

# Mensen bouwen solidariteit

Essay voor de NPCF

Hein Albeda

Maart 2007

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
"Het bewustzijn van saamhorigheid en bereidheid om de consequenties daarvan te dragen."	3
Actieve betrokkenheid in zorg was gunstig.....	4
Maar zorgde voor verminderende verantwoordelijkheid van burgers .....	4
Steun voor solidariteit, maar minder verbondenheid	5
Stijgende kosten een probleem voor de overheid?.....	5
Veranderende rol van de overheid: niet meer de BV Nederland .....	6
Overheid mist kennis, die patiënten en professionals uit de zorg wel hebben.	6
Partijen rekenen nu op ingrijpen van de overheid	7
Vertrouwen in elkaar gegroeid, maar niet in het opvolgen van regels	8
Verantwoordelijkheid aan burgers teruggeven .....	8
Ruimte voor keuzen van cliënt en professional .....	10
Sterke zichtbare solidariteit en goede interactie .....	11
Sterke zichtbare solidariteit	11
Betrokken burgers	11
Sterke patiënten	12
Geen verantwoordelijkheid zonder bevoegdheid	13
Verantwoordelijke verzekeraars	14
Sterke aanbieders met ruimte voor professionals	15
Sterke overheid .....	15

Hein Albeda is zelfstandig adviseur.  
[www.heinalbeda.nl](http://www.heinalbeda.nl)

# Inleiding

De gezondheidszorg is bij uitstek een gebied waar sprake is van een maatschappelijk arrangement dat aan vernieuwing toe is. Het arrangement is gericht op gelijkheid, de rol van de overheid is groot, het aanbod kan niet goed inspelen op de individualisering. De bevolking is echter in de loop der tijd steeds diverser geworden en vraagt meer inleving in de eigen situatie. Het vertrouwen in instituties is gedaald. Het vertrouwen dat burgers zich houden aan regels van de overheid ook. Dat toont de noodzaak van vernieuwing<sup>1</sup>.

De vraag in dit essay is vooral waar patiënten en consumenten op kunnen inzetten, welke rol zij moeten claimen en wat op de agenda moet. Ik kijk daarnaar vanuit het idee dat solidariteit in de gezondheidszorg noodzakelijk is.

Vernieuwing is logisch. Onze samenleving is in vele opzichten anders dan vroeger. Het Sociaal en Cultureel planbureau vangt de veranderingen in de vijf i's<sup>2</sup>:

- Individualisering, wat inhoudt dat er meer behoefte is aan meer keuzevrijheid
- Informalisering, wat betekent dat de verbanden tussen mensen losser worden
- Informatisering, die zorgt voor veranderende interactie
- Internationalisering, die zich uit in migratie, en een grotere invloed van Europa
- Intensivering, wat betekent dat er een hogere waardering is voor beleving en gevoel

In de losse verbanden in een geïndividualiseerde samenleving is de sociale controle uit de vroegere onderlinge waarborgmaatschappijen van mensen die elkaar kenden en zich met elkaar verbonden voelden weggevallen. De samenleving is individualistischer geworden. Er is bovendien geen vertrouwen dat mensen zich altijd behoorlijk gedragen. Blijven gezonde mensen dan bereid te betalen voor zieken en blijven jongeren bereid te betalen voor ouderen? Dat is de vraag die opkomt bij beleidsmakers.

## “Het bewustzijn van saamhorigheid en bereidheid om de consequenties daarvan te dragen.”

(Solidariteit volgens Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal)

In dit essay pleit ik ervoor om solidariteit in de gezondheidszorg een nieuwe impuls te geven. Het bewustzijn van saamhorigheid is anders dan vroeger en de bereidheid om consequenties te dragen kan af gaan brokkelen. Solidariteit is niet meer vanzelfsprekend.

De beleidsmatige aandacht de afgelopen jaren ging vooral naar het terugdringen van de overheid en het beheersen van de kosten. De trend was concurrentie, decollectivering en individualisering. Het bewaken van de solidariteit leek daardoor alleen verzet tegen vernieuwing. Ik zal laten zien dat de nieuwe rol van de overheid die meer overlaat aan de samenleving noodzakelijk is, maar niet per sé samenhangt met een niet op solidariteit gestoeld systeem. Sterker: ik meen dat de solidariteit veel te weinig zichtbaar is en verdwijnt als we niet een goed antwoord geven op de roep vanuit de samenleving om een meer op solidariteit gebaseerde gezondheidszorg.

Die solidariteit staat met het coalitieakkoord van CDA, PvdA en ChristenUnie op de agenda. Enkele citaten geven snel aan dat in elk geval er de wens is om de solidariteit te versterken. *“Samenleven, gemeenschapszin, gedeelde waarden en normen en solidariteit zijn essentiële kwaliteiten om als nationale gemeenschap kansen te realiseren en weerbaar te zijn in een open, internationale samenleving”*<sup>3</sup>. En *“De kracht en kwaliteit van de samenleving worden bepaald door onderlinge betrokkenheid. Niet ‘ieder voor zich’, maar ‘oog voor elkaar’ en*

<sup>1</sup> H. Albeda “Solidaire mensen en anonieme bureaucraten” in RVZ Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg, Essays en maatschappelijk debat Zoetermeer 2006

<sup>2</sup> SCP Sociaal en Cultureel Rapport 2004 h1 p 51

<sup>3</sup> Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie, 2007 p 8

*'normaal met elkaar omgaan'. In een wereld vol beweging geven gemeenschapszin en solidariteit mensen weerbaarheid en vertrouwen.<sup>4</sup> "*

## **Actieve betrokkenheid in zorg was gunstig**

De overheid is sinds het begin van de twintigste eeuw actief betrokken in de gezondheidszorg. De van oorsprong in de kerken en arbeidersbeweging opgebouwde infrastructuur voor de gezondheidszorg werd toen een door de overheid gereguleerd verzekeringsstelsel. Daardoor was de gezondheidszorg steeds minder een systeem van liefdadigheid en meer een systeem waarin mensen recht kregen op zorg. De stappen naar de verzorgingsmaatschappij of zelfs verzorgingsstaat werden gezet. Dat gaf een goede impuls. De aanpak werd degelijker, professioneler. De zorgstructuur verbeterde. Het systeem bleef gebaseerd op solidariteit.

Het doel van overheidsinterventie werd om een dekkend en adequaat stelsel van beroepsbeoefenaren en instellingen tot stand te brengen. De rol van de overheid was randvoorwaardelijk, maar door betrokkenheid in planning en financiering steeds groter. De bemoeienis van de overheid met de ziektekostenverzekeringen was steeds gericht op het in stand houden (Ziekenfondswet) of op het vergroten (AWBZ en WTZ in de particuliere verzekering) van de risicosolidariteit. Hierover bestond blijkbaar een brede maatschappelijke overeenstemming.

De betrokkenheid van de overheid heeft te maken met een consensus over de taak van de overheid. We betalen gezamenlijk (via de overheid) voor de gezondheidszorg, zodat wie het nodig heeft geholpen kan worden. Wij zijn solidair met anderen, omdat we willen dat men in tijden van nood ook solidair is met ons. Een redenering ook wel aangeduid als 'welbegrepen eigenbelang'. In de tijd dat de verzorgingsstaat werd opgebouwd paste het dat de overheid deze solidariteit organiseerde.

Dat de overheid een rol heeft in het organiseren van de gezondheidszorg is overduidelijk en eigenlijk niet betwist.

## **Maar zorgde voor verminderende verantwoordelijkheid van burgers**

In een eerder essay<sup>5</sup> gaf ik al aan dat met de overdracht van verantwoordelijkheden van maatschappij naar de overheid de betrokkenheid van burgers meer en meer verloren ging. De socioloog Cees Schuijt spreekt zelfs van " ... een overspannen overdracht van verantwoordelijkheden naar de overheid (...) die uitgelopen is op een anonimisering van verantwoordelijkheid"<sup>6</sup>. We zijn wel verantwoordelijk voor de ander, maar voelen dat eigenlijk steeds minder. Onze gevoel van verantwoordelijkheid voor een anonieme en onbekende landgenoot is geringer dan toen het door de mensen zelf georganiseerde solidariteit was binnen een eigen groep. Solidariteit heeft een andere invulling gekregen. Het is steeds minder zo dat de overheid de op solidariteit gebaseerde infrastructuur helpt, maar de overheid stuurt en controleert de infrastructuur met een financiering gebaseerd op solidariteit.

De anonimisering van verantwoordelijkheden ondermijnt zo de solidariteit of is in elk geval een barrière voor de houdbaarheid van solidariteit. Want de houdbaarheid van solidariteit vraagt beheersing van het eigen gedrag. In de onderlinge waarborgmaatschappijen was de verzekering eigenlijk een pot met geld, waar leden een beroep op konden doen in tijden van nood. Brand op de boerderij was iets dat elke boer kon overkomen. De boeren zijn solidair met boeren die door brand getroffen worden. Dit gebeurt uit welbegrepen eigenbelang: omdat men wil dat men ook geholpen wordt als de nood hen zelf treft. De beheersing van het eigen gedrag hoort daar vanzelfsprekend bij: wie met vuur speelt weet dat hij daarop aangesproken zal worden. Je mag niet onvoorzichtig worden omdat die pot met geld er is.

---

<sup>4</sup> idem p 27

<sup>5</sup> RVZ Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg, Essays en maatschappelijk debat Zoetermeer 2006 p18

<sup>6</sup> Cees Schuyt aangehaald in Erik Heydelberg "Klein onderhoud, over actieve solidariteit en gezondheidszorg" De Balie 1995

Wie met vuur speelt weet nu niet of hij daarop aangesproken zal worden. Hij is anoniem. Niemand die weet of hij zijn eigen bijdrage levert om de kosten van de verzekering te beperken. Dat kan niet zonder gevolgen blijven.

Tegelijk is er nog een grote behoefte om in de gezondheidszorg uit te gaan van solidariteit<sup>7</sup>. Dat moet een rol spelen in het antwoord dat samenleving politiek en maatschappelijk weet te geven op de decollectivering, individualisering en de wens toch een verantwoordelijkheid te nemen voor kwetsbare individuen en hen mogelijkheid te bieden om een volwaardig leven te leiden.

Wat is nu de opdracht voor mensen die betrokken zijn en graag solidariteit behouden?

## **Steun voor solidariteit, maar minder verbondenheid**

Het gevoel van solidariteit in de zin van verbondenheid lijkt met de toenemende rol van de overheid, steeds kleiner te worden. Tegelijk is de wens om de solidariteit te behouden groot. Voor de toekomst hopen mensen juist op een samenleving met meer solidariteit<sup>8</sup>. Het is ook niet zo dat men alleen solidair is met 'ons soort mensen'. Mensen zijn geëmancipeerd en meegegroeid met de veranderde en meer diverse samenleving.

De kosten lopen op en de beheersing loopt terug. Maar de wens het goed voor iedereen te regelen blijft.

## **Stijgende kosten een probleem voor de overheid?**

Zo is het dan ook een logische volgende stap dat de overheid zich zorgen maakt over de stijgende kosten van de volksgezondheid.

Ik neem u even mee in de logica. De met deze solidariteitsconstructies samenhangende (financiële)overdrachten zijn sterk toegenomen. *“Dit wordt vooral veroorzaakt door de risicosolidariteit en een reële toename van de zorgkosten. In 1999 kostten de duurste 10% verzekerden 70% van de totale curatieve zorgkosten. Zijn mensen bereid dit te dragen?”* stelt de Raad voor de volksgezondheid en zorg. *Ongewijzigd beleid leidt ertoe dat de solidariteitsoverdrachten tot 2020 verder zullen toenemen. Dat komt vooral door een toename van het aantal ouderdomsziekten. Daarmee neemt het beroep op de intergenerationele solidariteit tussen jong en oud toe*<sup>9</sup>. Jongeren betalen meer voor ouderen. Gezonden betalen meer voor zieken.

Niet alleen de verdeling van de kosten, ook de kosten zelf zijn een probleem. *“In 2003 ging bijna de helft van elke nominale extra euro die dat jaar in Nederland werd verdiend naar de gezondheidszorg. De extra zorguitgaven laten nauwelijks meer ruimte voor de groei van andere overheidsuitgaven (onderwijs, sociale zaken) of de reële koopkrachtontwikkeling van de burgers. Dit zet niet alleen omvang, efficiency en effectiviteit van de zorguitgaven op de agenda, maar onvermijdelijk ook de vormgeving van de huidige solidariteitsarrangementen. De exploderende zorguitgaven zijn een belangrijk maatschappelijk probleem geworden.”*<sup>10</sup>

De logica lijkt onweerlegbaar. Exploderende zorguitgaven zijn een maatschappelijk probleem. Hoeveel geld moet de overheid nog in dit systeem stoppen en hoe lang is dit groeiende beslag op de beschikbare middelen acceptabel? Is het goed om de grens te stellen op een

---

<sup>7</sup> Het meest recent terug te vinden in het onderzoek 21minuten.nl editie 2006, op 21minuten.nl. Het onderzoek werd in september/oktober 2006 gehouden. De rapportage signaleert er een nog sterkere wens is dan in 2005 om te komen tot een solidaire, op kwaliteit van bestaan gerichte samenleving.

<sup>8</sup> SCP Sociaal en Cultureel Rapport 2004 p 77

<sup>9</sup> P.P.T. Jeurissen “Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg” RVZ 2005 pg 5

<sup>10</sup> idem pg 32

grens van € 80.000,- per gewonnen levensjaar in volledige gezondheid?<sup>11</sup> Zo gaan we tegen dat aan de ene ziekte meer besteed wordt dan aan de andere.

Dergelijke redeneringen komen misschien vanzelfsprekend op. Het is een macro-blik op de collectieve lastendruk. Bij nader inzien is deze te beperkt. Er zijn verschillende redenen waardoor de kosten stijgen. Er zijn meer technische mogelijkheden of de kwaliteit neemt toe. De bevolking wordt ouder en het beroep op de zorg neemt toe. De zorg is op sommige punten niet efficiënt of niet effectief. Verschillende aanleidingen voor kostenstijgingen moeten niet op één hoop gegooid worden.

Bovendien blijft de zorg teveel een kostenpost. In zijn essay *De economische waarde van zorg* bekritiseert Jaap Maljers die blik. Dit keer niet met de stelling dat mensen graag betere zorg willen, maar met simpele economische argumenten. *“Voor mij is de vraag hoe we kunnen zorgen dat dat economisch potentieel niet voor ons land verloren gaat. Ik vind het buitengewoon zorgelijk om te zien hoe iedereen zich verschuilt achter de schijnbaar sociale motivering om de zorggroei kunstmatig te beperken”*.<sup>12</sup>

## **Niet meer de kostenpost van de BV Nederland**

We zien dat ook in andere sectoren kosten stijgen (of dalen). Maar de stijgende kosten voor de sector vervoer en communicatie zijn geen reden om in te grijpen. Deze dienstensector groeide de afgelopen jaren harder dan die van de gezondheidszorg. In de laatste tien jaar stegen de uitgaven 123%. Dat is bijna tien procent per jaar. Veel harder dan het bruto nationaal inkomen. De sectoren worden wel op de economische waarde beoordeeld. Vervoer en communicatie is een sector die een bijdrage levert in economische zin en veel soorten werk kunnen niet zonder goede vervoer en communicatievoorzieningen.

Dat geldt natuurlijk ook voor de gezondheidszorg. De beleidsingrepen van de overheid werden steeds ‘verkocht’ met het argument dat mensen meer eigen verantwoordelijkheid moeten nemen. Maar de beheersingsmaatregelen lijken nog steeds opgezet vanuit een visie die uitgaat van de gezondheidszorg als kostenpost van de BV Nederland, van bovenaf gestuurd op financiële basis en gericht op beperking. Zelfs als we vergeten dat het gaat om zorg voor mensen en koel kijken naar economische cijfers is dat een onverstandige keuze.

## **Overheid mist kennis, die patiënten en professionals uit de zorg wel hebben.**

De rol van de overheid als hoeder (uit de jaren van de opbouw van de verzorgingsstaat) of de overheid als bestuurder van de BV Nederland (uit de jaren van de afbraak van de verzorgingsstaat) is naar mijn idee niet meer goed te handhaven. In de diverse samenleving waar mensen willen dat aanbieders zich verdiepen in hun problemen is die rol simpelweg onmogelijk.

Die invulling zou teveel kennis bij de overheid of toezichthouders veronderstellen. Om die kennis te leveren, zijn uitgebreide consultaties nodig en dan nog kan de toezichthouder of overheid niet alles bevatten. Weet de overheid nog wel wat mensen willen? *“Zijn we niet te lang blijven hangen in een bestuursmodel waarin de minister bepaalt, de bureaucratie doeltreffend uitvoert, het parlement alleen op hoofdlijnen controleert, en burgers zich gedragen? Dat doen ze toch niet meer, geen van allen?”* Dat is de vraag waar Wolfson zijn verkenning voor de WRR<sup>13</sup> mee begint.

De oplossing is meer ruimte te geven aan particulier initiatief. Goede professionele zorg wordt nu al steeds meer een coproductie met de zorgvrager. De professional weet nooit precies hoe

---

<sup>11</sup> RVZ Zuinige en zinnige zorg p34, overigens betreft dit de betaling van zorg uit collectieve middelen en noemt de RVZ het bedrag slechts ‘verdedigbaar’.

<sup>12</sup> J. Maljers ‘De economische waarde van zorg’ in Niet van later zorg, VWS 2006 p 102

<sup>13</sup> D. Wolfson Transactie als bestuurlijke vernieuwing WRR 2005 p 13

een ander zich voelt en kan niet inschatten wat goede zorg is zonder de informatie en de welwillendheid van de patiënt. Omgekeerd kan de patiënt niet alles weten, en hij of zij weet het ook niet altijd beter.<sup>14</sup> Instellingen weten niet wat het beste is, er moet ruimte zijn voor de professional om samen met de patiënt te komen tot de beste oplossing. Samen komen zij tot een transactie.

De overheid krijgt in het nieuwe stelsel voor de gezondheidszorg meer een rol als systeembeheerder. Dat hoeft niet een oplossing te zijn van ongebreidelde marktwerking. Economen zien al steeds meer dat mensen niet altijd als volstrekt vanuit hun eigen belang opereren. En genoeg onvervalste bepleiters van marktwerking weten dat zij niet zonder de overheid kunnen. Er zijn immers altijd mensen die gratis meeliften (freeriders) of het is simpelweg handiger om een standaard af te spreken. We weten allemaal over hoeveel melk we het hebben als we lezen dat er een liter inzit. Daar heeft de overheid een stevige vinger in gehad. Zoals Dik Wolfson zegt in de genoemde Verkenning: *De ordenende functies lenen zich niet altijd voor transactie: we kunnen maar beter allemáál rechts houden, in het verkeer. Dat soort generieke regels beschermt het vertrouwen dat mensen nodig hebben om met elkaar om te gaan.*

Meer aandacht voor het beheren van het systeem is wat anders dan marktwerking. *“Op de markt regeren schaarsteverhoudingen en inkomensverdelingen. Bij transacties stelt het politieke systeem de kaders waarbinnen prestaties en tegenprestaties worden bepaald, bij wet en mandaat, naar kennen en kunnen en altijd onder een uiteindelijke ministeriële verantwoordelijkheid.”* Transacties tussen aanbieders en vragen, het is weliswaar geen vraagsturing, in de zin van ‘u vraagt en wij draaien’, maar een vorm van vraagoriëntatie, met oog voor wat mensen beweegt. De vrager en aanbieder gaan met elkaar in zee of niet en werken daarbij met eigen praktische kennis. De overheid grijpt niet direct in, maar versterkt of verbetert de interactie.

## Partijen rekenen nu op ingrijpen van de overheid

Dat is een wezenlijk andere invalshoek dan die van een raad van bestuur die top down stuurt. Kijkt de overheid als raad van bestuur, of wordt door de partijen gezien als zodanig, dan lokt dat de overheid uit om in te grijpen.

Te snel ingrijpen door de overheid kan ertoe leiden dat de partijen hierop gaan rekenen (moral hazard). Zij nemen dan geen eigen verantwoordelijkheid en zoeken de grenzen op. De overheid heeft geen informatie over de individuele voorkeuren en bereidheid te betalen. Als de overheid immers maatwerk aanbiedt voor een vaste prijs, kiezen burgers voor de hoogste kwaliteit. De overheid lokt uit dat burgers naar zichzelf toe rekenen.

Andere partijen spelen daar op in en nemen niet hun verantwoordelijkheid. Altijd is immers mogelijk dat de overheid ingrijpt. Dit is in de Volksgezondheid het geval, zo blijkt bijvoorbeeld uit het rapport van de commissie Terugdringing Administratieve Lasten Zorgsector (De Beer) (2002). Deze zei over de relatie tussen overheid en spelers:

*“Opportunisme is geen der partijen vreemd. Private spelers in een publiekrechtelijke omgeving laten zich sterk leiden door hun drang tot belangenoptimalisatie en het indekken tegen aanspraken of risico’s. Dit leidt tot een sterke gerichtheid op marges in de regelgeving en de neiging om waar opportuun uitzonderingsposities te creëren. Een en ander roept snel wantrouwen op bij de overheid en daarmee ontstaat gemakkelijk een (negatieve) spiraal van elkaar versterkend gedrag, met de eisende en normerende overheid aan de ene kant en het veld als klagende tegenspelers aan de andere kant.”*

Dat is jammer, want de overheid beschikt altijd over minder informatie dan andere partijen samen. Wat past? Welke aanbieder speelt goed in op mij als individuele klant? Dat weet de overheid echt niet. Het pleiten voor ingrepen van de overheid klinkt aardig, maar doet geen recht aan de diversiteit die de partijen, ook de patiëntenorganisaties, verwachten. Daarmee ontnemen de partijen eigenlijk patiënten kansen op interactie.

---

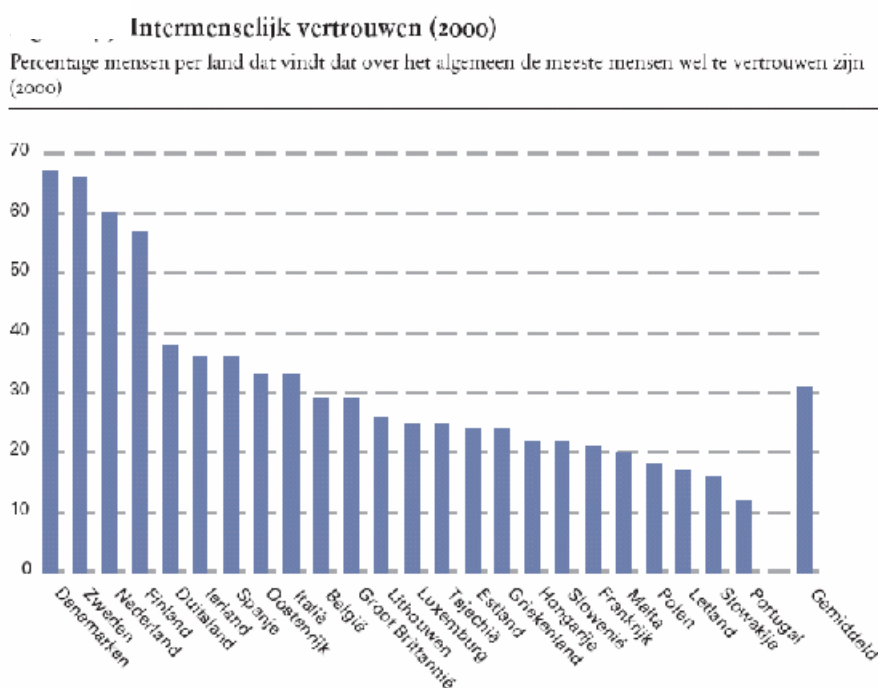
<sup>14</sup> WRR p 126

Een rol als systeembeheerder geeft partijen juist hun eigen verantwoordelijkheid. De Wet poortwachter is een voorbeeld van een ingrijpen conform de systeembeheerder-rol. De overheid schrijft niet in details voor, maar geeft aan wie verantwoordelijkheid krijgt.

## Vertrouwen in elkaar gegroeid, maar niet in het opvolgen van regels

Dit kijken naar transacties tussen mensen biedt grote kansen. Prast e.a. halen onderzoek aan waaruit blijkt dat het intermenselijk vertrouwen de afgelopen 25 jaar is gestegen (Prast 2005)<sup>15</sup>. Zij stellen dat dit niet geldt voor het vertrouwen dat mensen zich houden aan door de overheid gestelde regels. Interessant is dat het vertrouwen in elkaar wel toeneemt, terwijl het vertrouwen in instituties en het vertrouwen dat men zich aan de overheidsregels houdt, afneemt.

Dat dat vertrouwen groot is blijkt uit onderstaande grafiek:



Bij die rol van systeembeheerder past een samenleving die veel meer zelf regelt. Die rol is in de gezondheidszorg nog niet goed ontwikkeld. Patiënten hebben nauwelijks de mogelijkheden om te komen tot een echte transactie met een aanbieder.

## Verantwoordelijkheid aan burgers teruggeven

De vraag of de kosten voor solidariteit nog wel gedragen kunnen worden komt met de overheid als systeembeheerder in een nieuw daglicht te staan. Moet de overheid ingrijpen? Het antwoord is 'ja', maar de aard van de ingreep verschilt met de rol die we de overheid toekennen.

Als we de regering zien als de raad van bestuur van de BV Nederland ziet het er anders uit dan als de overheid systeembeheerder is. De raad van bestuur heeft meer een blik vanuit een afbreukrisico: "hoeveel stop ik hier nog in?" Dat geldt niet voor de systeembeheerende rol. Natuurlijk nemen de kosten toe, door vergrijzing en voortschrijdende medische technologie.

<sup>15</sup> H. Prast e.a. "Vertrouwen, cement van de samenleving en aanjager van de economie", DNB/Universiteit van Tilburg 2005



Natuurlijk legt de groei van de zorgkosten een steeds groter beslag op de groei van het bruto nationaal product. Maar er zijn meer sectoren waarin de kosten toenemen. De kosten voor telecommunicatie leggen een steeds groter beslag op de portemonnee. Ook daar is het niet aan de overheid om te zeggen hoeveel er bezuinigd moet worden en waar. Bovendien hebben mensen veel over voor hun gezondheid en zijn ook bereid geld te besteden aan de zorg voor kwetsbare individuen.

Ten slotte stelt de WRR in "De verzorgingsstaat herwogen" dat de kosten drie procentpunt van het Nationaal Inkomen bedragen. *"Drie procentpunt nationaal inkomen is een forse opgave: het betekent dat huidige arrangementen niet houdbaar zijn. Daar staat echter tegenover dat deze problematiek speelt over een tijdspanne van 34 jaar (2006-2040), en het is in de Nederlandse openbare financiëngeschiedenis eerder vertoond dat een problematiek van een dergelijke omvang is opgelost."*

Belangrijker is de vraag of een collectieve oplossing, uitgevoerd door een institutie, het vertrouwen heeft van de mensen die betalen voor de zorgverzekering. Dat heeft te maken met het vertrouwen dat mensen zich netjes gedragen en ook een eigen verantwoordelijkheid nemen.

Solidariteit is goed te combineren met het nemen van verantwoordelijkheid. Tegelijk met de hoop op meer solidariteit, ondervindt de gedachte dat mensen een eigen verantwoordelijkheid hebben om zaken te regelen, een groeiende steun. Het SCP heeft de motieven gepeild van mensen rond de sociale zekerheid. Uit dit onderzoek<sup>16</sup> is naar voren gekomen dat er *"een zeker draagvlak is voor de vormen van keuzevrijheid"*. Hoewel de uitkomsten niet een op een bruikbaar zijn voor de gezondheidszorg, geeft het SCP-onderzoek wel aan dat de meeste mensen van mening zijn dat iedereen zelf vorm hoort te geven aan de eigen sociale zekerheid. Vooral het argument dat het bij de betreffende regelingen om ieders eigen belang gaat, is bepalend voor de mening over de introductie van keuzevrijheid. Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid, want het is ook hun eigen belang.

Met de toegenomen waarde die men hecht aan individuele vrijheid en keuze, komt zo een vorm van wederkerigheid in de arrangementen rond sociale zekerheid en zorg. Wat meer aandacht krijgt is dat solidariteit, ook met minder kansrijke mensen buiten de eigen kring, iets van beide zijden vraagt.

Solidariteit moet meer wederkerig worden.

Die wederkerigheid houdt niet in dat de solidariteit met kansarme groepen niet meer behouden blijft. Dat soort wederkerigheid zie je bij de vraag of men evenveel profiteert als men in de verzekering stopt. De WRR neemt hier een duidelijk ander standpunt in dan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De RVZ gaat er vanuit dat verzekeringssolidariteit gebaseerd zou zijn op het idee dat alle participanten ongeveer een gelijke kans zouden hebben op het 'profijt' van de verzekering. Dat is een meer Angelsaksische invulling. Maar de WRR stelt: *"De realiteit van de meeste verzekeringen – of ze nu privaat dan wel publiek zijn – is evenwel dat mensen het prettig vinden om verzekerd te zijn als zodanig, en dat ze als regel geen al te nauwkeurig idee hebben van hun individuele kans om een beroep te moeten doen op een verzekering, en zich tot op heden ook niet erg laten leiden door dat motief."* Ik voeg daar aan toe dat de steun voor solidariteit met zeer kwetsbare groepen steeds groot is. In het publieke debat is bijvoorbeeld nooit gearzeld over de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (een bedrag ter grote van 7,7% van de totale uitgaven voor zorg). Wat dat betreft is er duidelijk steun voor de niet-Amerikaanse invulling van solidariteit.

Het gaat om een nieuwe invulling, nieuwe regels van het spel. De gerichtheid op de eigen kosten, kiezen van de goedkoopste verzekeraar, bevorderen van concurrentie moet de door iedereen gewenste solidariteit niet in de weg staan. Ingrepen van bovenaf hebben de laatste jaren de regels voor solidariteit wat genegeerd.

---

<sup>16</sup> S. Hoff en C. Vrooman "Zelfbepaalde zekerheden" SCP Den Haag 2002

## **Ruimte voor keuzen van cliënt en professional**

Een terughoudende rol van de overheid en gelijk een grotere rol voor burgers zelf in wederkerige solidariteit heeft grote voordelen. De sturing hoeft minder van bovenaf plaats te vinden. Professionals krijgen ruimte om meer zelf invulling te geven aan hun werk. De interactie tussen diverse partijen krijgt een prominentere rol.

Het aardige is dat het teruggeven van die eigen verantwoordelijkheid en het geven van keuzemogelijkheden vanwege de wederkerigheid een ander effect heeft. Dat is dat er (soms onbedoelde) efficiëntiewinst en kostenbesparing bereikt wordt. Zelfmanagement van de eigen gezondheidsklachten levert winst voor de patiënt zelf. De praktijk bewijst evenwel dat kostenbesparingen en doelmatigheidswinst optreden als neveneffect. Het gaat dan ook om patiënten met ernstige chronische ziekten, die veel en veel verschillende medische diensten gebruiken (astma, diabetes, artritis, hartfalen, depressie en klachten vanwege ouderdom).<sup>17</sup>

Bovendien kan het proces van toenemende administratieve lasten gekeerd worden. WRR rapport "Bewijzen van goede dienstverlening"<sup>18</sup> spreekt van een wantrouwenparadox. Om de handelingsruimte van lokale actoren afdoende af te bakenen, is een hoge mate van detaillering vereist. Deze detaillering vraagt om grondige kennis van de lokale omstandigheden waarop de regels moeten worden toegepast. Over zulke kennis beschikt de uitvoerder vaak wel, maar de regelgever veelal niet. De regelgever vraagt daardoor veel informatie die voor de uitvoerder zelf niet altijd bruikbaar is. De lasten nemen toe, terwijl het nut ervan afneemt. Onder condities van wederzijds wantrouwen kan dat leiden tot een 'wantrouwen螺旋'. Het gebruik van de discretionaire ruimte door de controleur zal dan worden geduid als misbruik en de roep om meer controle die daarop volgt door de uitvoerder zal worden uitgelegd als een vorm van institutioneel wantrouwen. Gevolg: meer administratieve lasten.

Meer controle door toezichthouders past niet goed bij de variëteit die mondige en gevarieerde klantengroepen vragen. *"Toezichthouders en verantwoordingsfora zijn ingesteld vanuit het idee van risicobeperking. Het accent ligt op het afrekenen op gemiddelde 'scores' waaraan iedere instelling of afdeling moet voldoen. De aandacht gaat vooral uit naar de negatieve afwijkingen, terwijl positieve afwijkingen minder in het oog springen."*

Voor ik overga naar de implicaties van mijn verhaal nog even mijn denklijn:

- er is grote steun voor het behoud van solidariteit in de gezondheidszorg;
- de overheid heeft niet de kennis om alles te sturen en in de gaten te houden. De overheid kan en moet de verantwoordelijkheid niet naar zich toe trekken;
- mensen hebben meer vertrouwen in transacties met elkaar, dan in gehoorzaamheid aan de overheid.
- de interactie tussen burgers, verzekeraars en professionals in zorginstellingen levert betere sturingsmogelijkheden waarbij kennis beter gebruikt wordt.
- burgers hebben er behoefte aan dat mensen zelf hun eigen verantwoordelijkheid nemen. Als mensen zichtbaar hun verantwoordelijkheid nemen, stijgt de bereidheid om te betalen.
- bovendien dalen de kosten omdat burgers hun eigen situatie als patiënt beter kunnen inschatten;

We moeten de verantwoordelijkheid dus minder bij de overheid laten liggen en meer bij de mensen zelf leggen.

---

<sup>17</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau "Sociaal en Cultureel Rapport 2004" h9 pg 440 SCP Den Haag 2004

<sup>18</sup> WRR "Bewijzen van goede dienstverlening" WRR, University Press Amsterdam, 2004 p64

## **Sterke zichtbare solidariteit en goede interactie**

De verantwoordelijkheid bij mensen zelf leggen is gemakkelijk gezegd, maar leidt tot vele diverse interpretaties. Moeten chronische patiënten dan maar voor zichzelf zorgen? Laten we de kwetsbare mensen aan zichzelf over? Zeker niet! Het gaat er om de solidariteit een nieuwe en meer zichtbare vorm te geven en een bepaalde wederkerigheid zichtbaar te maken. De mensen bouwden zelf een solidair systeem en kunnen dat beter zelf verbouwen dan het aan de overheid over te laten.

## **Sterke zichtbare solidariteit**

De solidariteit zal zichtbaar moeten zijn. De solidariteit zal bovendien meer zichtbaar wederkerig moeten zijn. Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid om te doen wat in hun mogelijkheden ligt om verspilling tegen te gaan. (Financiële) maatregelen die dat bevorderen passen bij houdbare solidariteit. "*Gedrag is een belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit van de gezondheidszorg*", stelt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in Houdbare solidariteit. Dit geldt zeker voor zaken als therapietrouw en verantwoord medicijngebruik.

Het begrip *goed patiëntschap* past hier. De samenleving is bereid te betalen, maar binnen de eigen mogelijkheden mag een patiënt dan ook zijn verantwoordelijkheid nemen.

Ook het begrip burgerschap past. Burgers zijn niet alleen de mensen die aangesproken worden voor de financiering. Zij mogen ook hun stempel drukken op hoe de infrastructuur voor de zorg er uit ziet.

Dit principe van wederkerigheid in solidariteit bekent ook dat iets als In Vitro fertilisatie voor mensen die roken niet meer ter discussie staat. Het past gewoon niet meer. Van de patiënt mag in deze transactie verwacht worden dat zij zich ook inspant. Als we bedenken dat de kans van een 33 jarige vrouw die rookt om vruchtbaar te worden gelijk is aan de kans van een 43 jarige niet –rokende vrouw<sup>19</sup> is het tijd om hier duidelijk over te zijn.

Door diverse maatregelen moet de solidariteit meer zichtbaar gemaakt worden en voorzien van wederkerigheid. Het voordeel van de wederkerigheid in de zin van inspanning door de patiënt is overigens zeer de moeite waard. De patiënt is beter af als hij meer greep krijgt op zijn eigen leven.

## **Betrokken burgers**

De burger als betaler van de verzekering dient ook een grotere rol te krijgen. Die rol hoort bijvoorbeeld bij het overwegen wat wel en niet in het basispakket vergoed wordt. Te denken valt aan het overnemen van instrumenten die in gemeenten ontwikkeld worden. Bij discussies in het College Voor Zorgverzekeringen kan bijvoorbeeld een burgerjury betrokken worden om te zien of in de overwegingen het burgerperspectief voldoende terug komt.

Maar ook bij de opzet van de zorginfrastructuur waar eerder de kerken, vakbonden, kruisverenigingen hun bijdrage aan leverden. Kan daar niet meer gebeuren? Zo zijn gemeenten bezig te kijken hoe je een bepaald wijk- of dorpsbudget kan laten invullen door de bewoners. De gemeente kan kijken of het mogelijk is de bewoners geld te geven die zij kunnen besteden aan de invulling van de eerstelijnszorgstructuur. Nu bouwen de professionals die vooral. Waarom eigenlijk? Maak de burgers aandeelhouder in hun eerstelijnszorg.

De scheiding tussen patiënt en consument is lang niet altijd gemakkelijk te maken. Bij het voorkomen dat men patiënt wordt zien we dat. Bij de preventie zou je ook dorps/buurtbewoners ruimte moeten geven om zelf invulling te geven. De grootste winst in de Volksgezondheid is te behalen op heel andere gebieden dan de curatieve zorg. Niet roken, gezond eten, goede hygiëne, goede huisvesting, bewegen. Waarom zouden burgers niet

---

<sup>19</sup> Prof. dr. Nick Macklon, hoofd van de afdeling fertiliteit aan het UMC Utrecht, op 20 oktober in zijn inaugurele rede.

meer betrokken kunnen worden daarbij? Dat vergroot de betrokkenheid bij het hele systeem van gezondheidszorg.

Mensen zijn toch mondiger, beter opgeleid? Waarom gebruiken we hun inbreng niet om hun kennis van details en hun voorkeuren bij te laten dragen aan een betere volksgezondheid?

## Sterke patiënten

De mensen worden ouder en wonen langer zelfstandig. Ziekten zijn vaker chronisch, waardoor meer mensen zorg nodig hebben. Chronische aandoeningen maken meer dan de helft van het jaarlijkse aantal nieuwe ziektegevallen uit. Kennis over de eigen ziekte neemt daardoor toe. Steeds vaker is de huisarts niet meer degene die de first opinion geeft, maar meer een second opinion. De kennis neemt ook toe door de grotere opleiding en de mogelijkheden van internet. Professionals kunnen daar van profiteren.

De rol van de werkgever is in de Wet verbetering poortwachter reeds prominenter geworden. Werkgevers moeten echter nog wennen, maar ook Arbo-diensten en huisartsen zijn heel erg gericht op een scheiding tussen ziek en werkend, terwijl de combinatie veel vaker voorkomt. Zientekostenverzekeraar en verzuimverzekeraars komen hierin elkaar tegen. In dit nog vrijwel onontgonnen gebied wordt ook zichtbaar dat meerdere ministeries betrokken zijn. Ook hier geldt dat het sterker maken van de patiënt helpt. De patiënt is immers de kortste verbinding tussen de Arbo-dienst, de huisarts, de werkgever, lotgenotenadvies en specialist.

Deze sterkere rol van de patient-zelf is helemaal geen last, maar eerder heel gunstig.

De WRR stelt hierover in 'De verzorgingsstaat herwogen': *“Er is sprake van een voortdurend zoeken naar hoe de cliënt een meer adequate plek kan krijgen binnen zijn of haar behandeling en verzorging. De medische ontwikkelingen geven wel aan wat tot de mogelijkheden behoort, maar lang niet in alle gevallen dicteren ze ook ondubbelzinnig wat er moet gebeuren (...). Dat geldt in sterke mate voor de care: cliënten in deze sector weten soms letterlijk beter wat goed voor hen is dan de hulpverleners met wie ze te maken hebben. Veel beslissingen zijn ook in (de cure)sector gericht op het draaglijk maken van een fysieke beperking, en bij de vraag hoe dat moet, kunnen cliënten een belangrijke rol spelen. Eenvoudige schema's voldoen hier niet.”*<sup>20</sup>

Ik zeg niet dat alle patiënten mondig zijn. Ze zijn weliswaar mondigter dan vroeger, maar het is een fictie dat iedereen dat is. Maar hoe meer patiënten de kans kunnen grijpen om aan te geven wat zij willen, des te beter kunnen aanbieders inspelen op de wensen. Daar profiteren anderen ook van. De patiënt moet altijd een interactiekans hebben.

Deze constatering pleit voor actieve versterking van de rol van patiënten. De spiegel van de aanbeveling rond meer wederkerige solidariteit is dan ook dat mensen ook beter in staat worden gesteld om hun verantwoordelijkheid te nemen. Er is nog een wereld te winnen door voorlichting over gepast gedrag te organiseren. Beter geïnformeerde patiënten willen veelal minder zorg dan niet of slecht geïnformeerde patiënten. Patiënten moeten ruimte krijgen om mee te beslissen over de gewenste zorg en bij kunnen dragen aan evaluatie van de verkregen zorg. Ruimte voor zelfmanagement van de zorg en mogelijkheden voor patiëntorganisaties om mee te praten over investeringen rond behandelingen passen daar bij.

Eigen bijdragen stimuleren prudent gebruik van voorzieningen. De eigen bijdragen zijn laag in Nederland in vergelijking met andere landen. Wel is daarbij vanzelfsprekend dat het effect van de eigen bijdragen bekeken worden. Hebben patiënten daadwerkelijk invloed op prudent gebruik en leidt de eigen bijdrage tot lagere zorgkosten als geheel? Daarom ligt het voor de hand dit alleen te doen waar de burger reële beïnvloedingsmogelijkheden heeft. Tot een zeker maximum mag daarvoor door verzekeraars gebruik worden gemaakt van premiedifferentiatie en eigen betalingen. Dit stimuleert wederkerigheid.

De patiënt serieus nemen heeft een wederkerige kant. Een patiënt uitsluiten van behandeling als deze zich onverantwoordelijk gedraagt, is al mogelijk. Betalen bij niet opdagen op een

---

<sup>20</sup> WRR De verzorgingsstaat herwogen pg 26

afpraak is ook al mogelijk. Hier tegen optreden steunt de solidariteit. Het gaat natuurlijk niet om een groot gedeelte van de zorgkosten, maar is meer een principiële weg om solidariteit te kunnen behouden.

Maar de eigen bijdrage moet ook de weg openen om deze te weigeren als de zorg onder de maat blijft. Is er sprake van tekortschietende kwaliteit, dan is een koppeling mogelijk met de verplichting van de verzekerde tot het betalen van een eigen bijdrage<sup>21</sup>. In die zin is het meer gebruiken van eigen bijdragen ook wederkerig: de patiënt moet ook krachtiger worden.

## Geen verantwoordelijkheid zonder bevoegdheid

Het is nu slecht gesteld met de kracht van de patiënt. Patiëntenrechten zijn in Nederland formeel redelijk vastgelegd, maar in de dagelijkse praktijk is het moeilijk voor patiënten hun recht te halen. De patiënt beschikt nog over onvoldoende informatie om een weloverwogen keuze tussen hulpverleners te maken, de informatie sluit niet altijd aan bij de behoefte en patiënten hebben nog te weinig inbreng bij de totstandkoming van hun eigen zorgplan. Bovendien is de klachtenafhandeling voor verbetering vatbaar. Dit staat in de Staat van de Gezondheidszorg 2006, waarin de inspectie onderzocht hoe het met de rechten van patiënten is gesteld.<sup>22</sup>

Sterkere patiënten hebben ook verantwoordelijkheid in om zich te laten horen in consultaties. Dat merkt de onafhankelijke adviescommissie in het VK al op. *“Consumers should accept greater responsibility for engaging in decisionmaking processes on behalf of others, if they want services to improve. This includes engaging in stakeholder consultation and in new governance arrangements to ensure that more open structures are not captured by narrow interest groups.”*<sup>23</sup>

Dit gebeurt ook al, blijkt uit de Staat van de gezondheidszorg 2006. Patiëntenorganisaties worden vaker betrokken bij het opstellen van normen en richtlijnen. Dat tegenwoordig in veel sectoren gewerkt wordt aan het opstellen van normen (zoals het Toetsingskader voor verpleeg- en verzorgingshuizen) noemt de Inspectie een positieve ontwikkeling. Ook hierbij spelen patiëntenorganisaties een rol. Patiëntorganisaties nemen graag hun rol als publiek aandeelhouder op.

De vraag is of patiëntenorganisaties altijd voldoende financiële basis hebben om onafhankelijk te kunnen blijven oordelen. Als patiënten zich niet anders kunnen organiseren dan met steun van de farmaceutische industrie neemt de waarde van de zelforganisatie af. Transparantie over de inkomsten is daarom nodig als de patiëntenorganisaties de rol als publiek aandeelhouder willen spelen. Daarnaast is de vraag in hoeverre het optreden namens anderen niet steeds moeilijker is geworden door de toenemende diversiteit en individualisering. Het advies vragen van cliëntenraden is meer een verplichte administratieve last, dan een kwalitatieve verrijking van het beleid. De verantwoordelijkheid ligt ook bij individuele patiënten. Is hun betrokkenheid bij beleid voldoende gegarandeerd?

De opbouw van de rechten van patiënten is in diverse wetten tot stand gekomen. In die wetten stond niet altijd de patiënt centraal. Daarom is het tijd voor een wet die de rechten bundelt. Een Zorgconsumentenwet die de rechten van patiënten en consumenten in het nieuwe zorgstelsel beter borgt. Een Zorgconsumentenwet kan samenhang aanbrengen tussen de bestaande wetten en de leemtes opvullen die zijn ontstaan door de nieuwe verhoudingen onder de Zorgverzekeringswet.

Als we stellen dat patiënten rechten hebben op verantwoorde zorg, waar kunnen zij zich dan op beroepen? Verantwoorde zorg is nu lang niet altijd af te dwingen. Legemaate geeft in zijn onderzoek voor de Inspectie Gezondheidszorg aan twijfels te hebben<sup>24</sup>. Waar niet het

---

<sup>21</sup> J. Legemaate “Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak”, IGZ 2006 p58

<sup>22</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, “Staat van de gezondheidszorg 2006, Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed geregeld?” Den Haag 2006

<sup>23</sup> Independent policy commission on public services “Making public services personal”, NCC 2004 pg 65

<sup>24</sup> J. Legemaate “Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak” in Staat van de gezondheidszorg 2006, IGZ 2006

behandelen, maar begeleiden en verzorgen op de voorgrond staat zegt Legemaate bijvoorbeeld dat de toepassing van de Wgbo onduidelijk is. Juist dit begeleiden en verzorgen is een toenemende rol omdat het aantal chronisch zieken toeneemt.

Die normen voor verantwoorde zorg zullen patiënten en consumenten ook zelf moeten kunnen invullen. Niet door in regels precies te omschrijven wat het is, maar door de verantwoorde zorg wel in rechte afdwingbaar te maken, zodat er gaandeweg jurisprudentie komt.

## Verantwoordelijke verzekeraars

Ik pleit er niet voor de solidariteit vooral vorm te geven via het verplichte basispakket. Ten onrechte gaan discussies over de zorg alleen over de rol van de overheid. De maatschappelijke en persoonlijke perspectieven overstijgen immers het basispakket. Daarom moet de totale situatie bekeken worden. Anders voelt niemand zich verantwoordelijk voor wat er in het aanvullend pakket zit en welke invloed daar vanuit gaat. Als het aanvullend pakket te klein wordt, wordt het te oninteressant. Iets in het aanvullend pakket houden zorgt ervoor dat de verzekeringsmarkt voor dat pakket interessanter wordt en zich beter kan ontwikkelen. Wat betekent dat in zijn geheel voor de solidariteit in de samenleving? Leidt dat wel altijd tot gebrekkige toegang tot zorg? Dit dogma van zoveel mogelijk in het basispakket moet ter discussie gesteld worden.

Een interessant aanvullend pakket is niet alleen van belang voor de verzekeraar. Ongedeelde zorg is belangrijk voor de patiënt. Ondeelbaarheid komt eerder tot stand in de aanvullende pakketten: waar mensen keuze hebben kunnen verzekeraars meer variëren en op keuze inspelen. De aanvullende verzekering geeft de verzekeraar ruimte om te experimenteren en te innoveren. Iets wat een enkeling wordt aangeboden kan uitgetoetst worden, zonder dat meteen iedereen er een beroep op kan doen.

In het nieuwe systeem heeft de verzekeraar een rol toebedeeld gekregen om de kosten te beperken. Vertrouwen in verzekeringsmaatschappijen als instituties is echter lager dan in professionals<sup>25</sup>. De gedachte dat de kosten beter in de hand gehouden wordt als de verzekeraar kritisch inkoopt namens de verzekerde sluit daarom niet aan bij de huidige praktijk. Patiënten die te horen krijgen dat ze niet in elk ziekenhuis terecht kunnen omdat de verzekeraar slechts een beperkt aantal heeft gecontracteerd, zullen direct vrezen dat ze te weinig kwaliteit krijgen. Verzekeraars zullen vertrouwen moeten winnen om die rol te kunnen krijgen. Dat zal moeten gebeuren door consequent en *zichtbaar* de belangen van patiënten te behartigen. Maar ook door de verzekeraars te verplichten tot goed verzekeraarschap.

De aandacht van patiënten- en consumentenorganisaties zou daarom meer moeten verschuiven naar de verzekeraars. Wellicht kan dit versneld worden door een onafhankelijk oordeel over de verzekeraars te laten uitspreken vanuit patiënten.

De verzekeraar moet dan wel ruimte krijgen om goed verzekeraar te zijn. Heel goed is dat klanten kunnen switchen. Maar de termijn is vooral met het oog op de consument bepaald. Daardoor vermindert het belang van de verzekeraar om te investeren in preventie. Een langere termijn geeft meer ruimte daarvoor. Te denken valt aan een langere termijn waarmee klanten gebonden zijn. Ik denk aan drie tot vijf jaar. De verantwoordelijkheid van verzekeraars moet wel zo duidelijk zijn dat ook niet-Nederlandse verzekeraars zien wat het betekent om op de Nederlandse markt actief te zijn. Dat vraagt een preciezere omschrijving van het vereveningsfonds.

---

<sup>25</sup> (Maar, interessant detail: hoger dan in politici, die blijkens een tabel in het boek van Teulings e.a. nog lager scoren dan autoverkopers. Teulings, Bovenberg en Van Dalen De cirkel van goede intenties, Amsterdam University press 2005, Pg 89)

## Sterke aanbieders met ruimte voor professionals

Van de kant van de aanbieders liggen eveneens grote opgaven. De WRR spreekt over een *dubbele* zorgkloof. Het woord zorgkloof slaat op de afstand tussen wat er aan zorg beschikbaar is, en wat er nodig is of gewenst wordt. Het woord 'dubbel' slaat op het gegeven dat die zich in twee vormen zal voordoen. De eerste vorm, de kwantitatieve zorgkloof, betreft de afstand die er dreigt te ontstaan tussen wat er in financiële en personele zin wenselijk en mogelijk is. De tweede vorm is de kwalitatieve zorgkloof: de afstand tussen wat voor zorg gewenst is en wat er beschikbaar is.<sup>26</sup>

Het SCP wijst op grote tekorten in personele zin. Er dreigt een tekort aan huisartsen (van 23%) in 2020. Het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden groeit van 1% tot respectievelijk 3% en 5% in vier jaar.<sup>27</sup> De WRR stelt zelfs dat doorrekeningen leren dat binnenkort, maar zeker na 2015 als de vergrijzing versneld doorzet, zo ongeveer alle schoolverlaters en alle nieuw gebouwde woningen beschikbaar zouden moeten komen voor de zorgsector. De WRR acht dat een grotere opgave dan de financierbaarheid.

Voor individuele patiënten die zorg krijgen telt de kwalitatieve zorgkloof. Het werken in coproductie tussen klant en professional vraagt weer meer van de professionals, wat des te nijpender is als het aanbod kwantitatief al te wensen overlaat. Dit vraagt van de aanbieder ruimte te maken voor de eigen beslissingsruimte van professionals. Van professionals vraagt het ruimte voor feedback van collega's en patiënten. Eisen patiëntenorganisaties die ruimte wel voldoende op?

Aanbieders zullen ook moeten vechten tegen een imago van slecht betaald, zwaar werk met weinig carrièreperspectief.

De aanbieders hebben ruimte nodig om deze dubbele kloof aan te kunnen pakken. Via activiteiten van prikkelen en belonen kunnen patiënten- en consumentenorganisaties dit steunen. Vaak is er in sectoren weerstand om de goede en slechte prestaties weer te geven. Maar juist de vergelijking laat zien dat het niet allemaal zorgelijk is. Zonder vergelijkend onderzoek komen alleen incidenten naar buiten. Met vergelijkend onderzoek kunnen mensen weer trots zijn op hun werk.

## Sterke overheid

Dit alles vraagt een sterke overheid, maar een overheid met een indirecte rol en een kleiner bereik. Het bereik van de overheid betreft de verschillende functies en doelstellingen die een staat op zich neemt. De kracht van de staat betreft het vermogen om beleid uit te stippelen en met een minimum aan bureaucratie te besturen. De kracht zou groter moeten worden, maar het bereik mag best kleiner, als dat leidt tot betere en meer diverse gezondheidszorg.

De samenleving neemt een grotere rol op zich. Dat is goed voor de zekerheid van mensen op zorg. Mensen hebben immers een groot vertrouwen dat een verzekeraar uitbetaalt, dat kan in het gedrang komen als de overheid ingrijpt. Ingrijpen in een verzekerd pakket voor iemand die ziek is, is hetzelfde als bij brand de uitbetaling plotseling ter discussie stellen. Not done voor een verzekeraar, maar niet onmogelijk voor de overheid. De mensen die veel vertrouwen hebben in de overheid moeten beseffen dat de voorbeelden er zijn dat de overheid niet altijd betrouwbaar is hierin.

Dit vraagt wel overeenstemming over de rol van de overheid. Beleidsmakers hebben veel verhalen over het systeem en veranderingen in het systeem. Het zou goed zijn als de overheid preciezer aan kan geven welke rol zij neemt en welke niet. Het vraagt ook acceptatie van open einden. Neem een begrip als goed verzekeraarschap of goed patiëntschap. Dat moet niet in detail uitgewerkt worden. Dat kan best. De wetgever weet ook raad met een algemene norm voor goed kredietgeverschap of goed koopmanschap.

De kracht van de staat neemt toe als verantwoordelijkheden zijn toegewezen, de ingrepen van de staat voorspelbaarder worden en het verzekeringskarakter beter gewaarborgd is. De staat

---

<sup>26</sup> WRR 'De verzorgingsstaat herwogen' pg 118

<sup>27</sup> SCP Sociaal en Cultureel Rapport 2004 h9 pg 447

is dan krachtig in het toewijzen van verantwoordelijkheden, maar niet in het sturen van de precieze uitvoering.

Zo begon het ook: mensen bouwen een solidaire samenleving, overheden niet.