvraag, gecombineerd met een afname van het aantal zorgmedewerkers.¹⁰⁹

Door met name de snelle ontwikkelingen op het gebied van eHealth ontstaan er nieuwe mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering. De patiënt hoeft minder vaak naar het ziekenhuis of huisarts en kan via allerlei ‘wearables’ en apps gemonitord worden door de specialist of huisarts. De patiënt zal daarmee steeds meer zelf de regie over zijn gezondheid (moeten) nemen. Te verwachten valt dat eHealth in de nabije toekomst zal vervlechten met het zorgproces en het zal transformeren. Het is niet ondenkbaar dat er een zelfmetende, en in de toekomst mogelijk zelfs zelfdiagnosticerende en zelfbehandelende patiënt zal komen.¹¹⁰ Dat is echter geen vanzelfsprekendheid, zelfs niet voor hoogopgeleiden, laat staan voor mensen die laaggeletterd zijn. Daarom wordt de educatie van de patiënt in de toekomst een steeds belangrijker aandachts-

107 | SER, “Werk: van belang voor iedereen, een advies over werken met een chronische ziekte” (maart 2016).

108 | RIVM, “Een gezonder Nederland, kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014”, p.26

109 | NIVEL en Centre for Care Technology Research, “Technologie in de zorg thuis, nog een wereld te winnen!” (2013), p.5

110 | Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, “Consumenten-eHealth en de zorg van de toekomst” (2015), p.25

gebied.¹¹¹ En zelfs dan zal altijd een (aanzienlijke) groep mensen overblijven die niet met deze ontwikkelingen mee kunnen gaan en waarvoor dan ook altijd ruimte en aandacht moet blijven. De vraag blijft mede daardoor op welke manier technologie de huidige zorg daadwerkelijk kan verbeteren of zelfs kan vervangen. Zorg is en blijft mensenwerk en het is heel goed denkbaar dat de zorg van de toekomst juist nog meer dan nu gericht moet zijn op het relationele aspect en zingeving. In dat opzicht moet eHealth vooral gezien worden als complementair aan de zorg.

Er zijn daarnaast meer kanttekeningen te plaatsen bij het in de praktijk inzetten van dergelijke technologie. Juist in de gezondheidszorg zijn informatieveiligheid en privacy bij medische gegevens van groot belang. De privacybescherming lijkt in Nederland verder te gaan dan in andere landen gebruikelijk is.¹¹² In de (nabije) toekomst zal de patiënt zelf eigenaar moeten zijn van zijn data waarbij hij zelf toestemming zal moeten geven voor het gebruik ervan.¹¹³

5.4 Stijgende verwachtingen van de zorg

Door (nieuws over) medisch-technische ontwikkelingen nemen de verwachtingen van de zorg steeds meer toe. Patiënten verwachten daardoor steeds vaker dat voor iedere kwaal een medicijn bestaat. Mede door deze hooggespannen verwachtingen ervaren patiënten niet alleen de zorg, maar zelfs genezing op zich steeds vaker als een recht. Dat geldt in toenemende mate ook voor ingrepen die strikt genomen geen medische noodzaak hebben, maar die gericht zijn op het ‘verbeteren’ van de patiënt. Dit kan het verlenen van onnodige (en soms ook schadelijke) zorg in de hand werken. De ‘verbetergeneeskunde’ of ‘wensgeneeskunde’ die hierdoor dreigt te ontstaan, zou de reguliere (noodzakelijke) geneeskunde zelfs mogelijk kunnen verdringen.¹¹⁴ Te hoge verwachtingen van de zorg kunnen ook risicomijdend gedrag bevorderen. Aan de kant van de patiënt vertaalt dat zich in de wens om zich steeds meer preventief te willen screenen. Bij artsen kan het juist leiden tot defensief gedrag.¹¹⁵

111 | Hier ligt een taak voor overheid, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders gezamenlijk. Naar verwachting zal op dit gebied in de toekomst veel nieuwe werkgelegenheid en economische activiteit ontstaan. Het is niet voor niets dat grote internationale technologiebedrijven momenteel vol inzetten op bijvoorbeeld gezondheidsapps.

112 | In Zweden heeft de overheid bijvoorbeeld al enige jaren geleden besloten om Microsoft HealthVault in te gaan zetten voor het persoonlijke medische dossier van alle 9,5 miljoen inwoners.

113 | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, “Zorg voor 2020”, p.15

114 | Centrum voor ethiek en gezondheid, “Wensgeneeskunde, signalering ethiek en gezondheid” (2015), p.4.

115 | NIVEL, “Niet te veel en niet te weinig, de balans tussen nodige en onnodige zorg in de huisartsenpraktijk” (november 2015), p.36

Risicomijding en juridisering gaan vaak hand in hand. Dat is een algemeen beeld in de samenleving waarin men steeds meer bezig is met het reduceren van onzekerheid.¹¹⁶ In de gezondheidszorg kan dit zich bijvoorbeeld vertalen in het nauwgezet vastleggen van iedere handeling uit angst voor mogelijke rechtszaken over nalatigheid of (vermeende) fraude. Mede hierdoor is de gezondheidszorg zich steeds meer gaan kenmerken als een financieel stelsel waarin zorg veelal wordt georganiseerd rondom ‘planning en control’. Dit geeft een dynamiek van wantrouwen en maakt dat er steeds fijnmaziger regelgeving noodzakelijk is om fouten te voorkomen. Dit proces wordt verder versterkt vanuit de politiek, waar vaak een sterke neiging is om alle incidenten die zich voordoen te adresseren door toezichthouders steeds meer taken te geven. Dit alles leidt tot alsmaar toenemende bureaucratie wat vervolgens weer ten koste gaat van de intrinsieke motivatie van de professional.¹¹⁷ Het zou daarom beter zijn om juist vertrouwen het leidend beginsel in de zorg te laten zijn.

5.5 Veranderende schaal van voorzieningen

In veel maatschappelijke sectoren hebben afgelopen decennia schaalvergrotingen plaatsgevonden. Ook bij ziekenhuizen en zorginstellingen (care én cure) vindt schaalvergroting plaats. Het aantal ziekenhuizen is bijvoorbeeld in Nederland in de periode 2009-2015 gedaald van 116 naar 88. Het is niet onwaarschijnlijk dat bij ongewijzigd beleid de komende jaren nog meer ziekenhuizen zullen sluiten of zullen fuseren. Schaalvergroting kan kwaliteitsverbetering als doelstelling hebben, maar daar is lang niet altijd sprake van. Er is immers ook sprake van een prikkelstructuur waarin fuseren noodzaak is (of gevoeld wordt) om de marktmacht te vergroten. Daarmee richten de prikkels zich vaak niet op directe zorgverlening maar op het behoud van gevestigde belangen. Dat geldt bijvoorbeeld voor zorgaanbieders die een vuist willen maken richting zorgverzekeraars. Het toezicht op en de handhaving van mededingingsregels is hierbij vaak tekort geschoten.¹¹⁸ Een scherpere fusietoets zou hier verandering in kunnen brengen. Dit proces van schaalvergroting door externe prikkels is niet uniek voor de curatieve zorg. Een vergelijkbaar proces zien we ook in andere

116 | “Bureaucratie ziekenhuizen is het gevolg van maatschappelijke trends”, Interview met Wim van Harten, in: “Het alternatief voor de zorg, humaniteit boven bureaucratie”, p.43

117 | Zo is er bijvoorbeeld een proces gaande waarbij artsen steeds meer worden ingezet om fraude tegen te gaan, zie “Het alternatief voor de zorg, humaniteit boven bureaucratie”, p.59 e.v.

118 | KPMG, “Evaluatie Zorgverzekeringswet, eindrapportage” (september 2014), p.7. Dit tekortschieten van de toezichthouder heeft twee keerzijdes. Aan de ene kant zijn ziekenhuisfusies soms onterecht goedgekeurd waardoor regionaal een te grote marktmacht aan de kant van de zorgaanbieder is ontstaan. Aan de andere kant is samenwerking tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld huisartsen) juist weer onterecht gefrustreerd.

zorgvormen, waar bijvoorbeeld vanuit gemeenten soms aan zorginstellingen eisen worden gesteld bij de zorginkoop die het nagenoeg onmogelijk maken niet te fuseren. Gemeenten hebben daarbij echter vaak niet in de gaten dat ze als gevolg daarvan straks nog met een of twee grote zorginstellingen zitten waar je aan overgeleverd bent.

Het valt te verwachten dat de schaal van zorgvoorzieningen ook de komende jaren aan verandering onderhevig zal blijven, niet in de laatste plaats omdat mededinging in de zorgsector nog niet goed geregeld is.¹¹⁹ Het is daarbij van belang de diversiteit van het zorglandschap niet uit het oog te verliezen. Soms zijn fusies nodig omdat bijvoorbeeld anders kleine, financieel zwakke ziekenhuizen na verloop van tijd failliet gaan. Ook kan schaalvergroting zorgen voor kwalitatief betere zorg. Verschillende vormen van zorg vragen daarom om een verschillende schaal. Gezien de afgelopen decennia kan echter wel geconcludeerd worden dat het proces van schaalvergroting doorgaans voortvarender is opgepakt dan het - vaak net zo noodzakelijke - proces van schaalverkleining in andere sectoren van de zorg. De uitdaging voor de komende jaren is dan ook ervoor te zorgen dat voor de zorgvoorzieningen de juiste schaal gerealiseerd gaan worden en wel zodanig dat enerzijds gespecialiseerde centra blijven bestaan, maar anderzijds zorg in de buurt in heel Nederland behouden blijft. Bereikbaarheid van de zorg in de buurt is immers een onderdeel van kwaliteit. Overigens speelt bijvoorbeeld een streekziekenhuis vaak een bredere rol binnen de lokale gemeenschap. Het streekziekenhuis is bijvoorbeeld niet zelden direct of indirect verantwoordelijk voor de meeste werkgelegenheid in een bepaalde regio. Ook voor de maatschappelijke samenhang en leefbaarheid is het voortbestaan van voldoende zorgvoorzieningen in de buurt vaak van groot belang. Deze overwegingen spelen in het huidige stelsel echter vaak geen of hooguit een ondergeschoven belang. Het zou daarom raadzaam zijn om bij beslissingen om zorgvoorzieningen in de regio al dan niet open te houden vaker gebruik te maken van een maatschappelijke kosten-baten analyse.¹²⁰

5.6 Ontwikkelingen op het gebied van geneesmiddelen

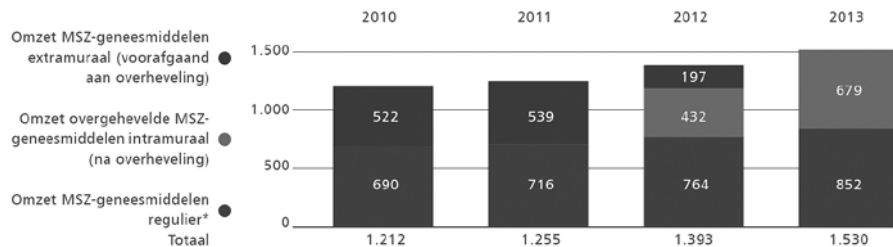
Medisch-technologische vooruitgang is wellicht nog het meest zichtbaar op het gebied van de ontwikkelingen rond geneesmiddelen. Door nieuwe innovatieve geneesmiddelen kunnen steeds meer ziekten behandeld worden waardoor de kwaliteit van leven van patiënten soms spectaculair verbeterd. Ontwikkelin-

119 | Richard van Kleef, Erik Schut en Wynand van de Ven, "Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening, acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?" (maart 2014), pp.30-33

120 | Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu heeft al een eerste voorzet gegeven richting maatschappelijke kosten-batenanalyses in de zorg: RIVM, "Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg, themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning" (2014).

gen op het gebied van biotechnologie, moleculaire genetica en fysica maken het steeds beter mogelijk om de meest succesvolle behandeling te bepalen op basis van individuele kenmerken van een patiënt (zoals de genetische blauwdruk) of de specifieke kenmerken van de ziekte. Deze 'precisiegeneeskunde' maakt het mogelijk behandelingen effectiever te maken en ongewenste bijwerkingen te voorkomen.¹²¹ Voor de patiënt is dat grote winst. Keerzijde is echter wel dat deze geneesmiddelen vaak ongekend duur zijn en daarmee een groot beslag op de beschikbare financiën leggen (zie figuur 4).¹²² Op termijn dreigen deze kosten een groot deel van het zorgbudget te gaan beslaan, wat in dat geval onvermijdelijk ten koste zal gaan van zorg voor andere patiënten. De onderhandelingspositie van Nederland is zwak ten opzichte van farmaceutische bedrijven die wereldwijd opereren en doorgaans een monopoliepositie hebben. Het toegankelijk en betaalbaar houden van innovatieve nieuwe geneesmiddelen is hiermee een van de voornaamste uitdagingen voor het zorgbeleid van de komende jaren.¹²³

Figuur 4, Totale omzet geneesmiddelen medisch specialistische zorg, 2010 tot 2013 (€ miljoen)



Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Naast de problemen van dure nieuwe geneesmiddelen, is er ook steeds vaker sprake van tekorten aan andere, reeds bestaande geneesmiddelen. Sinds 2010 is er sprake van een verviervoudiging van deze tekorten (zie figuur 5).¹²⁴ Voor patiënten die afhankelijk van deze geneesmiddelen zijn, kan dit (zeer)

121 | <http://www.nfu.nl/wetenschap/nationale-wetenschapsagenda/personalised-medicine/>

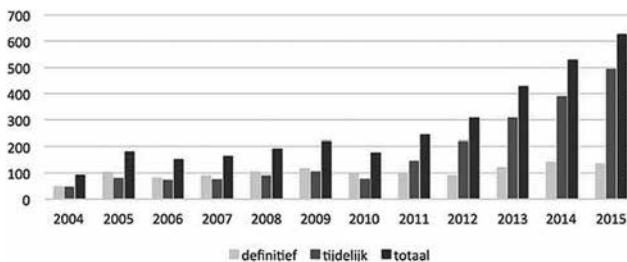
122 | Nederlandse Zorgautoriteit, "Toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg" (juni 2015), p.44

123 | Visie op geneesmiddelen: Nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten (TK, 2015-2016, 29477, nr. 358)

124 | Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, "Medicijntekorten in 2015 verder gestegen", <https://www.knmp.nl/nieuws/medicijntekorten-in-2015-verder-gestegen>

grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven. Daarnaast kunnen deze tekorten ook risico's opleveren voor de volksgezondheid, als bijvoorbeeld tekorten aan smalspectrum antibiotica noodgedwongen tot de inzet van breed-spectrum antibiotica leiden.¹²⁵ De oorzaken van het ontstaan van geneesmid-delentekorten zijn divers en in sommige gevallen ook niet te voorkomen omdat er sprake is van (wereldwijde) productieproblemen. De sterke stijging van de tekorten in de afgelopen jaren en het feit dat vaak de betreffende geneesmid-delen wel in buurlanden voorradig zijn, laat desalniettemin zien dat er meer aan de hand is. De tijdelijke tekorten ontstaan bijvoorbeeld soms omdat er onvoldoende voorraden worden aangehouden, waardoor tijdelijke leveringspro-blemen minder goed opgevangen kunnen worden. Tekorten ontstaan soms ook juist weer omdat de Nederlandse markt weinig interessant is voor de internatio-nale farmaceutische industrie, vanwege het relatief lage prijspeil als gevolg van het preferentiebeleid, het verhoudingsgewijs lage gebruiksniveau van genees-middelen en de geringe omvang van de Nederlandse markt op wereldniveau. Zolang deze omstandigheden niet gewijzigd zijn, valt te verwachten dat ook in komende jaren het aantal geneesmiddelentekorten aanzienlijk zal zijn, met alle risico's van dien.

Figuur 5, Aantal geneesmiddelentekorten in Nederland (2004-2015)



Bron: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Farmanco

Ontwikkelingen binnen de wereldwijde farmaceutische industrie zelf leveren indirect ook risico's op. Deze bedrijfstak heeft lange tijd grote winsten laten zien, waardoor verwachtingen van beleggers torenhoog zijn. In de afgelopen vijf à tien jaar zijn veel klassieke kaskrakers echter uit patent gelopen, zonder dat die gecompenseerd zijn met nieuwe gepatenteerde geneesmiddelen, waar-

125 | Smalspectrum antibiotica werken alleen tegen een beperkt aantal soorten bacte-riën. Breedspectrum antibiotica werken daarentegen tegen meerdere soorten bac-teriën. Gebruik van breedspectrum antibiotica draagt daardoor bij aan het ontstaan van antibioticaresistentie.

door bedrijfsresultaten onder druk staan. Om toch aan de torenhoge verwachtingen van beleggers te kunnen blijven voldoen, hebben de afgelopen jaren veel fusies en overnames plaatsgevonden, waarbij grote bedrijven samenklonteren en kleine bedrijven met veelbelovende medicijnen opgeslokt worden. Dit hindert innovatie en zorgt ervoor dat te veel marktmacht bij enkele grote partijen komt te liggen. Bovendien wordt vanuit de industrie vooral ingezet op geneesmiddelen die optimaal winstgevend zijn, terwijl te weinig ontwikkeling plaatsvindt op medicijnen die maatschappelijk gezien het meest nodig zijn, waaronder bijvoorbeeld nieuwe antibiotica.

5.7 Analyse; Zorg in een veranderende wereld

De ontwikkelingen die in dit hoofdstuk beschreven zijn, laten zien dat de (Nederlandse) gezondheidszorg zich bevindt in een sterk veranderend veld, met consequenties die deels voorspelbaar zijn maar die ook veel onzekerheden omvatten. De zorgvraag zal komende decennia sterk veranderen. Daarnaast verandert de rol van de patiënt, met tegelijk emancipatie als dreigende tweedeling als gevolg. Technologische ontwikkelingen bieden kansen en risico's, met als consequentie onder andere dat zowel de werkwijzen in als de visie op de gezondheidszorg veranderen. Een veranderende schaal van voorzieningen zal bovendien invloed hebben op het zorglandschap, waarbij constant gezocht zal moeten worden naar een juiste, passende schaalgrootte en (geografische) spreiding. Ten slotte verdienen (internationale) ontwikkelingen op het gebied van geneesmiddelen op in ieder geval de middellange termijn de volledige aandacht.

6 | Waar staan we en wat is nodig?

In het eerste hoofdstuk hebben we geconcludeerd dat vanuit christendemocratisch gedachtegoed een zorgstelsel te allen tijde aan randvoorwaarden moet voldoen op het gebied van solidariteit, toegankelijkheid, het centraal stellen van de mens inclusief de kwetsbaarheid in zijn of haar leven, rentmeesterschap en gespreide verantwoordelijkheid en integraliteit van zorg. Het blijft een zoektocht naar een zorgstelsel dat aan deze randvoorwaarden voldoet gezien de veranderende omstandigheden waarin de zorg zich constant bevindt. De vraag of het huidige Nederlandse zorgstelsel voldoet aan de verwachtingen die met die veranderingen meekomen, is niet eenduidig te beantwoorden. Het stelsel heeft om te beginnen zijn verdiensten. Een van de meest in het oog springende verbeteringen is dat de wachtlijsten grotendeels zijn verdwenen.¹²⁶ Daarnaast is de maatschappelijke tweedeling die ontstaan was tussen ziekenfonds en particulier verzekerden verdwenen. Het is de kunst om bij iedere aanpassing van het systeem te waarborgen dat deze verdiensten van het stelsel niet verloren gaan.

De (te verwachten) ontwikkelingen in de komende decennia zullen andere eisen stellen aan de zorg dan voorheen. De vraag is of het huidige stelsel voldoende aanknopingspunten biedt om deze nieuwe uitdagingen het hoofd te bieden, en zo ja, welke aanpassingen daarbij nodig zijn. In dit hoofdstuk wordt daarom per genoemde randvoorwaarde kort besproken welke uitdagingen er in de 21e-eeuw te verwachten zijn.

6.1 Solidariteit

Solidariteit is het belangrijkste uitgangspunt bij iedere stelseldiscussie. In een zorgstelsel horen gezonden solidair te zijn met zieken (risicosolidariteit), jongeren met ouderen en welgestelden met minder bedeelden (inkomenssolidariteit).

De bereidheid tot solidariteit in de zorg is onverminderd groot.¹²⁷ Het Nederlandse zorgstelsel bevat diverse instrumenten waarmee zowel risicosolidariteit als inkomenssolidariteit geborgd en bevorderd kunnen worden. Zo heeft de overheid met de zorgtoeslag en het vaststellen van de hoogte van de eigen betalingen, middelen om de inkomenssolidariteit te beïnvloeden. Daarnaast is het risicovereveningsmodel in de loop der jaren stapsgewijs verbeterd, waardoor ernstige vormen van directe risicoselectie nauwelijks voorkomen.¹²⁸

126 | De wachtlijsten in Nederland behoren inmiddels tot de laagste in alle OESO-landen. Zie: Luigi Siciliani, Valerie Moran en Michael Borowitz, "Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries", in: "Health policy" (118; 2014), pp.292-303.

127 | Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, "Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg" (2013), p.61.

128 | CPB, "Risicoverevening in de zorgverzekeringswet: nieuwe uitdagingen voor de toekomst" (15 februari 2016), pp.3-5.

Het stelsel bevat dus de randvoorwaarden om solidariteit te behouden en zo nodig te bevorderen. De vraag is tegelijk of dit momenteel afdoende gebeurt. Door een stapeling van maatregelen ervaren veel burgers bijvoorbeeld dat de zorg steeds duurder wordt. Vooral mensen die de pech hebben zorg te gebruiken die in verschillende wettelijke regimes zijn ondergebracht, worden soms met een onbegrijpelijke stapeling van kosten geconfronteerd. Hier lijkt onvoldoende aandacht voor te zijn. Door een betere afstemming tussen de verschillende beleidsterreinen kan hier veel verbeterd worden. Tegelijk mag ook de hoogte van de eigen betalingen niet te ver worden opgevoerd, omdat dit tot onder andere zorgmijding om financiële redenen kan leiden. Ook zijn er onvolkomenheden in de financieringsstructuur van de Zorgverzekeringswet, die de aandacht vereisen voordat de solidariteit in de zorg te zeer wordt aangetast. Daarbij gaat het vooral om het systeem van de risicoverevening die op korte termijn verder verbeterd moet worden, zodat de prikkel tot indirecte risicoselectie wordt weggenomen. Al met al lijkt het goed mogelijk te zijn om binnen de kaders van het huidige zorgstelsel de onderlinge solidariteit te behouden, mits er op korte termijn reparaties worden uitgevoerd in de hoogte en stapeling van eigen betalingen en de werking van de risicoverevening.

6.2 Toegankelijkheid

Solidariteit vereist dat er zekerheid is dat zorg voor iedereen toegankelijk is en dat de zorg waar men nu aan meebetaalt, ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk is en blijft. Noodzakelijke, kwalitatief goede zorg moet daarom voor iedereen toegankelijk zijn, en blijven.

Een van de belangrijkste verworvenheden van het Nederlandse zorgstelsel is de grote mate van toegankelijkheid van de zorg. Er bestaat een relatief goede geografische dekking van zorgvoorzieningen, wachtlijsten en wachttijden zijn voor het overgrote deel afgenomen en toegankelijkheid voor verschillende demografische of sociaaleconomische groepen lijken beperkt te zijn.¹²⁹

Zoals in de vorige paragraaf aangegeven, zijn er wel toenemende zorgen over de financiële toegankelijkheid van het stelsel. Het moet daarnaast niet alleen om financiële toegankelijkheid gaan, zoals eerder ook al bleek uit de uitgangspunten die eerder door het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA zijn geformuleerd. Zorg moet ook kwalitatief, ideëel en geografisch toegankelijk zijn. Keuzevrijheid voor verzekerden en patiënten is daarom van groot belang. Er moet voldoende te kiezen zijn als het gaat om de aanvullende verzekering, maar ook als het gaat om de zorgverlener en de zorginstelling waar men

129 | RIVM, "Zorgbalans 2014, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg" p.11

zorg van krijgt. Dit laatste is vooral van belang voor mensen die levensbreed en levenslang zorg behoeven. Aangezien chronische ziekten en multimorbiditeit steeds normaler worden, wordt deze keuzevrijheid in zorgverlener de komende decennia alleen maar belangrijker. Een specifiek aandachtspunt op het gebied van toegankelijkheid is daarnaast de bereikbaarheid van zorg. Door de demografische ontwikkelingen en de veranderende zorgvraag zal het steeds belangrijker worden dat zorg in de buurt bereikbaar blijft. De rol van thuiszorg, apotheker en huisarts als drempelloos toegangspunt van de zorg blijft daarom cruciaal. Ook moeten op korte afstand voldoende zorgvoorzieningen bereikbaar blijven. Op de huidige ontwikkelingen, waarbij juist kleine streekziekenhuizen het hoofd moeilijk boven water kunnen houden en daar soms weinig of niets voor terugkomt, moet daarom goed ingespeeld worden. Het zorgstelsel zoals zich dat het afgelopen decennium ontwikkeld heeft, lijkt echter onvoldoende waarborg te kunnen bieden dat de kleine streekziekenhuizen kunnen blijven voortbestaan. Tot op zekere hoogte wordt dit probleem al onderkend: het bestaan van de beschikbaarheidsbijdrage laat zien dat de overheid zich bewust is dat het marktmechanisme onvoldoende in staat is om dergelijke kleinschalige voorzieningen voort te laten bestaan. De overheid zou hier echter wel meer regie op kunnen en moeten voeren. Het is immers maatschappelijk niet te verkopen dat de overheid wel zou moeten bepalen waar publieke voorzieningen op het gebied van bijvoorbeeld politie en brandweer aanwezig moeten zijn, maar dat zoiets wezenlijks als de spreiding van zorgvoorzieningen volledig vrij wordt gelaten. Bij beslissingen over het al dan niet behouden van ziekenhuisvoorzieningen in de buurt zal de overheid gebruik moeten maken van het instrument van de maatschappelijke kosten-batenanalyse voor de zorg. Een dergelijk instrument zou daarom op korte termijn moeten worden ontwikkeld.

6.3 De mens centraal

Zorg gaat over de waardigheid en kwaliteit van leven. Daarom moet voorkomen worden dat mensen het gevoel krijgen in de systemen verdrukt te raken. Zorg moet geen anonieme, technische, bureaucratische aangelegenheid zijn.

Het Nederlandse zorgstelsel is de afgelopen decennia voortdurend in beweging geweest. Door alle hervormingen verkeert de zorgsector in een permanente staat van reorganisatie. De vraag of burgers al die systeemwijzigingen kunnen volgen en weten waar ze met hun zorgvraag aan moeten kloppen wordt steeds meer manifest. Dat roept de terechte vraag op of er niet voorlopig voldoende hervormd is en of er voorlopig vooral aan nadere uitvoering gewerkt moet worden. Tegelijk verandert de wereld om ons heen. In hoofdstuk 5 is een aantal ontwikkelingen omschreven die op de (middel)lange termijn hoe dan ook

grote consequenties gaat hebben voor de zorgsector. De uitdaging ligt er in om de zorg in die veranderende wereld houdbaar, maar tegelijkertijd ook begrijpelijk te houden voor de burger, de patiënt en de zorgprofessional.

Dat zal lastig zat zijn, aangezien er nu al een gevoel heerst dat de zorg onbegrijpelijk is geworden. De veelheid van polissen, het feit dat de informatievoorziening ondermaats is (bijvoorbeeld welke medicatie of behandelingen wel of niet worden vergoed) en de verschillende loketten waar zorg aangevraagd moet worden leiden er nu al toe dat het systeem voor veel mensen onbegrijpelijk geworden is. Voor de verzekerde en de patiënt zijn er meer keuzemogelijkheden gekomen. Maar de vraag is of er inmiddels niet te veel te kiezen valt? Ontstaat er voor de verzekerde niet juist keuzestress door het woud van polissen waar men aan het eind van het jaar een verantwoorde keuze uit moet maken? Die onbegrijpelijkheid is vooral manifest bij de aanzienlijke groep mensen met zogenaamde lage gezondheidsvaardigheden.¹³⁰ De zorg dreigt daarmee nu al steeds meer alleen toegankelijk te zijn voor mensen die voldoende door hebben geleerd om überhaupt te kunnen begrijpen waar ze terecht moeten. Een sterke versimpeling van de regels in de zorg – zowel voor verzekerde, patiënt als voor de professional – is daarom een belangrijke stap die de komende periode genomen moet worden. Zo moet het voor duidelijker zijn bij welk loket je moet zijn als je bepaalde zorg nodig hebt en moeten polissen beter onderling te vergelijken zijn.

Om de mens als verzekerde en patiënt echt centraal te kunnen stellen, zodanig dat het in de zorg in de eerste plaats om waardigheid en kwaliteit van leven gaat, is het noodzakelijk om het vertrouwen binnen de sector weer leidend te laten zijn. Het vertrouwen neemt echter af. De zorgverzekeraar beoordeelt (onder druk van de overheid) de arts steeds meer als een potentieel frauderend persoon. De arts heeft andersom steeds minder vertrouwen in de verzekeraar omdat die hen bij de contractbespreking dwingt bij het kruisje te tekenen. Voorwaarden die in deze contracten worden vastgelegd, hebben een steeds grotere impact op de zorgverlening zelf.¹³¹ Het vertrouwen van verzekerden in de zorgverzekeraar is inmiddels ook zeer laag.¹³² Het grootste gevaar hiervan is uiteindelijk dat het wantrouwen op den duur niet alleen speelt jegens de zorgverzekeraars, maar wellicht in toenemende mate ook tussen

130 | Prof. Dr. Jany Rademakers, “De actieve patiënt als utopie” (mei 2016).

131 | Voorbeeld hiervan zijn de budgetplafonds die steeds vaker worden afgesproken. Deze afspraken zijn voor patiënten/verzekerden doorgaans niet inzichtelijk, waardoor er onduidelijkheid ontstaat over welke zorg binnen welke polis wordt vergoed. Onderzoek naar zorgcontractering dat momenteel gedaan wordt door de VvAA en de Consumentenbond kan hier meer inzicht in verschaffen. Zie: www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/onderzoek-zorgcontractering en www.consumentenbond.nl/nieuws/2016/grootschalig-onderzoek-zorgcontractering-van-start.

132 | NIVEL, “Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars” (2015), p.2

patiënt en arts. Zo zou het vertrouwen van de patiënt er onder kunnen leiden doordat men twijfel krijgt of men wel toegang heeft tot de juiste arts en of men de noodzakelijke behandeling krijgt waar men recht op heeft. Dit toenemende gebrek aan vertrouwen is van recente aard en heel wezenlijk omdat het de vertrouwensband aantast tussen de patiënt en zijn of haar arts. Het eroderende vertrouwen in het stelsel in zijn algemeenheid moet de aandacht hebben, maar het voorkomen dat de vertrouwensband tussen arts en patiënt daar ook onder komt te lijden, verdient daarbij speciale aandacht. Dat moet mogelijk zijn binnen het huidige zorgstelsel, zolang patiënten de vrijheid blijven houden om hun eigen zorgverlener te kunnen kiezen. Voor het versterken van de vertrouwensband is het daarnaast van belang dat de patiënt steeds meer betrokken wordt bij de keuzes in de behandeling.¹³³ Voorwaarde voor het betrekken van de patiënt bij de behandeling is wel dat de optie van doorbehandelen daarbij niet bij voorbaat uitgesloten wordt, bijvoorbeeld door het centraal opleggen van een algemeen geldende maximale prijs van een behandeling.¹³⁴

Zorg behoort om waardigheid en kwaliteit van leven te gaan. Dat betekent dat er binnen de zorg ook ruimte en aandacht moet zijn voor zingeving. Zingeving is een wezenlijk aspect van het menselijk functioneren en behoort een integraal onderdeel van goede, op de persoon afgestemde gezondheidszorg te zijn. Dat betekent dat ook aandacht wordt gegeven aan het leren omgaan met de ziekte, aan het verwerken van het hebben van een ziekte, en aan gevoelens van onzekerheid en angst.¹³⁵ Hier blijkt bij veel patiënten ook grote behoefte aan te zijn.¹³⁶ Binnen het huidige stelsel kunnen hier aanzienlijke verbeteringen aangebracht worden. In eerste instantie kan dat door het stimuleren van kennisontwikkeling op het gebied van zingevingsvraagstukken. In het vervolg moet ook mogelijk gemaakt worden dat zorgverleners in het kader van een behandeling hier meer aandacht aan kunnen besteden.¹³⁷

133 | Patiënten die samen met hun behandelaar beslissingen nemen blijken vaak niet alleen meer tevreden te zijn, maar blijken medisch gezien ook verstandigere keuzes te maken. Het traject "Samen beslissen" waarin de Federatie Medisch Specialisten en de NPCF gezamenlijk aan de slag zijn gegaan is een goed voorbeeld van samenwerking van professionals en patiënten gericht op het bewerkstelligen van een cultuuromslag.

134 | Dit betekent overigens niet dat er geen verdelingsvraagstuk in de zorg is, waarbij van eenieder een eigen verantwoordelijkheid gevraagd mag worden om de schaarse middelen in de zorg optimaal besteed te krijgen. Zie paragraaf 6.4 ("Rentmeesterschap en gespreide verantwoordelijkheid") voor een nadere beschouwing.

135 | ZonMw-signalement, "Zingeving in zorg: De mens centraal" (maart 2016).

136 | NPCF, "Rapport meldactie Zingeving in de zorg" (december 2015).

137 | Minstens net zo belangrijk is het overigens dat in verpleeghuizen, waar veel mensen de laatste levensfase doorbrengen, ruimte is voor zingevingsvraagstukken.

6.4 Rentmeesterschap en gespreide verantwoordelijkheid

Een ieder die daartoe in staat is heeft een eigen verantwoordelijkheid om voor de eigen gezondheid te zorgen. Een goed gezondheidszorg-beleid kent daarom gelijke waarde toe aan het genezen en behandelen van ziekten, als het voorkomen daarvan. Daarnaast hebben burgers, professionals, organisaties en overheden ieder een verantwoordelijkheid om zuinig om te gaan met de schaarste die inherent aan de gezondheidszorg is.

Door de demografische ontwikkelingen en de daaraan gekoppelde veranderende zorgvraag, zal in de zorg van de 21e-eeuw (chronisch) ziek zijn als een normaal onderdeel van het leven gezien moeten worden. Gezondheid zal daardoor steeds meer betekenen dat mensen het vermogen hebben zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven. De nadruk zal binnen de zorg daardoor steeds meer op primaire, secundaire en tertiaire preventie moeten komen te liggen. Primaire preventie zijn die activiteiten die voorkomen dat mensen een ziekte krijgen. Onder secundaire preventie wordt verstaan het vroegtijdig opsporen van ziekten of afwijkingen bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte kan daardoor eerder worden behandeld, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt. Bij tertiaire preventie bestaat de doelgroep uit patiënten en worden complicaties en ziekteverergering voorkomen.¹³⁸ Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder. In het huidige zorgstelsel is investeren in dergelijke vormen van preventie echter geen vanzelfsprekendheid. Het is dan ook wenselijk om hier aparte afspraken over te maken zodat in de komende periode een serieuze stap richting integrale bekostiging van preventie gemaakt kan worden. Daarbij kan bijvoorbeeld de afspraak gemaakt worden dat een bepaald percentage van de premie-inkomsten specifiek ingezet wordt voor preventie. Deze investering kan dan aangevuld worden uit een publiek preventiefonds, dat gevuld wordt met inkomsten uit accijnzen op ongezond gedrag (roken, alcohol etc.). Preventieprogramma's zouden bij voorkeur lokaal opgezet en uitgevoerd moeten worden, aangezien zowel de uitdagingen als de kansen per regio verschillen.

Rentmeesterschap en gespreide verantwoordelijkheid geldt ook voor het betaalbaar houden van de zorg. Feit is immers dat er in de zorg inherent schaarste is. Overheid, zorgorganisaties, professionals en burgers mogen ieder op de eigen verantwoordelijkheid op dit punt aangesproken worden. Zoals uit

138 | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, "Preventie in de zorg, Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning" (2014), p.17

hoofdstuk 5 is gebleken, zal op korte en middellange termijn vooral de toename van het aantal dure, innovatieve geneesmiddelen een steeds groter deel van het zorgbudget opeisen. De discussie hierover uit de weg gaan betekent dat een steeds groter deel van het zorgbudget op wordt gemaakt aan deze nieuwe geneesmiddelen, waardoor investeringen elders in de zorg onmogelijk worden gemaakt. Daarnaast kan het uit de weg gaan van deze discussie er uiteindelijk toe leiden dat van medisch specialisten gevraagd wordt om de afweging te maken of een patiënt wel of niet de behandeling kan krijgen, wat weer tot willekeur in de spreekkamer kan leiden en het vertrouwen tussen patiënt en behandelaar (verder) kan schaden. Een algemeen geldende centraal opgelegde norm past echter niet bij het maatwerk dat in de zorg noodzakelijk is. Daarom zouden alle nieuwe, innovatieve geneesmiddelen op nationaal niveau getoetst moeten worden of deze aan de pakketcriteria voldoen om toegelaten te worden.¹³⁹ Dit advies behoort a-politiek te zijn, zodat overwegingen van kostenbeheersing niet overheersend worden.

Een specifiek aandachtspunt in het betaalbaar houden van de zorg in de toekomst, is de opkomst van de zogenoemde ‘wensgeneeskunde’ die op termijn mogelijk de reguliere geneeskundige zorg zou kunnen verdringen. Bij wensgeneeskunde wordt medisch handelen meer gebaseerd op wensen dan op medische noodzaak. Die wensen worden vaak mede beïnvloed door de sociale omgeving. Door nieuwe technologische ontwikkelingen en toenemende sociale druk is het goed mogelijk dat wensgeneeskunde steeds vaker zal voorkomen en daarmee reguliere geneeskunde kan gaan verdringen. Het is echter niet altijd goed mogelijk om de grens tussen reguliere geneeskunde en wensgeneeskunde duidelijk te trekken. Zorgverleners, zorggebruikers, zorgverzekeraars en de overheid zullen daarom de komende periode de discussie hierover moeten aangaan en de grenzen aan wensen steeds weer opnieuw moeten bepalen.¹⁴⁰

6.5 Integraliteit

De patiënt is niet eenzijdig te vereenzelvigen met zijn of haar ziekte. Om mensen ondanks beperkingen optimaal te laten participeren, is maatwerk en een integrale benadering noodzakelijk. Daarnaast beïnvloeden bijna alle beleidsterreinen direct of indirect de gezondheidszorg. Dit betreft onder andere fiscale en juridische maatregelen die het vormen

139 | Momenteel worden door het Zorginstituut alleen nieuwe middelen met een ‘substantiële financiële doorwerking’ (meer dan 25 miljoen euro in 2015) op de pakketcriteria getoetst, zie: Zorginstituut Nederland, “Overzicht financiële effect rapporten Zorginstituut” (2 maart 2016).

140 | Centrum voor ethiek en gezondheid, “Wensgeneeskunde, signalering ethiek en gezondheid” (2015), p.4.

van familieverbanden en gemeenschapsverbanden zoals zorgcoöperaties ontmoedigen, waardoor zelfzorg en omgevingszorg op de lange termijn onder druk komen te staan. De overheid moet daarom ook integraal kijken naar de consequenties van het beleid voor het vermogen om voor elkaar te zorgen.

Deze laatste randvoorwaarde, een integrale benadering van gezondheidszorg, lijkt het meest op gespannen voet te staan met het huidige zorgstelsel. De patiënt van de 21e eeuw heeft juist in toenemende mate een integrale benadering nodig. Niet alleen omdat de geëmancipeerde patiënt dat zelf eist, maar ook omdat de veranderende zorgvraag daartoe noodzaakt. De patiënt behoort steeds vaker niet meer eenzijdig geassocieerd te worden met enkel en alleen zijn ene ziekte. In het huidige zorgstelsel is echter wel degelijk de neiging om de patiënt te reduceren tot het etiket dat bij de betreffende ziekte hoort. Gevolg is dat de geleverde zorg voor iedereen met dat etiket hetzelfde is, waardoor de zorg vaak voor niemand precies past, met verspilling als gevolg.¹⁴¹ Het valt aan te bevelen om voor de langere termijn hiervoor naar oplossingen te zoeken. Een blauwdruk dat vanuit Den Haag wordt opgelegd hiervoor is echter geen goed idee. Dergelijke centraal bedachte oplossingen leiden immers doorgaans enkel tot verstatelijking, meer regels en uiteindelijk ook meer kosten. Het zijn juist de Haagse oplossingen die er van uitgaan dat patiënten en burgers binnen een bepaalde standaard passen. Probleem is echter dat die standaard niemand past, waardoor er in feite verspilling optreedt. Dit is een intrinsieke ondoelmatigheid van het systeem. De overheid zou zich daarom meer moeten richten op het detecteren en bevorderen van initiatieven uit de samenleving. De opkomst van zorgcoöperaties (die ieder voor zich verschillend van elkaar kunnen zijn) laat zien dat binnen de samenleving dergelijke initiatieven genomen kunnen worden. De overheid moet daarom in al zijn beleid er voor zorgen dat de zorgzaamheid die intrinsiek in de samenleving aanwezig is, gefaciliteerd wordt.

6.6 Analyse; van wie is de zorg?

De Nederlandse gezondheidszorg heeft een eigen en apart karakter. Zoals in hoofdstuk 2 uiteen is gezet, ligt zowel aan de kant van zorgverzekeraars als aan de kant van zorgaanbieders de historische oorsprong in het privaat en publieke initiatief. Ook in de naoorlogse verzorgingsstaat speelden de sociale partners een grote rol in de uitvoering waarbij de overheid doorgaans een rol op afstand verkoos. In de afgelopen vijftientig jaar is het zorgstelsel echter

141 | LOC, "Waardevolle zorg, over de toekomst van de gezondheidszorg 2010-2050" (2009), p.9.

ingrijpend herzien. Bestaande uitvoeringsorganen zoals de Ziekenfondsraad, waarin sociale partners en belangengroepen een belangrijke rol speelden, zijn opgeheven en het toezicht is dichterbij de minister geplaatst. Aan de ene kant is het stelsel geprivatiseerd en is gereguleerde marktwerking geïntroduceerd. Aan de andere kant is de overheid zijn eigen verantwoordelijkheid in de loop der jaren steeds sterker gaan invullen. De overheid gaat immers over de invulling van het basispakket, over de toelating van (zorg)instellingen en over de voorwaarden waaronder zorg wordt verleend. In samenhang hiermee en in samenhang met het ontbreken van budgetrecht, heeft de volksvertegenwoordiging op dit gebied, als overblijfsel van een historisch gegroeid model, een minder sterke informatiepositie en kan zij geen noemenswaardige invloed uitoefenen op het doen van uitgaven (autorisatiefunctie) en het verdelen van de middelen (allocatiefunctie).¹⁴²

Zo bezien is het sterk de vraag “van wie” de zorg nu eigenlijk heden ten dage is. Het private en publieke initiatief waar de oorsprong van de zorgsector ligt, lijkt door “vermarkting” enerzijds en “verstatelijking” anderzijds ondergesneeuwd geraakt te zijn. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol gekregen in de ordening van de zorg, maar hebben onvoldoende de taak opgepakt die hen was toegedacht. De overheid heeft tegelijk ook veel functies naar zich toegetrokken, zonder dat democratische controle daarop mogelijk lijkt. De centrale positie van de burger wordt daardoor vaak wel met de mond beleden, maar wordt dikwijls door het systeem overvleugeld. Het gevoel van eigenaarschap zou daarom hersteld moeten worden. De behoefte daaraan bestaat ook steeds meer in de samenleving, zoals te zien is bij de sterke opkomst van zorgcoöperaties. Dit zijn hoopvolle geluiden van een samenleving die bereid is het eigenaarschap terug te pakken. De komende periode zal een van de belangrijkste opdrachten zijn om de bewegingsvrijheid van de samenleving te versterken om dat eigenaarschap terug te pakken.

6.7 Concluderend

Het perfecte stelsel bestaat niet. Dat ontslaat ons echter niet van de verantwoordelijkheid om te zoeken naar het beste zorgstelsel. Nederland heeft in veel opzichten daarin een goede uitgangspositie. De kwaliteit van artsen, ziekenhuizen en verplegend personeel is van zeer hoog niveau. De zorginfrastructuur is goed op orde. Er is sprake van een hoge mate van solidariteit en toegankelijkheid. Tegelijk zijn er ontwikkelingen gaande die al deze verdiensten ernstig bedreigen. Het gevoel leeft steeds meer dat de zorg waar men nu voor betaalt,

142 | Algemene Rekenkamer, Brief aan de Tweede Kamer, “Input voor rondetafelgesprek modernisering Comptabiliteitswet”, bijlage 3, “Premie-gefinancierde sectoren: zorg en sociale zekerheden arbeidsmarkt”.

niet beschikbaar zal zijn wanneer men die zelf nodig zal hebben. De pijlers waarop het zorgstelsel zijn gebouwd - solidariteit, toegankelijkheid, maatschappelijk ondernemerschap - zijn aan erosie onderhevig. Dat heeft op zijn beurt weer invloed op de zorg zelf, waarin het steeds minder om de warmte, de toewijding en de betrokkenheid op de mens in nood gaat. De zorg dreigt hierdoor steeds meer een anonieme, technische, bureaucratische aangelegenheid te worden.

Het marktdenken als doel op zich is in de afgelopen tien jaar te veel geworteld geraakt in het zorgstelsel, terwijl er te weinig aansluiting is bij de behoeften van de samenleving. Zorgverzekeraars kopen nog steeds te veel in op prijs en te weinig op kwaliteit. Ook in de langdurige zorg hebben ontwikkelingen plaatsgevonden die niet overeenkomen met de oorspronkelijke bedoeling. De nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning maakt mensen te vaak rechteloos waardoor dreigt dat er geen recht op zorg is voor mensen die dat juist nodig hebben om te kunnen blijven participeren. Mede doordat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen actoren onduidelijk is, is integrale zorg voor chronisch zieken moeilijk te realiseren. Begrijpelijkerwijs wordt daarnaast wel steeds meer gevraagd van de samenleving om meer zelf te zorgen, maar worden mensen nog onvoldoende in staat gesteld om hier daadwerkelijk aan te voldoen. Ten slotte zien mensen met een (laag) middeninkomen zich steeds vaker geconfronteerd met stijgende zorgkosten en minder compenserende maatregelen, waardoor zowel de betaalbaarheid als de toegankelijkheid van de zorg onder druk staan.

7 | Overwegingen en aanbevelingen

In deze achtergrondstudie is beschreven wat de christendemocratische uitgangspunten zijn waar goede gezondheidszorg aan moet voldoen. Daarnaast is omschreven hoe het huidige zorgstelsel tot stand is gekomen, welke overwegingen daarbij een rol hebben gespeeld en hoe het stelsel nu werkt. Ten slotte is een analyse gemaakt wat de uitdagingen zijn voor de gezondheidszorg van de 21e eeuw en in hoeverre het huidige stelsel in staat is om die uitdagingen het hoofd te bieden. Deze achtergrondstudie heeft zich vooral gericht op het vraagstuk van de goede gezondheidszorg vanuit politiek bestuurlijk perspectief en minder op kwesties zoals de technologische en economische aspecten van de zorg.

Solidariteit en toegankelijkheid lijken grotendeels gewaarborgd te kunnen worden binnen het huidige zorgstelsel, alhoewel daarvoor wel aanscherpingen van het beleid zullen moeten plaatsvinden. Het meer centraal stellen van de waardigheid van de mens en een grotere focus op preventie zijn noodzakelijk en vereisen verdergaande aanpassingen en nieuwe instrumenten. Om de gezondheidszorg goed aan te laten sluiten aan de behoeften van de 21e eeuw is vooral een integrale benadering van de mens nodig. Dat laatste is direct ook de grootste uitdaging waarvoor mogelijk meer fundamentele aanpassingen aan het zorgstelsel doorgevoerd moeten worden. Daarbij is het wel belangrijk te beseffen dat een centraal opgelegde, Haagse blauwdruk voor de toekomst van de zorg niet strookt met het maatwerk dat een integrale benadering van de patiënt en zijn of haar omgeving vereist. Er zal daarom eerder gekeken moeten worden welke initiatieven uit de samenleving zelf naar voren komen en hoe die optimaal ondersteund kunnen worden. Bij eventuele aanpassingen in het zorgstelsel moet goed gewaarborgd worden dat de waarden van solidariteit en toegankelijkheid niet onder druk komen te staan.

Op basis van deze analyse doen we een aantal aanbevelingen die vooral richtinggevend van aard zijn, en moeten leiden tot een meer integrale benadering van de mens, de zorg en de organisatie daar omheen.

7.1 Zeker de mens

Zorg en aandacht voor de medemens is en blijft een eerste opgave in alle intermenselijke verhoudingen. Warmte, toewijding en betrokkenheid op de mens in nood moeten daarbij centraal staan. Daarvoor moet ruimte zijn in de zorg en ondersteuning in de eigen gemeenschap, zodat mensen de mogelijkheid hebben om de verantwoordelijkheid voor de zorg voor naasten te kunnen dragen. In essentie draait professionele zorg om dezelfde basiswaarden. Artsen en verpleegkundigen zijn dan ook intrinsiek gemotiveerd om mensen de aandacht te geven die zij nodig hebben. Die intrinsieke motivatie komt onder druk te staan door regels, administratie en bureaucratie die de autonomie van professional te zeer beperken.

- *De onvolmaaktheid.* Gezondheid moet meer gaan over leren aanpassen aan de onvermijdelijke beperkingen die met ziekte en handicap gepaard gaan en vast onderdeel van het leven zijn. Normalisering van ziekte en handicap, waarbij mensen niet vereenzelvigd worden met de beperking die zij hebben, is daarom nodig. Dit geldt uitdrukkelijk ook voor psychische problemen. Het moet daarom meer gaan om het vinden van een balans in lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk opzicht, zodat mensen zo lang mogelijk mee kunnen blijven doen in de maatschappij.
- *Meer waarde in de zorg.* Het komt nu nog te vaak voor dat er bij een behandeling verschil is tussen de wensen en verwachtingen van de patiënt, en de resultaten die door de zorgverlener worden nagestreefd. Uniformering in de zorg gaat voorbij aan het feit dat iedere patiënt zijn eigen wensen heeft. Voor een patiënt die met spoed zorg nodig heeft, is snelheid van de zorg uiteraard het belangrijkste. Voor de goede uitkomst bij de behandeling van een complexe en weinig voorkomende zorgvraag zal een patiënt juist meer belang toekennen aan beschikbaarheid van zeldzame kennis. Patiënten met een chronische zorgvraag hechten ten slotte vaak meer aan nabijheid en vertrouwen in de relatie met de zorgverlener. Daarom moet er een beweging komen naar meer waardegedreven zorg, waarbij het doel van de zorg is om zoveel mogelijk waarde toe te voegen voor de patiënt. Het verbeteren van de kwaliteit van leven, waarbij het succes wordt bepaald door het beste resultaat tegen aanvaardbare kosten, moet het doel van zorg zijn. Voor echte waardegedreven zorg is het daarom nodig om te weten wat de wensen en verwachtingen van de patiënt en zijn omgeving zijn. Daarvoor is ruimte nodig voor een goed gesprek met patiënt, zijn of haar naasten en de arts of verpleegkundige.
- *Zingeving.* Kwaliteit van zorg heeft met meer te maken dan de directe behandeling. Onderwerpen als zingeving, betekenisgeving en spiritualiteit zijn een wezenlijk aspect van het menselijk functioneren. Door de individuele behoeften op het gebied van zingeving bespreekbaar te maken, is het beter mogelijk om met zorgaanbod te komen dat op maat gesneden is.
- *Maak meer ruimte voor het gesprek over het levenseinde.* Goede zorg gaat om kwaliteit van leven, maar ook om kwaliteit van het levenseinde. Het gesprek over de 'kunst van het doodgaan' moet daarom vaker gevoerd worden. Het is van belang dat de patiënt, zijn of haar naaste omgeving en de arts weten wat de verwachtingen en wensen zijn rond het levenseinde. Palliatieve zorg, waarbij aandacht is voor de lichamelijke, psychische, sociale en spirituele problematiek rond het overlijden, moet worden gehervormd, bijvoorbeeld door dit een vast onderdeel van de opleiding van zorgprofessionals te maken.
- *Borg en versterk de intrinsieke motivatie van de zorgprofessional.* De intrinsieke motivatie van professionals in de zorg staat onder druk door

de eindeloze hoeveelheid van regels, administratie en bureaucratie. De ervaring leert dat plannen om tot minder regels te komen die van bovenaf worden opgelegd – met een Haagse blauwdruk – doorgaans alleen maar tot meer regels en bureaucratie leiden. Professionals moeten daarom meer de gelegenheid krijgen om zelf aan te geven welke regels overbodig zijn. Bij het bepalen of die regels ook daadwerkelijk worden afgeschaft, moet een omgekeerde bewijslast gelden. Dat betekent dat instanties die aan de betreffende regels hechten, zelf moeten bewijzen dat die nuttig en noodzakelijk zijn. Zo niet, dan wordt de betreffende regel afgeschaft.

7.2 Dichtbij huis

Zorg voegt waarde toe. In de eerste plaats bieden preventie en zorg uiteraard waarde in termen van het verbeteren van de gezondheid en kwaliteit van leven van mensen. Daarnaast komen mensen pas echt tot hun recht in relatie tot een ander en zijn zorg en aandacht voor elkaar noodzakelijk voor de samenhang binnen de eigen gemeenschap. Zorg vormt daar bovenop ook in bredere maatschappelijke zin het cement van de samenleving omdat het een van de belangrijkste uitingsvormen van solidariteit is tussen arm en rijk, gezond en ziek en jong en oud. Preventie en zorg brengen ten slotte ook waarde in economische zin door het voorkomen van ziekte en het weer terugbrengen van zieke werknemers in het werkproces. Goede mogelijkheden om voor elkaar te zorgen en om zorg dichtbij voorhanden te hebben zijn daarom van groot belang voor de gemeenschap en de samenleving als geheel.

- *Versterk de mogelijkheden om voor naasten te zorgen.* Veel mensen met gezondheidsproblemen krijgen hulp uit hun directe sociale omgeving. Een op de drie volwassen Nederlanders verleent jaarlijks mantelzorg, en de druk die deze mensen ervaren wordt met het jaar hoger.¹⁴³ Er zal meer aandacht moeten zijn voor wat deze mensen nodig hebben om te kunnen doen wat nodig is. De formele positie van de mantelzorger moet beter verankerd worden in de verschillende sectorwetten en er zou een ondergrens gehanteerd moeten worden vanaf waar mantelzorgers hulp moeten kunnen krijgen vanuit de gemeente. Wijkverpleging en gemeente moeten goed samenwerken, waarbij de positie en de rol van de mantelzorger integraal meegenomen wordt. Overbelasting van de mantelzorger moet voorkomen worden, bijvoorbeeld door het makkelijker te maken (tijdelijk) verlof op te nemen om te zorgen voor een ziek familielid.
- *Goede zorg dichtbij.* In een samenleving waar steeds meer mensen oud worden en waar multimorbiditeit gemeengoed wordt, neemt de behoefte aan voldoende goede zorgvoorzieningen in de nabije omgeving toe. Daar-

143 | SCP, "Informeel hulp, wie doet er wat?" (2015)

voor moeten sowieso de huisarts en de wijkverpleging laagdrempelig toegankelijk zijn, zowel in financiële als geografische zin. Ook voor mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben moet eerste opvang en vroege signalering en diagnose laagdrempelig beschikbaar zijn.

- *Maak lokaal eigenaarschap van de zorg mogelijk.* Doorgaans weten mensen zelf het beste wat van zorg in de eigen omgeving verwacht mag worden. Steeds vaker blijkt dat als verzekeraars en overheid de ruimte bieden, lokaal bijzondere initiatieven ontstaan die integrale zorg dichtbij mogelijk maken. Goede voorbeelden hiervan zijn de diverse zorgcoöperaties die het afgelopen decennium zijn opgericht. Deze initiatieven hebben vooral met elkaar gemeen dat ze stuk voor stuk verschillend zijn. Dat laat zien dat deze oplossingen van onderop mogelijk zijn en niet als blauwdruk opgelegd kunnen worden. Daarom moeten mensen met goede ideeën de ruimte krijgen om binnen de eigen gemeenschap zorg te organiseren op een wijze die voor die omgeving het meest passend is. Om te voorkomen dat deze initiatieven alleen mogelijk zijn als verzekeraars en overheden toevallig door de omstandigheden een welwillende houding aannemen, moet een 'right to challenge' in de zorg ingevoerd worden.
- *Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.* In een samenleving waar chronische ziekte en handicap als normaal onderdeel van het leven geaccepteerd worden, behoort de focus meer dan nu het geval is te liggen op gezondheid en gedrag. Samenwerking op het gebied van preventie tussen gemeenten, zorgverzekeraars en maatschappelijke organisaties kan gestimuleerd worden door integrale bekostiging mogelijk te maken. Zo kan een preventiefonds opgericht worden waarmee projecten via cofinanciering gestimuleerd worden. Lokaal geïnitieerde projecten met samenwerking over de schotten heen, zouden daarbij voorrang moeten krijgen.
- *Ondersteun mensen met lage gezondheidsvaardigheden.* Veel mensen begrijpen instructies van een zorgverlener niet goed, waardoor zij minder goed zijn toegerust voor het maken van keuzes over hun gezondheid en zorg. Dit geldt voor zowel laag- als hoogopgeleide mensen. Resultaat is dat zij een slechtere kwaliteit van gezondheid en zorg ervaren. Bovendien zorgt het ook voor inefficiëntie in de zorg. Het probleem van lage gezondheidsvaardigheden moet ten eerste erkend en herkend worden. Daarnaast moet 'patients health literacy' actief bevorderd worden. Tegelijk moet wel beseft worden dat hoeveel hier ook in geïnvesteerd wordt, er altijd mensen zullen zijn die ondersteuning nodig blijven hebben als het gaat om het begrijpen van de instructies van de zorgverlener en het vinden van de weg binnen de zorg. Uiteraard is het in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorgverlener zelf om begrijpelijke informatie te geven. Daarnaast kunnen projecten waarbij vrijwillige maatjes ondersteuning bieden een positieve bijdrage leveren.

7.3 Solidariteit

Sinds de eeuwwisseling is er veel veranderd in het zorgstelsel. Enkele problemen die endemisch leken te zijn in de Nederlandse gezondheidszorg, zijn grotendeels succesvol aangepakt. De enorme wachtlijsten ten tijde van het gebudgetteerde systeem zijn verdwenen en de tweedeling als gevolg van het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekeringen is verdwenen. Er zijn daarnaast goede mogelijkheden om zowel de solidariteit als de toegankelijkheid van de zorg te behouden en te versterken. Het is dan ook belangrijk om het goede te behouden, maar wel kritisch te kijken naar wat beter kan. Het zorgstelsel dat er nu staat, biedt mogelijkheden voor verbetering. Het is echter wel hoog tijd dat actief gestimuleerd wordt dat er gebruik gemaakt wordt van die mogelijkheden, vooral om integrale zorg mogelijk te maken en nieuwe maatschappelijke tweedeling te voorkomen. Daarvoor is het onder ander noodzakelijk dat de diverse actoren in het stelsel zich houden aan de rol zoals die oorspronkelijk voor hen bedoeld was.

Zoals eerder aangegeven, zijn de aanbevelingen hieronder vooral gericht op aanscherpingen van het huidige stelsel zodat deze beter aansluiten bij de christendemocratische uitgangspunten waar een zorgstelsel aan moet voldoen.

- *Behoud en bevorder het goede van het zorgstelsel.* Nederland heeft een relatief goed functionerend risicovereveningssysteem, waarmee er een stevig fundament ligt voor solidariteit en algemene toegankelijkheid in de zorg. Het is van belang deze vereveningssystematiek verder te ontwikkelen op gebieden waar deze nog niet voldoet, waarbij op korte termijn vooral aan chronisch zieken en gehandicapten gedacht moet worden. Om (indirecte) risicoselectie van deze kwetsbare groepen te voorkomen, moet dringend gezocht worden naar verbeteringen in de risicoverevening.
- *Eigen betalingen in de zorg.* Enerzijds is het goed dat er eigen betalingen zijn in de zorg. Het zorgt voor kostenbewustzijn bij de patiënt en kan daarmee een rem zijn op onnodig gebruik van zorg. Anderzijds moet niet de ogen gesloten worden voor de negatieve kanten. Als de eigen betalingen te hoog oplopen, bestaat er een reëel risico op zorgmijding om financiële redenen, met maatschappelijke tweedeling tot gevolg. Dit probleem wordt nog groter voor mensen die zorg gebruiken uit verschillende wettelijke stelsels, en die te maken krijgen met een stapeling van eigen betalingen. Door de ophoging van eigen betalingen in de verschillende vormen van zorg en de afschaffing van compenserende maatregelen¹⁴⁴, zijn de eigen betalingen

144 | De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtgc) en de Compensatieregeling Eigen Risico (CER) zijn afgelopen periode afgeschaft.

immers vooral voor middeninkomens en mensen met chronische aandoeningen afgelopen jaren behoorlijk opgestapeld. Zowel de toegankelijkheid als de solidariteit van de zorg staan hierdoor onder druk. Daarom moet er een maximum aan de stapeling van eigen betalingen komen en moet kritisch gekeken worden naar de hoogte van het eigen risico. Daarnaast moet onderzocht worden of het mogelijk is om het eigen risico zodanig in te richten, dat deze niet in een keer opgemaakt wordt, maar dat per behandeling een beperkt deel onder het eigen risico valt.

- *Zorg dat de juiste zorg in het juiste systeem zit.* Het uitgangspunt is dat de zorgverzekeringswet bedoeld is voor verzekerbare, op genezing gerichte zorg. Onverzekerbare zorg hoort thuis in een collectief gefinancierd systeem, omdat zorgverzekeraars onvoldoende mogelijkheden hebben om dit te beheersen en ook nog eens goede zorg te leveren. Daar komt bovenop dat het advies van de SER uit 2000 ook nu nog waarde heeft, namelijk dat voor de solidariteitsverhoudingen in de langdurige zorg demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen van belang zijn en voor de solidariteitsverhoudingen in de curatieve zorg juist eerder het streven naar meer doelmatigheid én solidariteit van belang zijn. Dat vereist ook in onze tijd nog een aparte beleidsmatige benadering. De afgrenzing tussen de verschillende vormen van zorg moet daarom goed in de gaten worden gehouden.
- *Zorg dat zorgverzekeraars corporaties blijven, en niet alleen op papier.* Bij de stelselherziening zijn de ziekenfondsen omgevormd tot maatschappelijk ondernemingen die aan wettelijke randvoorwaarden moeten voldoen. Ook de particuliere verzekeraars zijn destijds verplicht om binnen diezelfde randvoorwaarden te opereren. Centraal mechanisme in de sturing van het zorgstelsel zou het evenwicht worden dat verzekeraars moeten vinden tussen het voldoen aan de zorgplicht en het aanbieden van zo doelmatig mogelijke zorg. Het valt aan te bevelen om hier voor de oorspronkelijke bedoeling te gaan: zorgverzekeraars moeten maatschappelijke ondernemingen zijn. Dat betekent dat er geen winstuitkering moet worden toegestaan en dat er een sterke democratisering moet plaatsvinden door verzekerdenraden meer zeggenschap te geven en patiëntenorganisaties meer invloed op het inkoopbeleid te geven, gericht op meer gezondheidswinst rekening houdend met de specifieke populatie kenmerken.
- *Zorg dat er balans is in de taakverdeling binnen het stelsel.* Enkele taken binnen het stelsel zijn met opzet op afstand van de politiek geplaatst. Uitgangspunt moet zijn zo min mogelijk sectorspecifieke regelgeving en rollen en taken van toezichthouders, zoals bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit te ontdebelen.
- *De zorg en het stelsel moeten sterk versimpeld worden.* De wereld wordt steeds ingewikkelder en zelfs het regelen van een basale behoefte als zorg wordt steeds ingewikkelder gemaakt. Nu al kan een grote groep Neder-

landers niet goed meekomen, waardoor de toegankelijkheid van de zorg onder druk staat. Het is voor steeds meer mensen zoeken naar het juiste loket voor de zorg die je nodig hebt. Daarnaast is binnen de zorg inmiddels zo veel te kiezen, dat het overzicht voor de gewone Nederlander inmiddels zoek is. Komende jaren moet daarom een sterke versimpeling van het zorgbeleid plaatsvinden. Dat kan bijvoorbeeld door de basispolis bij de verschillende zorgverzekeraars veel beter onderling vergelijkbaar te maken. Dat betekent ook dat de zogenaamde 'budgetpolis' niet mogelijk zou moeten zijn. Zorgverzekeraars zouden hun polissen en informatie over vergoedingen daarnaast in eenvoudiger taalgebruik kunnen formuleren om daarmee de toegankelijkheid van de zorg te vergroten. Zij zouden zich daarbij bijvoorbeeld kunnen laten adviseren door mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

- *Zorg dat nieuwe innovatieve geneesmiddelen betaalbaar en toegankelijk blijven.* Bij waardegedreven zorg hoort dat het succes van zorg wordt bepaald door het beste resultaat tegen aanvaardbare kosten. Dat principe moet ook hier gelden. Daarom moet bij de toelating van nieuwe behandelingen en medicijnen de nadruk meer komen te liggen op een afweging tussen effectiviteit en aanvaardbare kosten. Dat mag geen politieke keus zijn, omdat dan het risico enerzijds bestaat dat het belang van kostenbeperking de boventoon gaat voeren, anderzijds juist dat door maatschappelijke druk alles juist wordt toegelaten (waarbij de verantwoordelijkheid opnieuw wordt doorgeschoven naar de spreekkamer).
- *Samenwerking en minder marktwerking.* Voor de lange termijn houdbaarheid van de zorg is het uiteraard van belang dat het stelsel betaalbaar blijft. Het is en blijft een gedeelde verantwoordelijkheid om er voor te zorgen dat de inherente schaarste in de zorg op een solidaire wijze te verdelen. Iedere burger, professional, instelling, maatschappelijke organisatie en overheid heeft hier een eigen verantwoordelijkheid in. Belangrijk daarbij is te beseffen dat niet alles wat kan, ook daadwerkelijk moet. De opkomst van wensgeneeskunde, waarbij niet medisch-noodzakelijke doeleinden een rol spelen, is een voorbeeld van een bedreiging voor de reguliere geneeskunde. Oplossingen om de zorg op lange termijn financieel houdbaar te houden moeten vooral gezocht worden in samenwerking en overleg met (organisaties van) patiënten en professionals. Iedereen heeft hier immers een eigen verantwoordelijkheid in. Daarom is het dan ook van belang om breed gesteunde bestuursakkoorden af te (blijven) sluiten.

| Literatuur

- Algemene Rekenkamer, "Staat van rijksverantwoording 2015, Rijksbrede resultaten verantwoordingsonderzoek" (2016)
- Balkenende, Jan Peter, "Anders en beter, pleidooi voor een andere aanpak in de politiek vanuit een Christendemocratische visie op de samenleving, overheid en politiek" (mei 2002)
- Blok, Jos de, Herman Suichers, Lewi Vogelpoel en Thijs Jansen (reds.), "Het alternatief voor de zorg, humaniteit boven bureaucratie" (november 2015)
- CBS, "Uitgaven aan zorg nader beschouwd: vergelijking van verschillende definities" (mei 2015)
- CDA, Program van Uitgangspunten (1980)
- CDA, Program van Uitgangspunten (1993)
- Centrum voor ethiek en gezondheid, "Wensgeneeskunde, signalering ethiek en gezondheid" (2015)
- CPB, "Risicoverevening in de zorgverzekeringswet: nieuwe uitdagingen voor de toekomst" (15 februari 2016)
- CPB en SCP, "Keuzeruimte in de langdurige zorg, veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten" (oktober 2015)
- Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg, "Bereidheid tot verandering". 's-Gravenhage: Distributiecentrum overheidspublicaties (1987)
- Degadt, Peter, "Privaat initiatief en toch niet commercieel? Kanttekeningen bij sociaal ondernemerschap in de zorg", in: "Christen-Democratische Reflecties", jaargang 2, nr.2 (maart 2014)
- Fortuyn, Pim, "De puinhopen van acht jaar paars" (maart 2002)
- Gawande, Atul, "Sterfelijk zijn, geneeskunde en wat er uiteindelijk toe doet" (2014)
- Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W. van der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel en H. Smid, in "How should we define health?", BMJ (2011)
- Kievit, H., "Grenzeloze groei aan gezondheidszorg?", interview met Hans Achterhuis in: "Zicht, studieblad voor gereformeerd zicht op politiek en maatschappij" (35e jaargang nr.1, april 2009)
- Kleef, Richard van, Erik Schut en Wynand van de Ven, "Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening, acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?" (maart 2014)
- KNMP, "Medicijntekorten in 2015 verder gestegen" (18 januari 2016)
- KPMG, "Evaluatie Zorgverzekeringswet, eindrapportage" (september 2014)
- Korte-Verhoef, Ria de, "Reasons and avoidability of hospitalisations at the end of life, perspectives of GPs, Nurses and Family Carers" (2014)

- Kromhout, Bas, "Lessen: 'Doe-burgers gaan terug naar de basis'", in: "Historisch Nieuwsblad", (oktober 2012)
- LOC, "Waardevolle zorg, over de toekomst van de gezondheidszorg 2010-2050" (2009)
- Martin, Courtney E., "Zen and the art of dying well", in: New York Times (14 augustus 2015)
- Nationale Ombudsman, "Een onverwacht hoge rekening, onderzoek van de Nationale Ombudsman naar de informatieverstrekking over de eigen bijdrage ingevolge de Wmo" (maart 2016)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, "Zorg voor 2020" (2016)
- Nederlandse Zorgautoriteit, "Monitor Zorginkoop" (2014)
- Nederlandse Zorgautoriteit, "Toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg" (juni 2015)
- NIVEL, "Niet te veel en niet te weinig, de balans tussen nodige en onnodige zorg in de huisartsenpraktijk" (november 2015)
- NIVEL, "NIVEL kennisvraag 2016: Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?" (maart 2016)
- NIVEL, "Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars" (2015)
- NIVEL en Centre for Care Technology Research, "Technologie in de zorg thuis, nog een wereld te winnen!" (2013)
- Nota 'Verandering verzekerd 1987' (TK, 1987-1988, 19945, nrs. 27-28)
- NPCF, "Rapport meldactie Zingeving in de zorg" (december 2015)
- OESO, "Fiscal sustainability of health systems, bridging health and finance perspectives" (2015)
- Okma, G.H., "Thema's voor de toekomst van de herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg", in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1994; 138)
- Okma, G.H., "Verandering verzekerd: stand van zaken van het plan Dekker", in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1989; 133)
- Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K, on behalf of the HLS-EU consortium, "Comparative report on health literacy in eight EU member states" (2012)
- Rademakers, prof. dr. J., "De actieve patiënt als utopie" (mei 2016)
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, "Consumenten-eHealth en de zorg van de toekomst" (2015)
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, "Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg" (2013)
- RIVM, "Burgers en gezondheid, themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014" (2014)
- RIVM, "Een gezonder Nederland, kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014" (2014)

- RIVM, "Leefstijl en arbeid in balans, een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit" (2008)
- RIVM, "Zorgbalans 2014, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg" (2014)
- Roscam Abbing, H.D.C., "De weg naar een gezond bestel; het advies van de Commissie Dekker", in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1987; 131)
- Schenderling, Paul, "Zorg: heekunde of verdeelkunde", in: Friesch Dagblad (11 april 2016)
- Schut, F.T., "De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg", Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam (2003)
- SCP, "Informeel hulp, wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014" (december 2015)
- SCP, "Op weg met de Wmo, evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009" (maart 2010)
- Siciliani, Luigi, Valerie Moran en Michael Borowitz, "Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries", in: "Health policy" (118; 2014)
- Sociaal Economische Raad, "Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen", advies (december 2000)
- Sociaal Economische Raad, "Stelsel voor gezond en veilig werken" (december 2012)
- Sociaal Economische Raad, "Werk: van belang voor iedereen, een advies over werken met een chronische ziekte" (maart 2016)
- Teldersstichting, "Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg", geschrift 61 (1986)
- Ven, Wynand van de, "Het beste zorgstelsel?", afscheidscollege (2 oktober 2015)
- Visie op geneesmiddelen: Nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten (TK, 2015-2016, 29477, nr. 358)
- Visser, Joost, "Tien jaar zorgverzekeringswet, veel doelstellingen zijn niet bereikt", in: Medisch Contact & 7 januari 2016)
- Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Naar een toekomstbestendige AWBZ, een christendemocratische visie op de langdurige zorg" (2008)
- Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Nieuwe regie in de zorg, een christen-democratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg" (2000)
- Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, "Respect, een christendemocratische visie op ouderenbeleid" (1998)

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, “Zorgvernieuwing door structuurverandering, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening” (1987)

ZonMw, “De mens centraal, ZonMw-signalenemt over Zingeving in zorg” (18 maart 2016)

ZonMw, “Zingeving in de zorg: De mens centraal” (maart 2016)

Zorginstituut Nederland, onder redactie van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (Commissie-Kaljouw), “Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren” (april 2015)

Naar een vitale samenleving

Dit rapport verschijnt in de serie *Naar een vitale samenleving*. Christendemocraten willen vanuit hun bronnen en waardeoriëntatie een hoopvol perspectief bieden op de grote vragen waar de samenleving voor staat. We doen dat in de rotsvaste overtuiging dat mensen en de vitaliteit van hun sociale verbanden daarbij een cruciale rol spelen.

Wat zijn de publieke randvoorwaarden waar de inrichting van de gezondheidszorg aan moet voldoen? Wat is de achtergrond van het huidige zorgverzekeringsstelsel, welke doelen werden nagestreefd en in hoeverre is hier aan voldaan? Deze achtergrondstudie gaat - tien jaar na de invoering van het huidige zorgstelsel - in op deze vragen aan de hand van de uitgangspunten van solidariteit, toegankelijkheid, de mens centraal, rentmeesterschap en gespreide verantwoordelijkheid en een integrale benadering van zorg. Die uitgangspunten zouden de basis moeten zijn om de uitdagingen van de zorg in de 21e eeuw het hoofd te bieden. Vanuit christendemocratisch gedachtegoed worden hier overwegingen en aanbevelingen voor gegeven.