

Solidariteit in de gezondheidszorg: een project tot volksopvoeding

Margo Trappenburg¹

1. Inleiding

In 1989 verscheen *Zorg en de staat*, een prachtige geschiedenis van de verzorgingsstaat in West Europa en Amerika van de hand van Abram de Swaan. De Swaan beschreef in dit boek hoe de nationale verzorgingsstaat zich ontwikkelde uit kleinschalige arrangementen. Kleinschalige bedrijfsverzekeringen tegen werkloosheid, en tegen arbeidsderving door ziekte of arbeidsongeschiktheid waren de voorloper van de huidige Werkloosheidswet, Ziektewet en de Wet op de arbeidsongeschiktheid. Kleinschalige arbeidersonderlinges (waarborgmaatschappijen), arbeidersbussen of arbeidersfondsen beheerd door arbeiders zelf voorzagen in financiële hulp bij ziektekosten. De arbeiders beheerden hun ziekenfondsen zelf, namen op gunstige voorwaarden ‘fondsdokters’ in dienst, gingen wekelijks langs de deur bij de fondsleden om de contributies op te halen en probeerden controle te houden over de besteding van de middelen.² De arbeidersonderlinges waren de voorloper van hedendaagse arrangementen als de Britse National Health Service, en het Duitse en Nederlandse ziekenfondssysteem. Plaatselijke charitatieve stelsels bestuurd door verlichte notabelen of door de kerk waren de voorloper van de huidige bijstandswet.³

De Swaan laat zien hoe de kleinschalige arrangementen om verschillende redenen niet duurzaam bleken. Bij het faillissement van een heel bedrijf verdwenen de door de werknemers van dat bedrijf bijeengespaarde bedragen voor perioden van werkloosheid in de failliete boedel en hadden zij er niets meer aan. Een ernstig nadeel was ook dat arbeiders hun opgespaarde vermogen kwijt raakten als zij een baan elders accepteerden.⁴

De arbeidersziekenfondsen werden beheerd door amateurs zonder veel actuair inzicht. Deze gingen ervan uit mensen van lagere stand, met een minder geregeld leefpatroon of met bescheiden middelen, groter gevaar liepen om ziek te worden. Sowieso werd in de 19^e eeuw vaak aangenomen dat ziekte voortkwam uit immoreel gedrag dat werd geassocieerd, met de lagere klassen. Statusbepaling kwam in de plaats van risicoberekening, schrijft De Swaan en dit leidde tot willekeur en vriendjespolitiek bij pogingen om simulanten te weren. Daar kwam bij dat commerciële verzekeraars zich begaven op de markt voor ziektekostenverzekering en daarbij probeerden om de voor hen meest aantrekkelijke klanten los te weken uit de arbeidersziekenfondsen.⁵

Lokale charitatieve systemen waren altijd kwetsbaar voor een te grote toevloed van armen als de ene gemeente meer steun leek te bieden dan de andere.⁶

Schaalvergroting en staatsdwang leken voor al deze problemen de logische oplossing, ook al waren daar nadelen aan verbonden: dwang is per definitie niet leuk en grootschaligheid leidt onvermijdelijk tot bureaucratische regeltoepassing in plaats van het traditionele maatwerk waar de kleinschalige arrangementen in voorzagen. Het enthousiasme voor de statelijke arrangementen was daarom in eerste instantie niet overal even groot. De Swaan beschrijft hoe groepen arbeiders node afstand wilden doen van hun zelfbeheerde fondsen, hoe sommige werkgevers zich verzetten tegen overheidsinmenging in de arbeidsverhoudingen en

¹ Delen van deze bijdrage heb ik eerder gebruikt in mijn oratie: M.Trappenburg, *Gezondheidszorg en democratie*, rede EUR 2005.

² A. de Swaan, *Zorg en de staat, welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*, vert. door H. Hendriks, Bert Bakker, Amsterdam 1989, hfdst. 5.

³ A. de Swaan, *Zorg en de staat*, hfdst. 2.

⁴ A. de Swaan, *Zorg en de staat*, p. 176.

⁵ A. de Swaan, *Zorg en de staat*, hfdst. 5.

⁶ A. de Swaan, *Zorg en de staat*, o.m. p. 48.

hoe tegenstanders van een nationaal vangnet hamerden op de mooie kanten van hulp op basis van vrijwilligheid en liefdadigheid.

Niettemin ontstond de verzorgingsstaat, gebaseerd op enerzijds de verplichte afdracht van premies en belastingen en anderzijds een geheel van uitkeringen en voorzieningen, toegekend door bureaucratische instanties, bedoeld om burgers te beschermen tegen de wisselvalligheden van het dagelijks leven. Van lieverlee ontstond er ook draagvlak voor de verzorgingsstaat onder de bevolking. De Swaan typeert dit draagvlak als een groot besef van interdependentie en een gevoel van verantwoordelijkheid voor het leed van anderen. Burgers in een moderne verzorgingsstaat voelen zich niet alleen verbonden met zieke burens, werkloze familieleden en behoeftige bedelaars op hun stoep; zij voelen zich ook verbonden met de bredere groep van mensen binnen de landsgrenzen en zijn bereid om voor het leed van die mensen te betalen. De Swaan schrijft: “Het zou verkeerd zijn om dit ‘sociaal bewustzijn’ geringschattend af te doen, alleen omdat het diffuus en abstract is, en niet aanspoort tot rechtstreekse persoonlijke ingrepen, want het is helemaal niet gratis. Het impliceert stilzwijgende instemming met een aanzienlijke belastingdruk en met een inkomensherverdeling die weliswaar de verticale verschillen tussen de inkomens nauwelijks aantast, maar die tussen generaties, tussen geslachten en tussen de actieven en niet-actieven aanmerkelijk.”⁷

In het tweede deel van deze bijdrage zal ik kort beschrijven hoe dit diffuse, abstracte solidariteitsarrangement eruit ziet in de Nederlandse gezondheidszorg. Ik zal betogen dat dit arrangement weliswaar niet ideaal is, maar zeer wel verdedigbaar, dat het breed wordt onderschreven door Nederlandse burgers en dat de onderliggende argumentatie bij dit arrangement ook nog steeds veel wordt gehanteerd door Nederlandse politici als zij willen bezuinigen op de zorg.

In het derde deel van deze bijdrage zal ik laten zien dat politici desondanks ontevreden zijn met het bestaande arrangement en dat zij om die reden de Nederlandse bevolking sinds eind jaren tachtig hebben onderworpen aan culturele veranderingsoffensieven van verschillende aard. Abstracte en diffuse solidariteit gebaseerd op een besef van lotsverbondenheid wordt door politieke elites veelvuldig impliciet of expliciet beschouwd als een verkeerd type solidariteit. Burgers, zo lijkt het, moeten worden heropgevoed. De ongecompliceerde solidariteit, gebaseerd op interdependentie en lotsverbondenheid, zou moeten plaatsmaken voor warme solidariteit gebaseerd op gedeelde noties over de gemeenschap en de zin van het leven. Of burgers zouden gezondheidszorg moeten gaan zien als een kostenpost waarvoor zij zelf, naar eigen voorkeur en eigen inzicht, de verantwoordelijkheid zouden moeten dragen, terwijl de solidariteit met medeburgers zich tot een minimum zou moeten beperken. In elk geval mag het niet blijven zoals het nu is, lijkt de permanente boodschap van veel politici.

In mijn afsluitende conclusie zal ik proberen de balans op te maken. Is de status quo werkelijk onhoudbaar, zoals sommige politici denken en zo ja, hebben de verschillende culturele heropvoedingsprojecten die na elkaar of tegelijkertijd zijn ondernomen enige kans van slagen? Zullen zij het solidariteitsarrangement van de gezondheidszorg kunnen veranderen?

2. Solidariteit in de medische sfeer: het oude model

De Nederlandse gezondheidszorg is, vergeleken met bijvoorbeeld de Britse National Health Service, tamelijk ingewikkeld georganiseerd. Het huidige stelsel is niet de vrucht van een tekentafelontwerp dat in een keer is ingevoerd, het is een deken bestaande uit lapjes die er in

⁷ A. de Swaan, *Zorg en de staat*, p. 260.

verschillende jaren en met verschillende kleuren aan vast genaaid zijn. De structuur is niettemin bij de meeste Nederlanders bekend. Voor langdurige intramurale zorg (zorg in een inrichting voor verstandelijk gehandicapten, zorg in een psychiatrische of geriatrische inrichting) hebben wij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een volksverzekering die wordt betaald uit inkomensafhankelijke premies. Voor de reguliere gezondheidszorg hebben wij het ziekenfonds en de particuliere verzekeraars. Ongeveer twee derde van de burgers is verzekerd via het ziekenfonds. Zij betalen een inkomensafhankelijke premie die wordt ingehouden op hun loon. Ziekenfonds verzekerden horen tot het minder draagkrachtige deel van het land.

Van de overige Nederlandse burgers is het grootste deel particulier verzekerd (een klein deel valt nog onder een speciale ziektekostenverzekering voor ambtenaren). Particulier verzekerden betalen een inkomensafhankelijke premie aan hun zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar mag zijn premie laten variëren met de leeftijd of gezondheidstoestand van de cliënt. Particulier verzekerden ondergaan vaak een soort medische selectie als zij zich aanmelden bij een verzekeraar. Voor verzekerden die in een slechte gezondheidstoestand verkeren en niet verzekerd zijn bij het ziekenfonds bestaat de zogeheten standaardpakketpolis. Particuliere verzekeraars bieden deze patiënten een pakket dat zich laat vergelijken met het ziekenfondspakket, tegen een tamelijk hoge, maar – gezien de gezondheidstoestand van deze categorie – niet kostendekkende premie. Om de kosten van deze groep verzekerden op te kunnen vangen betalen particulier verzekerden een wettelijke toeslag bovenop hun ziektekostenpremie.

Ondanks dit ingewikkelde amalgaam van regelingen is de georganiseerde administratieve solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg groot. Was het vroeger nog zo dat ziekenfondsverzekerden soms minder recht op zorg hadden dan particulier verzekerden, dat onderscheid is inmiddels verdwenen. Rijk en arm zijn voor de dokter gelijk, lijkt het leidende principe in de Nederlandse gezondheidszorg. Het is een principe dat brede steun geniet onder de bevolking. Suzanne van de Vathorst opent haar proefschrift over rechtvaardigheid en solidariteit in de gezondheidszorg met een NIPO peiling uit 1995. 86 % van de NIPO respondenten was van mening dat iedereen, rijk of arm, gelijke toegang zou moeten hebben tot de gezondheidszorg.⁸ In 2002 peilde het Sociaal en Cultureel Planbureau onze mening over de publieke voorzieningen. 75 % van de Nederlanders vond dat de gezondheidszorg toegankelijk zou moeten zijn, ongeacht inkomen. Nederlanders hebben niet veel bezwaar tegen inkomensongelijkheid, maar zij vinden het – vaker dan burgers in andere landen – heel erg als rijkdom zou leiden tot snellere toegang tot publieke voorzieningen.⁹ In het *Sociaal en Cultureel Rapport 2004* wordt deze overtuiging opnieuw, zelfs in verhevigde mate aangetroffen. 91 % van de respondenten van het SCP zou het onwenselijk vinden als mensen die meer kunnen betalen ook betere zorg krijgen.¹⁰

In hun oordeel over verdelingsvraagstukken lijken Nederlanders op de Amerikaanse politiek filosoof Michael Walzer. Volgens Michael Walzer bestaat het leven in een westers liberale samenleving als de onze uit een aantal maatschappelijke sferen. Er is de sfeer van het onderwijs, de sfeer van liefde en affectie, de sfeer van de medische zorg, de sfeer van goddelijke genade, de sfeer van het burgerschap en de sfeer van geld en goederen. Binnen elke maatschappelijke sfeer worden bepaalde dingen verdeeld volgens bijbehorende criteria.

In de sfeer van de goddelijke genade bijvoorbeeld tellen religieuze criteria. De vraag of een vrouw ooit paus moet kunnen worden wordt in die sfeer niet beantwoord aan de hand van de Wet gelijke behandeling. Homoseksuele kerkgangers die willen aanzitten aan het

⁸ S. v.d. Vathorst, *Your Money of My Life. Justice, Solidarity and Responsibility in Dutch Health Care*, diss. VU, 2001, p. 7.

⁹ SCP, *Het sociale draagvlak voor de quartaire sector 1970-2000*, Den Haag, SCP 2003, p. 37, 114-115.

¹⁰ SCP, *In het zicht van de toekomst*, Sociaal en Cultureel rapport 2004, Den Haag, SCP 2004, p. 389.

avondmaal moeten in de sfeer van de goddelijke genade een beroep doen op de heilige schrift en niet op wereldlijke regels.

In de sfeer van het onderwijs gelden twee belangrijke beginselen. Lager onderwijs behoort zo te worden verdeeld dat kinderen (ongeacht hun ras, geslacht, religie of sociale milieu) gelijke startkansen hebben in de maatschappij. Hoger onderwijs daarentegen moet worden verdeeld naar rato van verdienste. De meest getalenteerde en ijverigste studenten hebben als eerste recht op een plaats aan de universiteit. Deze visie op de verdeling van hoger onderwijs vinden we direct terug in het Sociaal en Cultureel rapport. 74 % van de Nederlanders vindt selectie op talent aan de poort van het hoger onderwijs wenselijk. Toen de getalenteerde VWO scholiere Meike Vernooij (haar gemiddelde cijfer op haar VWO diploma lag boven de negen) voor de tweede keer werd uitgeloot voor de studie geneeskunde leidde dit tot grote publieke verontwaardiging.

In de sfeer van de gewone goederen geldt de wet van vraag en aanbod en de logica van de markt: dvd spelers, mantelpakjes en mannenparfums mogen geheel naar eigen inzicht door producenten en consumenten worden verhandeld. Daarbij is het geen probleem dat de een zich een betere dvd speler, een mooier mantelpakje of een lekkerder luchtje kan veroorloven dan de ander.

In de sfeer van de medische zorg gelden weer andere principes. Medische zorg moet worden verdeeld naar medische behoefte. Dokters moeten niet kijken wie het rijkst, het mooist, het liefst of het belangrijkste is, zij moeten kijken wie er het ergst aan toe is en die patiënt komt eerst. Geen voorkeursbehandeling voor de rijken, de economisch nuttigen, voor premier Balkenende, prins Claus of prins Bernard. Zo, althans, zou het horen te zijn, niet alleen volgens Walzer, maar ook volgens de grote meerderheid van 91 % van de respondenten van het SCP.

Walzer betoogt dat deze sfeerspecifieke rechtvaardigheidsnoties berusten op onze gedeelde waarden. Hij beweert met andere woorden dat 'wij' vinden dat medische zorg, onderwijs, goddelijke genade en geld en goederen in onze samenleving moeten worden verdeeld op de manier die ik zojuist heb beschreven. Maar hij gaat verder; hij vindt ook dat onze gedeelde waarden mooi in elkaar zitten. Als mensen in elke maatschappelijke sfeer worden beoordeeld aan de hand van andere criteria, dan zullen die mensen zelden op alle fronten tegelijk verliezen. Iemand kan een waardeloze zakenman zijn in de sfeer van geld en goederen, maar dat zou geen gevolgen mogen hebben buiten die sfeer. De waardeloze zakenman wordt weliswaar niet rijk, maar kan nog steeds een lieve vader zijn, een gepassioneerd lid van de gemeenteraad, of een gerespecteerde ouderling in zijn kerk. Zijn kinderen zouden de school moeten kunnen bezoeken die past bij hun talenten, ongeacht het lage inkomen van hun vader. En als hij bij zijn dokter komt, zijn z'n portemonnee en zijn mislukte carrière in het bedrijfsleven irrelevant. Als hij ziek is en medische hulp nodig heeft is dat voor de dokter het enige wat telt.

Het principe van medische zorg naar medische behoefte vereist dat scherp kan worden afgebakend wat medische zorg is en wat telt als medische behoefte. In tijden van economische voorspoed luistert dat niet zo nauw, maar bij economische tegenwind moet er kunnen worden bezuinigd. Kan dat met dit model? Ja en nee. Eerst het nee. Een klassiek probleem met het Nederlandse stelsel is dat de overheid alleen zeggenschap heeft over de reikwijdte van de AWBZ, over de omvang van het ziekenfondspakket en over de half via de overheid lopende standaardpakketpolis voor particulier verzekerden. De overheid kan niet ingrijpen in ziektekostenpolis van particuliere verzekeraars en hun 'gewone' verzekerden. Dat leidt ertoe dat aan een discussie over bezuinigingen in de zorg vaak een onaangename bijklank zit. Het meest draagkrachtige deel van de bevolking besluit om het zorgpakket voor het minst draagkrachtige deel van diezelfde bevolking op te schonen of uit te dunnen. Vanuit een

democratisch gezichtspunt is het veel beter als politieke elites regels vaststellen waaraan zij zelf ook worden onderworpen.

Dan het ja. De Swaan wees er in zijn boek uit 1989 al op dat de medische professie bepaald niet zat en zit te wachten op uitbreiding van haar taken en bevoegdheden buiten het medische domein: “[D]e machtsbasis van de beroepsgroep berustte (...) op eendracht binnen de gelederen, het gezag was gestoeld op eenstemmigheid over de grondslagen van de medische wetenschap. Wanneer het medische regime zich uitbreidde tot aspecten van het bestaan waar de medische deskundigheid als zodanig ontoereikend was voor de rechtvaardiging van de voorschriften dreigden de tegengestelde wereldbeschouwingen binnen de professie in het geding te komen en dus openlijk met elkaar in conflict te raken. Zulke verdeeldheid zou de onderhandelingspositie van de medische elites tegenover de staat en de daarmee gelieerde adviesorganen aantasten. De uitbreiding van het medische regime over zijn legitimiteitsgrenzen heen tastte ook het gezag van het medisch korps jegens de buitenwacht aan. Het maakte de medische machtsuitoefening tot voorwerp van openbare discussie en politieke kritiek, juist op die punten waar de professie per definitie kwetsbaar was, omdat het beleid niet volledig te rechtvaardigen blijkt op grond van medische deskundigheid, de enige rechtvaardigingsgrond voor machtsuitoefening.”¹¹ Deze neiging van medici om zich te beperken tot de ‘core business’ van de geneeskunde komt in tijden van economische tegenwind goed van pas. Politici kunnen dan besluiten om behandelwijzen of geneesmiddelen die zich bevinden aan de rand van de geneeskunde, of die aanleiding kunnen geven tot ideologische conflicten, uit het collectieve pakket te verwijderen. Dat is ook precies wat veelvuldig gebeurt. Er is in het verleden bezuinigd op fysiotherapie, een vorm van therapie waarvan de effectiviteit altijd omstreden is. Er is bezuinigd op psychotherapie, waarvoor grotendeels hetzelfde gold. Er is met enige regelmaat bezuinigd op tandheelkundige zorg, wat denkelijk samenhangt met het feit dat tandartsen zich als beroepsgroep bevinden aan de rand van de geneeskunde. Er is bezuinigd op wonen, vervoer en huishoudelijke hulp, voorzieningen die in tijden van hoogconjunctuur in de AWBZ terecht waren gekomen, maar die natuurlijk niet behoren tot de ‘core business’ van de medische sector. De anticonceptiepil is uit het ziekenfondspakket gehaald. Er is bezuinigd op vruchtbaarheidsbehandelingen, deels vanuit de gedachte dat ongewilde kinderloosheid wel erg treurig is, maar in veel gevallen niet kan worden teruggevoerd op een onderliggend medisch probleem (het komt bijvoorbeeld voor dat partners samen verminderd vruchtbaar zijn, maar elk afzonderlijk wel vruchtbaar).¹²

Per 1 januari 2005 zijn de volgende behandelingen geschrapt uit het ziekenfondspakket:

- behandeling tegen snurken
- flapoorcorrectie
- bovenooglidcorrectie (uitgezonderd aangeboren afwijkingen en aandoeningen)
- borstprothese (behalve bij – gedeeltelijke – amputatie)
- buikwandcorrectie
- hersteloperatie na sterilisatie (bij mannen en vrouwen)
- besnijdenissen.¹³

Het is duidelijk dat het hier opnieuw gaat om voorzieningen aan de rand van de geneeskunde. Snurken lijkt niet zozeer op een medische aandoening, als wel op iets waar we allemaal wel eens last van kunnen hebben. Onvruchtbaarheid als gevolg van een zelf gewilde sterilisatie lijkt niet erg op een ziekte, en een hersteloperatie om deze toestand ongedaan te maken kan dus ook niet worden gekwalificeerd als een medische behandeling. Flapoorcorrecties,

¹¹ De Swaan, *Zorg en de staat*, p. 248.

¹² Vgl. W. Dondorp, Vergoeding van ivf: alleen als het echt nodig is, *Filosofie & Praktijk*, 2004, jrg. 25, nr. 1, pp. 14-27.

¹³ www.minvws.nl, dossier Zorg in 2005, geraadpleegd op 7-2-2005.

bovenooglidcorrecties, buikwandcorrecties en borstprotheses lijken te kunnen worden gekwalificeerd als cosmetische chirurgie ter verfraaiing van het eigen uiterlijk. Vandaar dat ook uitzonderingen worden gemaakt voor die patiënten bij wie toch sprake is van pathologie; een borstkankerpatiënte heeft recht op een borstprothese maar een beginnende soapster die haar arbeidskansen hoopt te vergroten met een grotere boezem moet haar nieuwe cupmaat zelf betalen. Besnijdenissen ten slotte, worden meestal verricht om religieuze en niet om medische redenen; ook die kunnen dus met enig recht uit het ziekenfondspakket worden verwijderd (terecht is er door urologen op gewezen dat hier een uitzondering zou moeten worden gemaakt voor besnijdenissen die wel op medische indicatie plaatsvinden).

Wie met het oude model wil bezuinigen hoeft zich echter niet te beperken tot snoeien in het collectief verzekerde pakket. Hij kan bovendien pleiten voor minder 'interdokter variatie' en meer 'evidence based' geneeskunde. In 1991 constateerde de Gezondheidsraad in een veel gelezen rapport dat er onder artsen grote verschillen van inzicht en aanpak voorkwamen.¹⁴ De Gezondheidsraad vond dit onwenselijk; de raad vond dat artsen veel meer moesten werken op basis van wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen. Sindsdien heeft het maken en toepassen van richtlijnen een hoge vlucht genomen en voorstelbaar is dat het toepassen van richtlijnen in een aantal gevallen ook kostenremmend werkt. Een arts die een richtlijn volgt en conform die richtlijn geen extra batterij testjes bestelt voelt zich vermoedelijk sterker dan een arts die van die testjes afziet omdat hij het gevoel heeft dat er niets bijzonders met zijn patiënt aan de hand is.

Ten slotte was het met het oude model ook nog mogelijk om te bezuinigen door het stellen van prioriteiten op medische gronden. De politiek besloot om de zorg te binden aan uitgavenplafonds en artsen werden geacht binnen de grenzen van het budget de zorg zo te organiseren dat patiënten die er het ergst aan toe waren het eerst werden behandeld. Deze manier van bezuinigen is binnen zekere grenzen verdedigbaar. Het probleem was dat de kaders op zeker moment zo knellend werden dat patiënten die geen urgente, levensbedreigende aandoening hadden veel te lang op een wachtlijst stonden. Patiënten met een ernstige aandoening moesten soms wachten tot hun toestand urgent of levensbedreigend werd en soms kwam het zelfs voor dat patiënten overleden op de wachtlijst.¹⁵ Het stellen van budgettaire kaders kon daarnaast leiden tot het ontstaan van sluiptwegen in de zorg. Het bestaan van wachtlijsten leidde tot een roep om privé klinieken. Werkgevers die zich zorgen maakten om het ziekteverzuim van hun werknemers drongen aan op voorrangsbehandeling voor deze groep. Het vaststellen van budgetten en uitgavenplafonds is een geschikte manier van bezuinigen (het percentage van het bruto nationaal product dat Nederland besteedt aan gezondheidszorg is er jarenlang tamelijk stabiel door gebleven), maar als de budgettaire kaders te rigide worden zal de onbeantwoorde vraag naar zorg zich een weg zoeken buiten het officiële systeem om en dat kan leiden tot ongelijkheid in de zorg: Voorrangszorg voor werknemers is namelijk niet bestemd voor huisvrouwen, kinderen en gepensioneerden. Zorg in privé klinieken is in beginsel bedoeld voor diegenen die zich dat kunnen veroorloven.¹⁶

Kort samengevat. Het oude solidariteitsmodel in de gezondheidszorg is gebaseerd op wat De Swaan aanduidt als diffuse en abstracte solidariteit. Burgers onderschrijven het principe dat medische zorg moet worden verdeeld naar medische behoefte. Het bestaande zorgstelsel in Nederland is een imperfecte uitwerking van dit principe. Met name de tweedeling tussen ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden is een storende weeffout. Ondanks deze weeffout is het in de afgelopen decennia toch mogelijk gebleken om

¹⁴ Gezondheidsraad, *Medisch handelen op een tweesprong*, Den Haag 1991.

¹⁵ Vgl. M.J. Trappenburg, *Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland*, Tjeenk Willink, Zwolle, 1993, hfdst. 2. Zie ook M. de Brauw, *De wachtlijst en andere gezondheidszorgen*, pamflet, Van Oorschot, Amsterdam, 2001.

¹⁶ Vgl. WRR, *Volksgezondheidszorg*, Den Haag, SDU 1997.

met behulp van het oude model te bezuinigen. Zowel de categorie ‘medische behoefte’ als de categorie ‘medische zorg’ kunnen meer en minder strikt worden geïnterpreteerd; in tijden van economische tegenspoed kan worden gekozen voor een strikte invulling. Het invoeren en meer of minder dwingend opleggen van protocollen en richtlijnen kan ook een kostendempend effect hebben en ten slotte is het mogelijk om budgettaire kaders vast te stellen, mits die niet al te zeer knellen. Desondanks proberen Nederlandse politici, beleidsmakers en beleidsadviseurs al sinds eind jaren '80 om zowel het stelsel als de bijbehorende solidariteitsgevoelens in de bevolking om te buigen en bij te sturen.

3. Heropvoedingsprojecten

Globaal gezien laten zich in de heropvoedingsprojecten twee richtingen onderscheiden die na elkaar en naast elkaar worden uitgetoetst. Het eerste heropvoedingsproject is een project in communitaristische richting. Het is in zijn meest uitgewerkte vorm terug te vinden in het rapport van de commissie Dunning (officieel de commissie Keuzen in de zorg) uit 1991. De commissie Dunning betoogde in haar rapport *Kiezen en delen* dat er drie manieren bestaan om gezondheid te definiëren en navenant ook drie manieren om gezondheidszorg te verdelen: het individuele behoefte model, het medisch-professionele model en het gemeenschapsmodel. Binnen het medisch-professionele model is een ziekte een aantoonbare afwijking van het normaal biologisch functioneren. In sommige gevallen kan daar iets aan worden gedaan, dan is er een behandeling beschikbaar waarvan medici in wetenschappelijk onderzoek hebben vastgesteld dat deze werkzaam is: de patiënt kan erdoor opknappen of genezen. Binnen het individuele behoefte model zijn ziekte en gezondheid subjectieve categorieën. De ene mens kan prima leven met een bepaalde aandoening, de ander ziet door diezelfde aandoening zijn hele toekomst in duigen vallen. Het ligt dus voor de hand dat die tweede persoon veel meer behoefte zal hebben aan behandeling van de betreffende aandoening. Binnen het gemeenschapsgerichte model “wordt gezondheid gezien als de mogelijkheid voor ieder lid van een gemeenschap normaal te kunnen functioneren, zoals dat op dit moment in de Nederlandse samenleving geldt.”¹⁷ Bij elk van deze modellen hoort een verdelingsmechanisme.

Het logische verdelingsmechanisme van het medisch-professionele model is het hierboven beschreven klassieke patroon: zodra een behandeling onder medici wordt erkend als werkzaam en effectief (en beter dan een eerdere, andere behandeling van dezelfde kwaal), dan heeft men recht op die behandeling als men (volgens de dokter) lijdt aan de aandoening of ziekte die daarbij hoort.

Het logische verdelingsmechanisme van het individuele behoefte model is de markt. Als ziekte en gezondheid in hoge mate samenhangen met individuele preferenties en als voor behandelingen hetzelfde geldt, dan ligt het voor de hand dat iedereen zelf naar eigen smaak moet kunnen shoppen op de markt van welzijn en geluk.

Het logische verdelingsmechanisme van het gemeenschapsmodel is brede maatschappelijke deliberatie over wat in onze samenleving minimaal noodzakelijk is om mee te kunnen doen als burger, gevolgd door politieke besluitvorming over de inhoud van het verzekeringspakket. De commissie Dunning pleitte voor deze laatste benadering en in het verlengde daarvan voor veel bezinning op en discussie over de invulling van burgerschap in onze gemeenschap.¹⁸ De commissie liet zich daarbij inspireren door het werk van de communitaristische Amerikaanse filosoof Daniel Callahan.¹⁹ In diens visie zou een politieke gemeenschap collectief prioriteiten moeten stellen in de zorg, waarbij men dan bijvoorbeeld

¹⁷ Commissie Keuzen in de zorg, *Kiezen en delen*, SDU, Den Haag 1991, p. 15.

¹⁸ Commissie Keuzen in de zorg, p. 119.

¹⁹ Commissie Keuzen in de zorg, p. 126.

zou kunnen beslissen om ouderen uit te sluiten van bepaalde vormen van zorg. Een gemeenschap heeft immers meer belang bij sterke volwassenen in de kracht van hun leven dan bij hoog bejaarde medeburgers die niet veel kunnen doen voor het algemeen belang.²⁰ Het rapport van de commissie Dunning werd veel gelezen en algemeen gewaardeerd. Velen wezen er echter op dat de door de commissie aanbevolen gemeenschapsgerichte benadering in Nederland niet zou kunnen werken omdat Nederland daarvoor onvoldoende een gemeenschap was. De benadering van de commissie Dunning veronderstelde dat er binnen de Nederlandse bevolking consensus zou kunnen worden bereikt over de vraag of in vitro fertilisatie, fysiotherapie, psychotherapie of nierdialyse voorzieningen zijn die men nodig heeft om mee te kunnen doen als burger in onze gemeenschap. Dat veronderstelt een gedeelde visie op die gemeenschap en een gedeelde visie op het belang van participatie daarin. Bovendien was de inzet van deze exercitie dat er keuzes moesten worden gemaakt; het was nadrukkelijk niet de bedoeling dat burgers na uitvoerig beraad zouden concluderen dat het destijds bestaande ziekenfondspakket integraal kon worden gehandhaafd, omdat alle daarin opgenomen voorzieningen nodig waren voor het kunnen participeren in onze gemeenschap. De publieke deliberatie over het pakket moest burgers ervan bewust maken dat ‘de bomen niet tot in de hemel groeiden’ en dat keuzes noodzakelijk waren.²¹ Gegeven de Ausgangssituatie in Nederland – een toestand van alomvattende, anonieme, administratieve solidariteit ten aanzien van alles wat behoorde tot het domein van de medische professie – zou dit neerkomen op het vervangen van alomvattende solidariteit door beperkte, selectieve solidariteit. Dat is voor burgers een tamelijk merkwaardige boodschap, omdat zij enerzijds een nadrukkelijk beroep doet op een gedeelde visie op de gemeenschap, terwijl zij anderzijds de onbewust bestaande gemeenschap (die van de administratieve alomvattende solidariteit) probeert af te breken.

Van de gemeenschapsgerichte benadering van de commissie Dunning kwam dan ook niet veel terecht in de praktijk van het beleid. Voor zover er keuzen in de zorg werden gemaakt, voor zover er werd bezuinigd, gebeurde dit (zoals in paragraaf 2 beschreven) met behulp van het medisch-professionele model. Het communitarisme of gemeenschapsdenken is echter niet helemaal verdwenen uit het gezondheidszorgbeleid. Het komt in een andere vorm weer terug in de recente plannen tot hervorming van de AWBZ. Het kabinet heeft besloten om de AWBZ te beperken tot de echte onverzekerbare risico's (langdurige zorg in een ziekenhuis, zwakzinnigeninrichting, psychiatrische inrichting of een vergelijkbare instelling). Andere voorzieningen die nu in de AWBZ zitten, zoals vervoer of huishoudelijke hulp, zullen vallen onder het regime van een nieuwe Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO). Deze wet zal de zorg voor chronisch zieke, bejaarde en gehandicapte burgers delegeren aan gemeenten. Daarbij is het nadrukkelijk de bedoeling dat chronisch zieken, bejaarden en gehandicapten eerst een beroep doen op hun eigen netwerk van familie, burens en kennissen alvorens aan te kloppen bij de gemeentelijke overheid. Dit lijkt enerzijds samen te hangen met de neoliberale ideologie van het kabinet Balkenende (Meer eigen verantwoordelijkheid bij de burger), anderzijds ligt er ook een meer christendemocratische oproep tot naastenliefde, mantelzorg, burenhulp, kortom een communitaristisch appèl op een lokale gemeenschap in besloten. Het is een appèl dat vooralsnog niet als wenkend perspectief wordt begroet. In het Sociaal Cultureel Rapport 2004 peilde het SCP de mening van Nederlandse burgers over deze plannen. 91 % van de bevolking vond het onwenselijk dat zieke mensen meer afhankelijk zouden worden van hun familie. 80 % vreesde dat dit niettemin in 2020 toch het geval zou

²⁰ Vgl. D. Callahan, *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Simon and Schuster, New York, 1989 en D. Callahan, *What Kind of Life? The Limits of Medical Progress*, Simon and Schuster, New York, 1987.

²¹ Vgl. de door de Commissie voorgestelde publiekscampagne; doelstelling a) was “in brede kring bekend maken dat het nodig en wenselijk is om keuzen te maken.” Commissie Keuzen in de zorg, p. 234.

zijn. De WMO lijkt een project tot volksoopvoeding te moeten worden, niet een wet die aansluit bij wat de bevolking nu zegt te willen.

Belangrijker dan het communitaristische volksoopvoedingsprogramma is het liberale opvoedingsproject. Sinds eind jaren '80 toen de commissie Dekker een rapport presenteerde waarin gepleit werd voor een stelselwijziging in de gezondheidszorg, zijn Nederlandse politici en beleidsmakers meer of minder intensief in de ban geweest van de zogenoemde 'gereguleerde marktwerking'. Naarmate de contouren van het systeem van gereguleerde marktwerking duidelijker worden, wordt ook steeds duidelijker hoezeer dit project een programma tot volksoopvoeding behelst. In 2006 zal een nieuwe ziektekostenverzekeringstelsel worden ingevoerd. Particuliere zorgverzekeraars zullen, zo is de bedoeling, contracten moeten gaan afsluiten met zorgaanbieders (artsen, ziekenhuizen, andere zorginstellingen). Zij zullen inzicht moeten hebben in de kwaliteit van zorg om deze taak op zich te kunnen nemen. Zorgaanbieders zullen dus in kaart moeten brengen wat zij te bieden hebben en tegen welke prijs. Burgers-patiënten op hun beurt zullen een zorgverzekeraar moeten kiezen en moeten daarom beschikken over inzicht in wat zorgverzekeraars aanbieden tegen welke prijs. Indirect zouden zij ook zicht moeten hebben op de prestaties van zorgaanbieders (het idee is dat je een zorgverzekeraar zou kunnen kiezen vanwege diens relaties met bepaalde, vooraanstaande zorgaanbieders). In een studie onder redactie van Mark Leys werd door onderzoekers Bal, Eland en Adams geïnventariseerd of en in hoeverre patiënten blij zullen zijn met de hen toegedachte rol in het nieuwe stelsel. De resultaten van hun onderzoek stemden niet optimistisch. De onderzoekers constateren dat mensen in het algemeen al niet echt dol zijn op het maken van keuzes en in de gezondheidszorg al helemaal niet. De merktrouw in de gezondheidszorg is groot. De merktrouw in de gezondheidszorg is groot. Mensen die eenmaal zijn behandeld in een bepaald ziekenhuis zijn geneigd de volgende keer automatisch voor dat ziekenhuis te kiezen. Heel weinig mensen ruilen hun huisarts in voor een andere uit onvrede over de geboden behandeling.²² Slechts een klein percentage burgers wisselt van ziektekostenverzekeraar. De onderzoekers concluderen dat beleidsmakers er beslist niet vanuit kunnen gaan dat burgers-patiënten in staat en bereid zullen zijn de rol van mondige regisseur van hun eigen leven, dan wel die van bewust kiezende zorgconsument op zich te nemen. "Wil men de burgers in de beleidsagenda aanspreken op hun verantwoordelijkheid en meer gebruik laten maken van hun competenties, dan zal men in de eerste plaats het initiatief moeten nemen om diezelfde burger te ondersteunen om die competenties te ontwikkelen."²³ Met andere woorden: het nieuwe stelsel zal voorafgegaan moeten worden door een actief volksoopvoedingsproject, om burgers om te vormen tot verstandige consumenten op de markt van gezondheid en zorg.

Anders dan in het huidige stelsel wordt de inkomenssolidariteit in het toekomstige stelsel buiten de gezondheidszorg om georganiseerd (althans voor het huidige ziekenfondsdeel van de zorg, voor de AWBZ ligt het anders). Burgers-patiënten betalen een hoge nominale premie aan hun ziektekostenverzekeraar voor een pakket naar eigen smaak en voorkeuren. Zij kunnen kiezen voor een hoog of laag eigen risico, voor eigen bijdragen, voor gedwongen winkelnering bij bepaalde behandelaars, of juist voor grote vrijheid om een behandelaar te kiezen. Het huidige systeem waarin min of meer wordt uitgegaan van een standaardpakket dat wij voor elkaar en voor onszelf betalen naar draagkracht wordt daarmee verlaten. De solidariteit met zieke, gehandicapte of oudere medeburgers blijkt uit het feit dat verzekeraars een acceptatieplicht krijgen opgelegd; zij mogen deze groepen patiënten niet

²² ZonMW, *Kiezen in zorg. Preferenties en competenties van consumenten. Een quick scan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*, M. Leys (red.), m.m.v. Sam Adams, Roland Bal, Anne Eland e.a. 2003.

²³ Leys 2003, p. 78.

weigeren, althans niet voor het basisverzekeringpakket. Zij zijn bovendien verplicht om de premie die zij rekenen voor andere groepen ook in rekening te brengen aan patiënten in deze kwetsbare groepen, indien die opteren voor eenzelfde pakket tegen dezelfde voorwaarden. Daar staat tegenover dat het nieuwe stelsel voorziet in een verplichte no claim constructie. Burgers die een jaar lang geen beroep doen op de gezondheidszorg krijgen een deel van de door hen betaalde premie terug. Chronisch zieke, gehandicapte en hoogbejaarde patiënten zullen voor deze no claim nooit in aanmerking komen.

De solidariteit met minder draagkrachtige medeburgers verloopt langs een fiscale omweg. Burgers die de zorgverzekeringpremies van hun inkomen niet kunnen betalen, kunnen een beroep doen op de belastingdienst.

De voorgenomen stelselwijziging vereist een *education permanente* voor de burgerzorgconsument in spe, naast een gigantische investering in het zorgsysteem zelf. Er wordt een woud van prestatie-indicatoren ontwikkeld om het handelen van zorgprofessionals te kunnen beoordelen. Er is veel geïnvesteerd in een systeem van diagnose-behandelcombinaties dat verzekeraars in staat zou moeten stellen contracten af te sluiten met zorgaanbieders. Verzekeraars moeten aanvullende expertise ontwikkelen en reclame maken voor hun polissen. Het is hoogst onwaarschijnlijk dat de zorg desondanks op termijn goedkoper zal worden. Waarschijnlijk maakt gereguleerde marktwerking de zorg alleen maar duurder, aldus economen Rutten en Brouwer, die daar aan toe voegen, dat we er natuurlijk wel iets voor over moeten hebben om te krijgen wat wij willen.²⁴ Voorlopig is dit echter nog lang niet wat 'wij' willen. De marktwerking en de keuzevrijheid in het nieuwe stelsel zijn geen diep gevoelde wensen van burgers-patiënten, het zijn wensen afkomstig van beleidsmakers en politici die menen ons te moeten leren om die wensen over te nemen.

4. Conclusie

De vraag dringt zich op wat er toch mis is met de diffuse, abstracte algemene solidariteit van het oude model. Het bestaat al en hoeft dus niet te worden ingevoerd, wat een enorm kostenvoordeel biedt. Het sluit prachtig aan bij de gevoelens van solidariteit onder burgers, en politici konden er nog mee bezuinigen ook. Veel beter dan met het communitaristische model, waarin een beroep wordt gedaan op het soort gemeenschapsgevoelens dat niet meer bestaat in de mate die het communitarisme veronderstelt. Veel beter dan met het liberale, gereguleerde marktwerking model, waarin de overheid alleen nog zeggenschap zal houden over de omvang van het basisverzekeringpakket waarvoor de acceptatieplicht geldt. De rest wordt overgelaten aan verzekeraars.

Wat is er aan de hand dat er dan toch moet worden gekozen voor volksopvoeding in neoliberale richting? In een prachtige column over de privatisering van gas en electriciteit hekelt Bart Tromp het neoliberale beschavingsoffensief. Van de privatisering van deze nutsbedrijven hebben tot dusver alleen grote bedrijven geprofiteerd. Tromp beschrijft onderzoeken waarin dit wordt aangetoond niet alleen voor Nederland, maar ook voor Groot-Brittannië. Gewone burgers hier en daar hebben helemaal geen zin en geen tijd om zich eindeloos te verdiepen in de prijs van gas en stroom; zij hebben ook nooit geklaagd over het oude systeem waarin zij gewoon maandelijks een rekening betaalden voor deze diensten. Maar het nieuwe systeem met keuzevrijheid en concurrentie dwingt hen tot kiezen.

“Zij schieten tekort, als consument, als burger, als zij van een keuzevrijheid waarvoor zij niet hebben gekozen geen welbewust gebruik maken. Dan zijn zij dom, lui of

²⁴ Rutten, F.F.H. en W. Brouwer (2003), De prijs van vraagsturing, in: *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, bij het advies Van patiënt tot klant, Zoetermeer.

ongeïnformeerd, en is het hun eigen schuld als hun *dankzij* marktwerking een poot wordt uitgedraaid. Wat dus nodig is, is een neoliberal beschavingsoffensief. De mensen moeten leren ‘hun eigen verantwoordelijkheid’ te nemen en dag en nacht uit te rekenen welke aanbieder van zorg, energie, water (nee, niet geliberaliseerd en goedkoper geworden), enzovoorts het voordeligste pakket offreert. En vervolgens niet achterover leunen, maar onmiddellijk ook van leverancier veranderen, hoeveel administratieve rompslomp dat ook met zich mee brengt. En dat niet één keer, want in een echte markt staan de prijzen nooit vast. Wie eenmaal gekozen heeft, is daarom veroordeeld voortdurend bij te houden of er ondertussen niet een nog goedkopere aanbieder in de markt opduikt.”²⁵

Bij gas en stroom is dit de huidige toestand, maar in de gezondheidszorg begint het hier ook steeds meer op te lijken. Bij gas en electra kon de politiek zich nog verschuilen achter het argument dat dit “moest van Europa”, net als bij de verzelfstandiging van de Nederlandse Spoorwegen. In de zorg gaat dit argument helemaal niet op, sterker nog, het is de vraag of het nieuwe stelsel volgens Europese regelgeving überhaupt wel door de beugel kan.

Waarom moet de ouderwetse burger die vanzelfsprekend, automatisch solidair was met de zorgbehoeften van zijn medeburgers, die automatisch premie betaalde zonder al te veel administratieve lasten, worden vervangen door een nieuwe burger die eindeloos moet gaan tobben over de keuze van een zorgverzekeraar, die zich telkens moet beraden op de ultieme prijs-kwaliteitsverhouding in zijn ziektekostenpolis, en die moet mee betalen aan de marketing van zorgverzekeraars? Waarom?

²⁵ Bart Tromp, Keuzevrijheid als dwang, *Het Parool*, 20-01-2005.