

# Gezondheidszorg: onbegrensde vraag, begrensde solidariteit

*De almaar uitdijende vraag naar gezondheid en zorg enerzijds en schaarse middelen anderzijds zetten de solidariteit in de gezondheidszorg onder druk. Dit vraagt om een diepgaande bezinning op ons gezondheidsbegrip en de wijze waarop we solidariteit vormgeven. Hervormingen zijn nodig voor de houdbaarheid van de solidariteit tussen gezond en ziek, rijk en arm, werkenden en niet-werkenden, jong en oud, en tussen huidige en toekomstige generaties. Het punt waarop wij onze verwachtingen van de solidariteit tussen gezond en ziek moeten bijstellen is bereikt.*

---

door Gerard Adelaar & Raymond Gradus

---

Adelaar is adviseur in de gezondheidszorg. Gradus is directeur van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.

ONS ZORGSTELSEL KENT EEN VER doorgevoerde solidariteit tussen gezond en ziek en een royale publieke bekostiging. De vraag naar zorg is evenwel niet geneigd zichzelf te begrenzen. Het aandeel van de publieke zorguitgaven in het bruto binnenlands product (bbp) vertienvoudigde tussen 1950 en 2010. Bij ongewijzigd beleid zal dit stijgen van 11 procent in 2010 naar 18 procent in 2040. In het CPB-scenario 'betere zorg' is dit zelfs 25 procent. Modale tweeverdieners dragen dan 47 procent van hun bruto inkomen af aan publieke zorgkosten.<sup>1</sup> Dit brengt de grens van het eenrichtingsverkeer van de solidariteit tussen gezond en ziek in zicht. Willen we collectieve solidariteit handhaven, dan zal zorgverlening zuiniger en doelmatiger ingericht

moeten worden. Ook is in de bekostiging een verschuiving nodig van publiek naar privaat. Uiteindelijk vraagt de problematiek, wegens de inherente spanning tussen een almaar groeiende zorgvraag enerzijds en een door de beperkte middelen begrenste solidariteit anderzijds, om bezinning op wat gezond is en wat ziek, wat bij het leven hoort en wat niet, en wat dit betekent voor de solidariteit tussen gezonden en zieken.

#### ONBEGRENSDE VRAAG NAAR GEZONDHEID

De vraag naar gezondheid en zorg is niet geneigd zichzelf te begrenzen. Het gezondheidsbegrip kan oneindig worden opgerekt, omdat we onze lichamelijke en psychische toestand niet snel als volmaakt ervaren. Gedurende de afgelopen halve eeuw zijn vraag naar en aanbod van zorg in een stroomversnelling geraakt.

Om te beginnen is medisch gezien veel meer mogelijk geworden. Het aanbod van medische mogelijkheden werkt daardoor minder begrenzend op de vraag. We zijn geneigd geraakt de problemen met de mogelijkheden der medische wetenschap en techniek op te lossen, en het leven ermee te beheersen. De behoeften aan gezondheid en zorg lopen parallel met 'een door een vooruitgangsgeloof bezielde medische wetenschap'.<sup>2</sup> Aangezien medische wetenschap als antwoord wordt gezien op een vraag die onverzadigbaar is, kan een oneindige spiraal ontstaan. Aan de ene kant dringen zich hier de ingrijpende afwegingen op rondom het levenseinde en de inzet van dure behandelingen voor een geringe levensverlenging.<sup>3</sup> Aan de andere kant doet zich medicalisering voor: de neiging om dat wat ooit als ongemak of kwaaltje werd gezien, nu als ziekte te benoemen en te behandelen.<sup>4</sup>

Hiermee komen we op de volgende ontwikkeling die vraag naar en aanbod van zorg voortstuwt: de verabsolutering van gezondheid en een lang leven als gevolg van het verdwijnen van geloof in een leven buiten en na

*Gezondheid en een lang leven  
verabsoluteren als gevolg van  
het verdwijnen van geloof in een  
leven buiten en na dit leven*

dit leven. Steeds minder mensen herkennen iets van het geduldig dragen van leed als kenmerkend element van de christelijke levenswijze en cultuur. Ziekte en pijn konden ervaren worden als straf van hogerhand, of stonden in het teken van het meedragen van het kruis

van Jezus. Men kan de *Matthäus-Passion* van Bach erop naluisteren. Nu religieuze duidingen wegvallen, moeten ziekte en dood uit het leven worden gebannen.<sup>5</sup> Daarnaast blijft zonder eeuwig leven alleen het leven hier en nu over. Dat moet perfect en zo lang mogelijk zijn. Hierdoor verbreedt

het gezondheidsbegrip zich naar welbevinden en vitaliteit.<sup>6</sup> Dat wordt nog eens versterkt door de prestatie maatschappij. We leggen de lat steeds hoger; er is altijd wel iets wat ons welbevinden saboteert. Dit leidt eveneens tot psychische overbelasting en tot het aanmerken van afwijkingen van het normale in de jeugd als ziekte. Dat we langer leven heeft een toename van chronische ziekten tot gevolg.

De individualisering en verstatelijking kunnen, tot slot, niet onvermeld blijven. Een op zichzelf teruggeworpen individu dat de lat hoog legt, zal met zijn gemedicaliseerde hulpvraag bij overheidsgefinancierde zorg belanden; niet zijn sociale omgeving, maar de psycholoog fungeert als spiegel. Bovendien wordt verzorging die ooit door familie en vrienden werd geleverd, nu georganiseerd via de overheid. Dit heeft in ons land een hoge vlucht genomen; de kans dat een 65-plusser in een verpleeg- of verzorgingstehuis verblijft, is in Nederland 1,6 keer zo hoog als bij onze oosterburen.<sup>7</sup> Daarnaast zet een verstatelijkt stelsel, voor mensen te abstract om zich eigenaar te voelen, bepaald geen rem op vraag naar en aanbod van zorg. De wedloop van vraag en aanbod werd gefaciliteerd door opname van steeds meer behandelingen in het door de overheid vergoede pakket. Daardoor kon de gedachte postvatten dat elke behoefte aan gezondheid via publieke bekostiging bevredigd kan worden.

#### SNEL STIJGENDE ZORGKOSTEN

De publieke zorgkosten liegen er dan ook niet om. Ze stegen van 1 procent van het bbp in 1950 naar ruim 11 procent in 2010.<sup>8</sup> Prognoses voorspellen een stijging van nog eens 5,5 procent bbp tussen 2010 en 2060, bij een EU-gemiddelde van 2,5 procent. In de langdurige zorg wordt een stijging verwacht van ruim drie keer het EU-gemiddelde. Recente ramingen zijn nog somberder.<sup>9</sup> Het CPB heeft voor de komende decennia een aantal scenario's uitgewerkt, waarbij het scenario 'lagere kosten' leidt tot een aandeel van de totale zorgkosten van 19 procent bbp in 2040, 'trendmatig' tot 22 procent en 'betere zorg' tot 31 procent. In 2010 was dit dertien procent.<sup>10</sup>

Daarnaast heeft de zorgsector de komende vijftien jaar 500.000 extra arbeidskrachten nodig.<sup>11</sup> Vooral de langdurige zorg vraagt veel arbeidskrachten, mede omdat sociale hulpvragen zijn geformaliseerd.<sup>12</sup> Een tekort aan zorgkrachten bedreigt de kwaliteit van zorg. Ook kan de zorgsector arbeidskrachten gaan wegs slurpen uit andere sectoren, zeker bij een loonstijging in de zorg. Met stijgende lonen blijft de arbeidsproductiviteit nog verder achter. Allemaal nadelig voor de economie.

Bovendien moet een afnemend aantal werkenden de stijgende zorguitgaven en toenemende behoefte aan arbeidskrachten opvangen. Collec-

tieve zorg wordt grotendeels *bekostigd* tijdens het werkzame leven, maar hoofdzakelijk *genoten* na het vijfenzestigste levensjaar.<sup>13</sup> Door de stijgende levensverwachting, de babyboom en vooral door het afgenomen kindertal per vrouw neemt het aandeel gepensioneerden ten opzichte van het aandeel werkenden sterk toe. Kreeg een vrouw rond 1900 gemiddeld nog 4,5 kinderen, in de jaren zestig was dit gedaald tot 3 en sinds massaal gebruik van de pil vanaf de jaren zeventig staat de teller op 1,75 kind per vrouw.<sup>14</sup>

Het percentage 65-plussers ten opzichte van het aantal 20- tot en met 64-jarigen is dan ook stijgend: 14 procent in 1950 (één op zeven), 20,1 procent in 1980 en 25,6 procent in 2011.<sup>15</sup> Voor 2040 verwacht het CBS een ‘grijze druk’ van 48,8 procent (één op twee).<sup>16</sup> Het gedeelte dat belastingplichtigen van hun inkomen afdragen aan collectieve zorgkosten, zal derhalve sterk groeien. Was dat voor modale tweeverdieners (samen anderhalf keer modaal) in 2010 23,5 procent, in 2040 zal dit in het sobere CPB-scenario 31 procent zijn, in het trendmatige 36 procent en in ‘betere zorg’ 47 procent.<sup>17</sup> In dit laatste scenario soupeert de zorg de volledige inkomensstijging van dertig jaar op.<sup>18</sup>

#### HERVORMEN OM SOLIDAIR TE BLIJVEN

De combinatie van een uitdijende zorgvraag enerzijds en schaarse middelen anderzijds moet onvermijdelijk leiden tot spanningen omtrent de houdbaarheid van solidariteit. In de solidariteit kunnen we in het kader van dit betoog de volgende relaties onderscheiden: gezond – ziek, rijk – arm, werkend – niet werkend, jong – oud, en huidige generaties – toekomstige generaties.

Wat de motieven voor solidariteit ook zijn, sterken leveren iets in ten behoeve van zwakkeren. Hieraan is echter een grens, omdat stijgende zorguitgaven een toenemend beslag leggen op onze uitgaven. Stijgende zorguitgaven leiden ertoe dat andere collectieve sectoren, zoals onderwijs en infrastructuur, moeten krimpen. Dit betekent tevens dat huishoudens niet alleen minder overhouden voor andere collectieve uitgaven, maar ook voor uitgaven aan levensonderhoud en onderdak. Daarnaast leiden hogere zorgpremies en -belastingen tot hogere loonkosten, wat nadelig is voor de concurrentiepositie van Nederlandse bedrijven.

De stijgende zorgvraag en veranderende bevolkingssamenstelling zetten dus de solidariteit tussen werkenden en niet-werkenden onder druk en brengen de grenzen van het eenrichtingsverkeer in de solidariteit tussen gezond en ziek in beeld; niet-zieken willen met hun inkomen nog iets anders doen dan de zorg voor anderen betalen.

Verdringing van andere uitgaven wegens een ver doorgevoerde solida-

riteit van gezond met ziek, heeft bovendien grote gevolgen voor de solidariteit tussen generaties. De solidariteit tussen gezond en ziek valt namelijk grotendeels samen met die tussen jong en oud.<sup>19</sup> Hogere publieke zorguit-

*De solidariteit tussen gezond en ziek valt grotendeels samen met die tussen jong en oud*

gaven leiden ertoe dat minder staatsschuld kan worden afgelost, dat de rekening wordt doorgeschoven en dat ook jonge niet-zieken minder te besteden hebben.

Zorg levert ook baten op. Aangezien deze echter voornamelijk

privaat genoten worden, is de vraag gerechtvaardigd waarom zorg bijna geheel publiek bekostigd zou moeten worden. Hier is van belang dat met name ouderen gebruikmaken van de zorg. Dat is niet erg, zolang voor jongere en toekomstige generaties verwacht mag worden dat hun afdrachten aan publiek vormgegeven solidariteit vergelijkbaar zullen zijn. Door de snelle kostenstijging en veranderende demografie is dit echter niet het geval. De oplopende zorgkosten per gezin illustreren dit.

Het voorgaande betekent ook dat een te ver doorgevoerde solidariteit van gezond met ziek een aanslag is op die solidariteit als aspect van de solidariteit tussen generaties: hoe meer zorg nu collectief vergoed wordt, hoe minder dit in de toekomst het geval kan zijn. We laten ons echter eerder raken door een schrijnend geval van nu, dan door een schrijnend geval van de toekomst. Met onze gestegen verwachtingen van gezondheid en zorg zijn concrete gevallen in de zorg ook nog eens sneller een appel gaan doen op ons gevoel van medeleven. Bij lijden ver weg is dat in mindere mate het geval, maar als tv-beelden een hongersnood in een ontwikkelingsland dichterbij brengen dan kunnen we toch diep geroerd zijn. Alleen kan het lijden van toekomstige generaties ons niet op een dergelijke directe wijze raken. Goede rentmeesters houden daar rekening mee. Dat wat wij kwalificeren als 'ziek' moge nog zo schrijnend zijn, publieke bekostiging van behandeling mag niet ten koste gaan van goede en betaalbare zorg voor jonge en toekomstige generaties. Zullen de zieken van de toekomst ooit niet even concreet zijn als de zieken van nu?

Er bestaat dus een zekere mate van wederkerigheid in de solidariteit tussen gezond en ziek. Het punt waarop wij onze verwachtingen van deze solidariteit moeten bijstellen is bereikt. We zullen er niet aan ontkomen de kosten minder te delen *tussen* generaties en meer *binnen* generaties, zodat dat wat werkenden afdragen aan niet-werkenden rechtvaardiger verdeeld is tussen generaties. Planbare ouderenzorg en andere vormen van zorg zullen daarom in sterkere mate voor eigen rekening moeten komen. We moeten strikt evalueren van welke zorg publieke bekostiging al dan niet noodzakelijk is.

Allereerst is echter zuiniger en doelmatiger verlening van zorg nodig. In de curatieve zorg zal het kostenbewustzijn moeten toenemen. Het is nodig dat zorgverzekeraars voorafgaand aan het kalenderjaar gecompenseerd worden voor verzekerden

*Het punt waarop wij onze verwachtingen van de solidariteit tussen gezond en ziek moeten bijstellen is bereikt*

met bovengemiddeld zorggebruik, en niet meer achteraf. Ze zijn dan sterker geprikkeld om zorgaanbieders te dwingen tot doelmatigheid. Hiermee valt nog veel te besparen; er zijn geen medische redenen voor de grote regiovariaties in het aantal

uitgevoerde behandelingen. Daarnaast moet er iets gebeuren aan de hoge inkomens van medisch specialisten. Van het maatschapsmodel lijken verkeerde prikkels uit te gaan.<sup>20</sup> Stringent beheer van het verzekerde pakket is nodig, onder meer door voorwaardelijke toelating van behandelingen. Essentieel is dat bekostiging gaat plaatsvinden op basis van gezondheidsresultaat en niet op basis van zorghandelingen.<sup>21</sup>

Om echt grenzen te verleggen zal er ook meer zorg voor eigen rekening moeten komen. Niet-noodzakelijke zorgvormen moeten uit het basispakket verdwijnen. Zaken die geen geneeskundige zorg zijn, zoals hoortoestellen en ivf-behandelingen (behoudens bij ernstige ziekte), horen niet in het basispakket thuis. Daarnaast ligt het, als antwoord op de medicalisering van ongemakken, in de rede om behandeling van deze ongemakken uit het vergoede pakket te verwijderen.<sup>22</sup> Ook kunnen voor meer behandelingen eigen betalingen worden geïntroduceerd. Tot slot kan met een hoger, maar wel inkomensafhankelijk, eigen risico de balans in de solidariteit tussen gezond en ziek worden verlegd. Chronisch zieken met een laag inkomen krijgen een tegemoetkoming.

Bovendien is het hoog tijd voor een echte hervorming van de langdurige zorg, waarbij personen en hun familie hun verantwoordelijkheid zo veel mogelijk terugkrijgen en de rol van de overheid wordt teruggebracht. De AWBZ moet toegespitst worden op medische hulpvragen van chronische zieken met een zware zorgbehoefte van wie de behandelingskosten in redelijkheid niet gedragen kunnen worden, zoals vroeggehandicapten en (ernstig) psychogeriatrische ouderen. Zorg die korter duurt dan een jaar gaat naar de Zorgverzekeringswet. Sociale hulp gaat naar de wmo, omdat gemeenten het dichtst bij de mensen staan die deze hulp qua zorgbehoefte en inkomenssituatie het hardst nodig hebben. Hier wordt via budgettering een aanzienlijke besparing gerealiseerd. Daarnaast worden wonen en zorg gescheiden. Ouderen kunnen dan langer in hun eigen omgeving blijven wonen en er ontstaat concurrentie tussen zorgaanbieders. Bij intramurale

zorg betalen zij de wooncomponent inclusief verblijfkosten zelf. Vervolgens wordt een voucher in het leven geroepen die zorggebruikers kunnen inleveren bij gecertificeerde zorgaanbieders, die de voucher op hun beurt kunnen verzilveren bij de AWBZ-kas.<sup>23</sup>

#### BESLUIT

Hiervoor is geschetst hoe de combinatie van een almaar uitdijende vraag naar zorg enerzijds en schaarse middelen anderzijds moet leiden tot problemen met de houdbaarheid van solidariteit. De ver doorgevoerde solidariteit tussen gezond en ziek legt een toenemend beslag op ons inkomen. Dit zet de solidariteit tussen werkenden en niet-werkenden, tussen jong en oud onder druk. De grootste bedreiging is er voor de solidariteit met jonge en toekomstige generaties. Hervormingen in de zorg zullen om te beginnen doelmatigheid tot gevolg moeten hebben. Vervolgens is nodig dat zorg meer privaat en minder publiek bekostigd wordt. Maar ook daar zitten uiteindelijk grenzen aan, onder meer op grond van algemeen gehuldigde opvattingen over wat al dan niet aanvaardbaar is voor chronisch zieken en mensen met lage inkomens, en personen bij wie dit samenvalt. Daarmee staat vast dat ook dan, bij een groeiende zorgvraag en groeiend zorgaanbod, de houdbaarheid van solidariteit blijvend een vraagteken zal zijn. Vraagt dit niet om bezinning op onze verwachtingen van gezondheid en zorg en van de solidariteit tussen gezond en ziek?

#### Noten

- 1 Albert van der Horst, Frank van Erp en Jasper de Jong, *Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg. Deelrapport 1 van het onderzoeksprogramma 'Toekomst Zorg'*. Den Haag: CPB, 2011a, p. 52.
- 2 H. Jochemsen, 'Ethische en financiële grenzen van de zorg. Een cultuurfilosofische bespreking', in: Lindeboom Instituut, *De grenzen bereikt? Over ethische vragen bij financiële begrenzing van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1991, pp. 34-35.
- 3 Zie bijvoorbeeld Frank Bosch, Marith Rebel-Volp en Marcel Levi, 'Sterven kost veel geld in ziekenhuis', *de Volkskrant*, 10 maart 2012; Wim Köhler, 'Een kwartaal langer leven voor € 84.000', *NRC Handelsblad*, 19 mei 2012; Joost Visser, "'De arts staat in de behandelmodus'", *Medisch Contact* 67 (2012), nr. 22 (1 juni), pp. 1326-1329; 'Die dermatoloog en longarts zijn niet wijs', *NRC Handelsblad*, 8 oktober 2011.
- 4 College voor Zorgverzekeringen, *Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering*. Diemen: cvz, 2012, p. 16.
- 5 Zie Henri Beunders, *Publieke tranen. De drijfveren van de emotiecultuur*. Amsterdam: Contact, 2002, pp. 103-145.
- 6 Fons van der Lucht en Johan Polder, *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum/RIVM, 2010, p. 29.
- 7 Raymond Gradus en Evert Jan van Asselt, 'De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland', *Economisch Statistische Berichten* 96 (2011), nr. 4607 (1 april), pp. 202-204, hier p. 203.
- 8 Jan Donders en Raymond Gradus, *Toegang tot de collectieve sector*. Den Haag: Sdu, 2007, p. 23; Van der Horst, Van Erp en De Jong 2011, p. 18.
- 9 Raymond Gradus, 'Reforms to limit

- increases in health care expenditures, with special attention to the Netherlands', *Review of European Studies* 4 (2012), nr. 1, pp. 73-74.
- 10 Van der Horst, Van Erp en De Jong 2011.
  - 11 Sociaal-Economische Raad, *Langdurige zorg verzekerd. Advies over de toekomst van de AWBZ*. Den Haag: SER, 2008, pp. 60-61.
  - 12 Zie Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Naar een toekomstbestendige AWBZ. Een christendemocratische visie op de langdurige zorg*. Den Haag: Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, 2008.
  - 13 Albert van der Horst e.a., *Vergrijzing verdeeld. Toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën*. Den Haag: CPB, 2010.
  - 14 Van der Horst e.a. 2010, pp. 12-13, 31-34.
  - 15 Centraal Bureau voor de Statistiek, 'Bevolking, huishoudens en bevolkingsontwikkeling; vanaf 1899', 2012. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37556&D1=0-44&D2=1,11,21,31,41,51,61,71,81,91,101,1&HD=120429-1518-&HDR=G1&STB=T>.
  - 16 Centraal Bureau voor de Statistiek, *Bevolkingsprognose 2009-2060*. Den Haag: CBS, 2010.
  - 17 Albert van der Horst, Frank van Erp en Jasper de Jong, *Zorg blijft groeien. Financiering onder druk*. Den Haag: CPB, 2011b, p. 8.
  - 18 Van der Horst, Van Erp en De Jong 2011a, p. 52.
  - 19 Van der Horst, Van Erp en De Jong 2011a, pp. 24-25.
  - 20 Rudy Douven, Remco Mocking en Ilaria Mosca, *The effect of physician fees and density differences on regional variation in hospital treatments* (NZA Research Paper 2012-01). Den Haag: Nederlandse Zorgautoriteit, 2012.
  - 21 Dit is ook door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg en in de Tweede Kamer bepleit. Zie Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Sturen op gezondheidsdoelen*. Den Haag: RVZ, 2011; en motie-Smilde c.s., *Kamerstukken II* 2011/12, 33 000 XVI, nr. 45.
  - 22 Zie College voor Zorgverzekeringen 2012.
  - 23 Lans Bovenberg en Raymond Gradus, 'Duurzame langdurige zorg', *Economisch Statistische Berichten* 93 (2008), nr. 4539 (11 juli), pp. 426-428.