

Hein Albeda

Solidaire mensen en anonieme bureaucraten

(Geschreven voor Raad voor de Volksgezondheid en Zorg)
(dec 2005)

We zitten in de Romeinse tijd. De aanvoer van graan naar de stad is van kapitaal belang, eerst uit Sicilië, later uit Egypte. De bestuurders van de stad willen de controle op de graanhandel bewaren uit schrik voor hongersnood. De graanhandel geniet daarom van enkele voordelen. Zo draagt de staat de gevolgen van de piraterij. In de 3de eeuw v. Chr. is de senaat verplicht om de militaire transporten aan burgers af te staan. Gezien de uitgestrektheid van de veroverde gebieden is de Romeinse vloot niet meer in staat zelf in alle transporten te voorzien. Om handelaars aan te trekken stelt de staat zich borg voor alle schade, veroorzaakt door onweer, aan de transporten van levensmiddelen die voor de troepen bestemd zijn. (www.nationalesuisse.be)

In dit essay over houdbare solidariteit in de gezondheidszorg ga ik terug naar het ontstaan van verzekeringen en de op solidariteit gebaseerde zorgverzekeringen. Ik zoek terug om de vragen van nu over de houdbaarheid van de solidariteit te kunnen beantwoorden.

De overheid is reeds lang verbonden met het afdekken van risico's die individuen moeilijk zelf kunnen dragen. Het bovenstaand voorbeeld toont dat de eerste vormen van verzekeringen al ver in de oudheid terug te vinden zijn. Het is tevens een tijd waarin de verzekeringsfraude uitgevonden wordt. Zo vinden we op de eerder aangehaalde site dat twee Etruskische handelaars oude boten in slechte staat met waardeloze goederen bevrachtten. Ze lieten ze zinken in volle zee, de matrozen werden gered met speciaal daartoe voorziene schepen. De buitensporige rekening presenteerden ze aan de Romeinse overheid.

Verzekeringen zijn dus al oud en ontstaan uit welbegrepen eigenbelang. De vraag of verzekeringen houdbaar zijn is daarmee ook al oud.

Ook houdbare solidariteit is niet nieuw.

Wat is solidariteit? De inhoud van het begrip kan in de loop der jaren veranderd zijn. Ik gebruik de Van Dale. Dit woordenboek geeft het volgende aan: "*het bewustzijn van saamhorigheid en bereidheid om de consequenties daarvan te dragen.*" In haar oratie gebruikt Komter het begrip solidariteit "*zoals de klassieke sociologen in de negentiende eeuw dat deden, namelijk als datgene wat mensen samenbindt, het sociale cement van de samenleving*". Solidariteit gaat in dit essay over mensen die zich verantwoordelijk voelen voor elkaar omdat zij zich met elkaar verbonden voelen.

Solidaire mensen

Dit element van solidariteit in de verzekering was bij de Romeinse verzekering nog niet te vinden. De Romeinse senaat zal zich zeker hebben afgevraagd of deze verzekering houdbaar was, als de kosten van de verzekering sneller zouden groeien dan de economie (als ze die begrippen al zouden onderscheiden). Dat is echter niet waar het om gaat bij houdbare solidariteit.

Toch ligt de oorsprong van solidariteit in een verzekering ook al ver terug in de tijd. Daarvoor gaan we naar de Middeleeuwen.

We staan in de late middeleeuwen. Handelaars en ambachtslieden verenigen zich in ambachten per beroep, een gilde. Zowel de meesters als de leerlingen en de gezellen maken er deel van uit. De gilden kennen een soort onderlinge hulpkas. Daarbuiten bestaat er ook een kas voor hulp en bijstand aan weduwen en wezen van overleden gildeleden. De bijdragen moeten de begrafenis kosten dekken en soms ook nog een financiële steun uitkeren aan de overlevenden. Ook bestaan er gemeentelijke hulpfondsen, de brandgilden. Hun doel is bijstand te verlenen aan de leden in geval van brand. Het fonds wordt gevoed door de bijdrage van de leden. Bovendien doet men beroep op de openbare liefdadigheid.

www.nationalesuisse.be

Dit systeem met een onderlinge hulpkas heeft zich verder ontwikkeld. Allerlei beroepsgroepen hadden een eigen kas waaruit schade door brand gedekt kon worden. Brand was zo erg dat een individu de schade niet zelf kon dragen. Het kon iedereen overkomen. Door de kleine schaal kende men elkaar en sprak men elkaar ook aan op zorgvuldigheid. Mensen hadden een eigen verantwoordelijkheid voor preventie. Het werden de onderlinge waarborgmaatschappijen zonder winstoogmerk die soms tot op de dag van vandaag bestaan.

De zorg werd ook door mensen zelf georganiseerd. De kerk was van oorsprong een belangrijk factor om deze zorg in een soepele infrastructuur te passen. De arbeidersbeweging nam deze taak ook op zich. Nog steeds zijn in de welzijnssector en de gezondheidszorg kerkelijke of socialistische achtergronden te vinden.

Solidariteit en anonieme bureaucraten

Dit historisch patroon van liefdadigheid, reagerend op armoede en slechte gezondheid, veranderde aan het begin van de twintigste eeuw in een anticiperend patroon: de zorg voor de volksgezondheid. Zo ontstond een structuur uit initiatieven van artsen en leken (kerken, arbeidersbeweging). Daarin bepaalden leden van kruisverenigingen het beleid rond preventieve en verpleegkundige voorzieningen. Coöperatieve ziekenfondsen binnen de socialistische zuil beheerden onder lekenbestuur ziekenhuizen, apotheken en zelfs huisartspraktijken. Zowel het coöperatieve ziekenfonds als de kruisverenigingen kwamen voort uit schaarste aan voorzieningen.ⁱⁱ

In Nederland en andere Europese landen ontwikkelde zich in de loop van de twintigste eeuw een meer of minder door de overheid gereguleerd verzekeringssysteem. Solidariteit onderging zo een verandering. De solidariteit van de kleine, homogene gemeenschappen veranderde in de op nieuwe samenwerkingsvormen gebaseerde solidariteit van de geïndustrialiseerde samenleving.

De stappen naar de verzorgingsmaatschappij werden gezet. Dat gaf een goede impuls. De aanpak werd degelijker, professioneler. De zorgstructuur verbeterde. De sfeer van liefdadigheid verdween, mensen kregen recht op zorg. De structuur veranderde, de mensen en de samenleving waren ook veranderd.

Mensen en waarden veranderen

Solidariteit in de postindustriële maatschappij is minder vanzelfsprekend dan bij de oude gilden en dan in de industriële maatschappij. Dat is niet vreemd. Burgers zijn beter opgeleid, kritischer, mondiger en individualistischer. De maatschappij is cultureel diverser, grenzen vervagen. De inrichting van het werk dat mensen doen is anders.

Trouw aan het bedrijf is niet meer vanzelfsprekend. De waarden in de samenleving veranderen. Vrijheid en eigen keuze zijn steeds belangrijker.

Paul Schnabel weet de verandering goed te vangen in "Trends, dilemma's en beleid" ⁱⁱⁱ van het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Planbureau. In onderstaande tabel stelt Schnabel kwantitatief individualisme tegenover kwalitatief individualisme:

	Kwantitatief individualisme	Kwalitatief individualisme
Belangrijkste principe	Gelijkheid van alle mensen	Vrijheid van ieder mens
Verbonden met	Staat en wetgeving	Samenleving en maatschappij
Oriëntatie	Legalistisch en rationeel	Moreel en emotioneel
Nadruk op	Mens als tel-eenheid, gelijk	Mens als leefeenheid, uniek
Accent op	Gelijke rechten en plichten	Bijzondere en persoonlijke kwaliteiten
Voorkeur	Voor gelijke kansen	Voor eigen mogelijkheden en keuzes
	Zonder aanzien des persoons	Uitgaand van de persoon

Schnabel stelt dat de verzorgingsstaat in bijna al zijn arrangementen zeer sterk kwantitatief individualistisch is ingesteld, terwijl de samenleving steeds sterker kwalitatief individualistisch bepaald wordt. Er is een streven naar meer individuele vrijheid. (Wat overigens niet wil zeggen dat waarden als gelijke rechten en plichten geen rol meer spelen.)

Ook intermediaire organisaties kunnen niet meer optreden namens de achterban. De achterban is diverser, individuen maken hun eigen keuzen. Deze veranderende waarden of het gewicht dat men aan bepaalde waarden hecht, heeft gevolgen voor de arrangementen die de overheid ontwerpt rond de sociale zekerheid en zorg.

Voor de opstelling van ambtenaren heeft het gevolgen. Het klassieke rationale bureaucratie-model is er op gericht om betrokkenheid van ambtenaren bij het individu minimaal te houden. Dit moet willekeur, corruptie en andere uitwassen voorkomen. Zonder aanzien des persoons werken is een belangrijk ideaal in het kwantitatief individualisme. Optimale dienstverlening vraagt van de ambtenaar aan het loket juist persoonlijke betrokkenheid bij de klant en inleving in zijn unieke situatie.

Het zonder aanzien des persoons werken werkt een bepaalde anonimiteit in de hand. De ambtenaar of bureaucraat is ingesteld om te anonimiseren. Hoe iemand heet en wat zijn achtergrond is, mag geen rol spelen. Dat past niet bij het individualistische karakter dat de samenleving steeds meer krijgt en de persoonlijke benadering die burgers wensen.

Maar wat is de oplossing? Dat is moeilijker. Betrokkenheid die er toe zou leiden dat gelijke gevallen niet gelijk behandeld worden stuit toch snel op weerstand. De waarde van gelijkheid is immers niet verdwenen. De overheidsbureaucraten vervangen door bureaucraten van commerciële verzekeraars geeft hetzelfde probleem, hoogstens wordt het minder zichtbaar. Een deel van het antwoord ligt in de erkenning dat gevallen veel minder vaak gelijk zijn dan we denken. Daar past een bijzondere betrokkenheid bij.

Maar er ligt een fundamenteeler probleem. Dat zit in het vertrouwen in de instituties.

Afnemend sociaal vertrouwen

Individualisering en een toenemende waarde die mensen hechten aan vrijheid zijn belangrijk. Er is echter nog een belangrijke trend: een afnemend vertrouwen.

Dat burgers minder vertrouwen hebben in instituties en bestuurlijke elites is te verklaren. Zo zijn burgers mondiger en beter opgeleid. Zij kunnen beter controleren (en fouten ontdekken). Zij merken dat ze de elite onterecht op een voetstuk hadden gezet. Maar de onvrede is ook gegroeid als reactie op de technocratische verklaringen die achtereenvolgende kabinetten gebruikten om de noodzakelijke herstructureringen te duiden. Leunend op Europa (het moet nu eenmaal) werd geen steun gezocht voor herstructurering en invoering van marktwerking. Burgers voelen zich misleid.

Vertrouwen in instituties daalt, maar ook in mensen, of liever in de moraal van mensen. Het dalend vertrouwen in de overheid en politieke partijen is bekend, afnemend vertrouwen in instituties krijgt minder aandacht, maar dat er ook minder vertrouwen in elkaar is, horen we meestal niet.

Toch is er duidelijk minder vertrouwen in elkaar. In het onderzoek “De moraal in de publieke opinie”^{iv} blijkt de Nederlandse bevolking sinds 1970 pessimistischer te zijn geworden over gedrag en zeden van anderen. De normen en waarden zijn wel duidelijk. Maar het vertrouwen dat anderen zich er aan houden is geringer. Daarom neemt de roep om controle toe, terwijl er groot draagvlak is voor een solidaire samenleving met een ruimhartige sociale zekerheid^v.

Het afnemend vertrouwen was zelfs reden voor De Nederlandse Bank om een onderzoek te doen naar het vertrouwen. Vertrouwen is een noodzakelijke voorwaarde voor sociale cohesie en is een drijvende kracht achter economische ontwikkeling. Angst van De Nederlandse Bank is ook dat een dalend vertrouwen in de politiek ook het vertrouwen in DNB doet afnemen.

Opmerkelijk is dat Prast e.a. in de publicatie van De Nederlandse Bank onderzoek aanhalen waaruit zou blijken dat het *intermenselijk* vertrouwen de afgelopen 25 jaar is gestegen: van rond 45 procent in 1981 naar bijna 70 procent in 2005 (Prast 2005)^{vi}. Er is een verschil tussen het onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau en dit onderzoek naar intermenselijk vertrouwen. Prast e.a. stellen immers dat deze groei niet geldt voor het vertrouwen dat mensen zich houden aan door de overheid gestelde regels. Uit internationaal vergelijkend onderzoek blijkt namelijk, dat Nederland slecht scoort op de burgerzin index, die meet in hoeverre mensen het overtreden van overheidsregels accepteren zoals ontduiken van de belastingen, zwartrijden op de tram en misbruik van sociale uitkeringen.

Het geeft te denken dat het vertrouwen in elkaar wel toeneemt, terwijl het vertrouwen in instituties en het vertrouwen dat men zich aan de *overheidsregels* houdt, afneemt. Een afspraak met elkaar vertrouwt men blijkbaar. Dit past bij wat ook wel de trend van decollectivisering en deinstitutionalisering genoemd wordt. Anoniem vertrouwen is niet meer mogelijk.

Geen onverschilligheid voor kwetsbare individuen

Dalend sociaal vertrouwen betekent niet automatisch onverschilligheid voor wat anderen overkomt. Onverschilligheid voor het ongeluk of de pech van een ander is een mogelijke reactie, maar niet de enige en niet een vanzelfsprekende. “Waar sociale uitsluitingsmechanismen vooral op het niveau van het individu werkzaam zijn, treedt er

ook weer een ‘insluitings’reflex op, juist door de erkenning van ieder individu als gelijk en gelijkwaardig”, schrijft Schnabel in het inleidende hoofdstuk van het Sociaal en Cultureel rapport 2004. (SCP 2004)^{vii}

Het betekent ook niet dat mensen automatisch hun nut maximaliseren en onder collectieve arrangementen proberen uit te komen. De ruime meerderheid van de bevolking gedraagt zich netjes: vraagt geen uitkering aan als er geen recht is.^{viii}

Als er minder vertrouwen is in instituties en er minder vertrouwen is dat mensen zich houden overheidsregels, moet dat een rol spelen in het arrangement dat de samenleving politiek en maatschappelijk kiest in de zorgverzekering. Hoe combineren we de decollectivisering, individualisering en de wens toch een verantwoordelijkheid te nemen voor kwetsbare individuen en hen mogelijkheid te bieden om een volwaardig leven te leiden?

Die wens is in de gezondheidszorg wel een uitgangspunt. Dat is minder vanzelfsprekend dan men zou denken. Bij het arrangement rond solidariteit in de zorg moeten we niet vergeten dat solidariteit al veel minder een vast uitgangspunt is van beleid. Met de liberalisering van de telecommunicatie en de energiemarkt zijn bijvoorbeeld stappen gezet.

In de wereld van telefonie was de “weduwe van Appelscha” beroemd. Het belang dat iedereen een telefoon heeft is groot. Een telefoonaansluiting is nodig om volwaardig te kunnen participeren. Dat gold voor mensen in de stad, waar de aansluiting goedkoop is, maar ook voor iemand die ver weg woont, een alleenstaande in Appelscha dus. Daarom werden de kosten van die aansluiting mede door de stadsbewoners opgebracht. Daar zat ook een welbegrepen eigenbelang in. Bedrijven willen dat mensen telefonisch bereikbaar zijn, mensen willen de weduwe kunnen bellen, de waarde van een netwerk neemt toe als er meer mensen op aangesloten zijn en de kosten van een netwerk kunnen over meer mensen gespreid worden.

Die weduwe van Appelscha speelt nu geen rol meer in de telecommunicatie door de gestegen welvaart en alternatieve mogelijkheden. Er zullen nog steeds mensen zijn die voor een aansluiting op het vaste net in het landelijk gebied voor grotere investeringen staan. Dat de samenleving als geheel daar aan meebetaalt is echter niet meer vanzelfsprekend. Het idee is meer dat iedereen zelf mag en kan zorgen voor een telefoonaansluiting. Niet de arme weduwe van Appelscha is het beeld geworden, maar de vermogende oudere met een vakantiehuisje in Appelscha vangt de aandacht. Aan zijn aansluiting hoeft de samenleving toch niet mee te betalen?

De saamhorigheid is misschien niet verdwenen, maar de bereidheid om consequenties te dragen wel.

Houdbaarheid van solidariteit: terug naar mensen

Bekijken we nu de vraag van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, dan blijkt de vraag of de kosten voor solidariteit nog wel gedragen kunnen worden in een nieuw daglicht te staan. Natuurlijk nemen de kosten toe, door vergrijzing en voortschrijdende medische technologie. Natuurlijk legt de groei van de zorgkosten een steeds groter beslag op de groei van het bruto nationaal product. Maar mensen vinden hun gezondheid zeer belangrijk en zijn bereid er veel geld voor te betalen, ook zonder regulering van de overheid doen ze dat. De gezondheidszorg is een sector die daardoor steeds belangrijker is voor de economie en zorgt voor innovatie.

Daarom is de vraag veel belangrijker of een collectieve oplossing, uitgevoerd door een institutie, het vertrouwen heeft van de mensen die betalen voor de volksverzekering om op die wijze toegankelijkheid voor iedereen te waarborgen.

De houdbaarheid is niet te vinden in de institutie zelf. Instituties zijn niet meer van de burgers zelf. De houdbaarheid heeft te maken met het vertrouwen dat mensen een eigen verantwoordelijkheid nemen. In een samenleving die minder kiest voor collectieve arrangementen is het belangrijker terug te gaan naar de individuele betaler en gebruiker.

Die betaler en gebruiker zijn onbekenden van elkaar geworden. Dat was in een op gelijkheid gebaseerde samenleving niet zo erg. De acceptatie van de institutie en de overheid was groter. In een op vrijheid en eigen keuze gebaseerde samenleving is dat wel een probleem. Als verzekerde of belastingbetaler heeft de burger er belang bij de kosten zo laag mogelijk te houden. Wanneer bij de burger een hulpvraag ontstaat, verandert het perspectief en geniet het ontvangen van de best mogelijke zorg de hoogste prioriteit. Omdat men voor de kosten van de zorg verzekerd is, bestaat het gevaar dat mensen ervoor kiezen deze zoveel mogelijk door het collectief te laten dragen.

Als de lijn tussen betaler en vrager doorgesneden is, zal het draagvlak verminderen. In kleine kring kunnen mensen immers zien of anderen niet te gemakkelijk omgaan met het geld dat door het collectief is opgebracht. In de meer anonieme en cultureel diverse samenleving van nu is dat anders. Willen mensen betalen voor de anonieme gebruiker? Vertrouwen mensen erop dat anderen voldoende hun best doen om de kosten niet te laten oplopen? Beperking van de keuzevrijheid is dan geen oplossing, daarmee is het vertrouwen niet terug.

De houdbaarheid van solidariteit wordt bepaald door de vraag of het een wederkerigheid heeft. Kunnen we dat zelf zien, dan is er stellig de bereidheid om te betalen. Maar hoe zit dat bij de overheid die zonder aanzien des persoons werken hoog in het vaandel heeft staan? Het is juist van belang te weten dat de gebruiker zich zelf inspant.

Paul Schnabel geeft hier bij aan dat "*Het vrijheidsprincipe in toenemende mate (vraagt) om beheersing van gedrag en een hoge graad van civilisatie in de onderlinge omgang*".^{ix}

Dit vraagt het terugdraaien van de stap waarbij de verzorgingsstaat de verantwoordelijkheid van mensen naar de staat overhevelde. Daardoor ging namelijk de betrokkenheid van burgers meer en meer verloren. De socioloog Cees Schuijt spreekt zelfs van " ... een overspannen overdracht van verantwoordelijkheden naar de overheid (...) die uitgelopen is op een anonimisering van verantwoordelijkheid"^x. De verhouding tussen collectieve verantwoordelijkheid en individuele verantwoordelijkheid is daarmee uit balans geraakt.

De eigen individuele verantwoordelijkheid moet weer teruggegeven worden.

Komter spreekt over het begrip 'civiele solidariteit' op een wijze die past bij de kwalitatieve invulling die de samenleving vraagt en ook gaat over beheersing van het eigen gedrag. Civiele solidariteit omvat volgens haar de volgende vier kenmerken: 1. zelfbeperking, controle van spontane impulsen en van het verlangen naar onmiddellijke behoeftebevrediging; 2. goede manieren, niet onbeschoft zijn; 3. erkenning en bejegening van andere mensen als medeburgers; 4. de bereidheid om privé-belangen aan publieke belangen te onderschikken. De vraag is of zij niet meer spreekt over eigenschappen die goede burgers moeten hebben dan over solidariteit. Kijken we om ons heen, dan zien we een toenemende behoefte aan civiele solidariteit, maar dan vooral een waarbij 'de ander' zich meer moet aantrekken van de civiele solidariteit.

Solidariteit heeft naar mijn idee als essentieel onderdeel de bereidheid consequenties te dragen van een gevoel van saamhorigheid. Houdbaarheid van de solidariteit heeft niet alleen te maken met financiële mogelijkheden, maar vooral met de vraag of er de bereidheid is om consequenties te dragen. Die bereidheid vraagt van de gebruikers zelf ook verantwoordelijkheid te nemen.

Meer eigen verantwoordelijkheid en wederkerigheid

De gedachte dat mensen een eigen verantwoordelijkheid hebben om zaken te regelen, ondervindt een groeiende steun. Het SCP heeft de motieven gepeild van mensen rond de sociale zekerheid. Uit dit onderzoek^{xi} is naar voren gekomen dat er “een zeker draagvlak is voor de vormen van keuzevrijheid is. 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 verliest draagvlak als mensen geen eigen verantwoordelijkheid nemen, waar dat wel mogelijk is.

Daarmee komt een principe terug dat in de oude gilden natuurlijk ook aanwezig was. Iedereen heeft een eigen verantwoordelijkheid om de schade te beperken en mensen kijken of degene die van een vergoeding profiteert, wel een eigen verantwoordelijkheid heeft genomen. Eigen inspanning voor brandpreventie hoorde bij een brandverzekering. Hetzelfde gold bij droogte of juist waterschade op de akkers: mensen moesten een eigen verantwoordelijkheid nemen om zoveel mogelijk van de oogst te beschermen. Het claimen van waterschade bij overstromingen, in een gebied dat eigenlijk niet beschermd is door dijken, zou vroeger ook ongekend zijn geweest. Wie in een gebied woonde met kans op overstroming zorgde dat hij een pluizen vloer had.

Deze wens van wederkerigheid zien we ook in de meningen over het stelsel van sociale zekerheid. Het SCP legde mensen de vraag voor of zij voorstander zijn van een model waarbij mensen verplicht worden te werken voor een uitkering. Hierbij zorgt de overheid ervoor dat uitkeringsontvangers een baan tegen het minimumloon krijgen aangeboden waarin zij nuttig zijn voor de samenleving, en is men verplicht dit werk te aanvaarden. De laatste tien jaar is het aantal voorstanders van deze optie gegroeid: 63% van de mensen beschouwt dit als een wenselijk vooruitzicht. Het aantal voorstanders is de laatste tien jaar iets toegenomen (van 59 naar 63%), maar opvallender is dat het aantal tegenstanders is afgenomen. Waar in 1993 bijna een derde (29%) zich tegen een dergelijk systeem uitsprak, gaat het nu om minder dan een zesde deel (16%).^{xii}

Die wederkerigheid (ik ben bereid te betalen als jij iets doet om de kosten te beperken) vinden we ook terug in de cijfers van prof W.A. Arts en prof R.J.A. Muffels in hun onderzoek voor ZonMW naar behoud van solidariteit. Er spreekt een wens uit dat mensen een eigen verantwoordelijkheid nemen, waar dat mogelijk is. De bereidheid om bij te dragen aan kosten voor medische behandeling is hoger bij ziektes of aandoeningen die te maken hebben met een hogere leeftijd of erfelijkheid. De

bereidheid is lager bij risicogedrag of de keuze voor behandeling in het buitenland. Het nemen van een eigen verantwoordelijkheid speelt duidelijk mee in de bereidheid om mee te betalen.

Kenmerk	Algemeen model (ref. is medische noodzaak)
Leeftijd	1.25
Risicogedrag	-0.67
Erfelijkheid	0.41
Behandeling buitenland	-1.77

Tabel (bewerkt) uit Arts en Muffels, Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen 1,2 2005^{xiii}

Dit is niet onverwacht. De burger kan niet onbegrensd zijn rechten doen gelden tegenover de gemeenschap. Hij heeft ook de morele plicht om rekening te houden met anderen en onnodig gebruik van voorzieningen te vermijden. Onnodig gebruik kan soms teruggevoerd worden op eigen verantwoordelijkheid. Denk aan de verantwoordelijkheid om zelf maatregelen te nemen op het gebied van voeding, veiligheid en beweging.

De vraag blijft hoe ver men bereid is te gaan bij het straffen of belonen van gedrag. Hebben we het over bergbeklimmen of over obesitas? Moet het iemand met aanleg voor depressie kwalijk genomen worden dat hij een stressvolle baan met veel onzekerheid heeft? Hoe zit het met alcoholmisbruik? Verslaving is riskant gedrag, maar deels door aanleg bepaald. Bovendien blijkt uit onderzoek dat er systematische verschillen zijn in gezondheidsgedrag tussen mensen met hogere en mensen met een lagere sociaal-economische positie, waardoor te beargumenteren is dat risicogedrag mede voorkomt uit de lagere sociaal-economische positie^{xiv}. Je moet blijkbaar sterker in je schoenen staan om niet te roken.

Waar het oorzakelijk verband niet eenduidig is en de effecten pas op langere termijn zichtbaar worden is een simpele beloning of straf moeilijk. Waar de verbanden duidelijk zijn en de effecten op korte termijn zichtbaar zijn is beloning of straf een goede zaak. Beloning en straf hebben macro-economisch gezien eenzelfde achtergrond: de een betaalt immers meer, opdat de ander beloond kan worden. Psychologisch werkt beloning vaak beter dan straffen, vooral waar het gaat om invloed op het gedrag voor de langere termijn.

Hier is het laatste woord nog niet over gezegd. Dat vraagt zeker terughoudendheid bij gedrag waar de schade pas op langere termijn zichtbaar wordt. Nog twijfelachtiger wordt dan of straffen voor ongezond gedrag overwogen zouden mogen worden. De straf ligt te ver af van het gedrag en de relatie is te zeer vatbaar voor kritiek.

Hoe kom je tot houdbare solidariteit?

Het begrip solidariteit doet een appèl op mensen. Solidariteit vraagt saamhorigheid en bereidheid om de consequenties daarvan te dragen. Houdbare solidariteit heeft dus niet in de eerste plaats te maken met stijgende kosten, maar met de *bereidheid om consequenties te dragen*. Die bereidheid kan behouden worden als er meer elementen van wederkerigheid in het arrangement komen. Mensen moeten daarbij meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun keuzen.

Betekent dat een omarming van marktwerking? Niet per sé. Het gaat er immers niet om of tante Cor uit Terneuzen het ziekenhuis in Middelburg kiest in plaats van Maastricht en daarvoor een rekening gepresenteerd krijgt. Het gaat om gedrag, een eigen verantwoordelijkheid nemen en binnen de mogelijkheden waken voor een te hoge rekening die uiteindelijk bij burgers terug komt.

Het aardige van deze wederkerigheid is dat ze aansluit bij wensen van patiënten zelf. Zoals men er van uitgaat dat iedereen vormt hoort te geven aan de sociale zekerheid omdat het een eigen belang betreft, zo is er een duidelijke wens van patiënten om meer regie te krijgen over de eigen gezondheid.

Het teruggeven van een eigen verantwoordelijkheid vanwege de wederkerigheid heeft nog een ander effect. 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). (SCP 2004^{xv})

Wat zijn dan elementen die een meer wederkerig systeem moet hebben? Het gaat om het nemen van eigen verantwoordelijkheid. Belonen van goed gedrag past er in vooral als het gaat om bewuste keuzen die mensen kunnen maken. Het maakt minder anoniem, eigen gedrag doet er toe. Mensen spannen zich in voor hun gezondheid. Controle hoort daar ook bij. Anoniem ertussendoor glippen omdat controle niet aardig is, kan niet meer. In een dergelijk systeem past ook meer gebruik maken van eigen bijdragen. Een ander element dat in het systeem moet blijven is dat niet alleen lage inkomensgroepen profiteren van solidariteit. Het is niet een overdracht van rijk naar arm, een liefdadigheid.

We zullen voor houdbare solidariteit terug moeten naar solidaire mensen en betrokken bureaucraten. Dat is een andere notie dan de angst voor toenemende kosten die een groeiend beslag doen op het overheidsbudget om de toegang tot de zorg te borgen. Het geeft niet aan dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geen gelijk heeft. Natuurlijk nemen de kosten toe en zijn de lasten scheef verdeeld. Evident testen stijgende kosten de bereidheid om te betalen meer dan dalende of verwaarloosbare kosten. Daarbij is het van belang te zien dat er een sterke vermogensaccumulatie is bij babyboomers. Deels ligt dit overigens op het terrein van inkomensbeleid en minder op de houdbaarheid van solidariteit in de gezondheidszorg.

Kijk ik naar de door mij bepleite maatregelen, dan spoort dat overigens deels heel goed met het advies van de Raad. Soms met een kleine wijziging, soms zijn voorstellen van de RVZ zodanig gericht op inkomensnivellering dat het minder relevant is. Een spaarregeling voor ziektekosten valt helemaal buiten mijn idee over houdbare solidariteit. Een spaarregeling specifiek voor zorgkosten zou dan immers naast spaarregelingen voor de levensloop en eventueel andere spaarregelingen komen. Een specifieke spaarregeling werkt dan niet optimaal. Het is nuttiger om deze te combineren.

Ik kom tot 8 aanbevelingen rond wederkerigheid en tegengaan van verspilling.

1. 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. Dit geldt

zeker voor zaken als therapietrouw en verantwoord medicijngebruik. Het begrip goed patiëntschap past hier. Juridische en medische verplichtingen liggen overigens vaak al vast in de Wgbo en de zorgverzekeringswet.

Het lijkt mij goed mensen te belonen voor gezond gedrag, mits dit gedrag is waarbij de risico's op korte termijn duidelijk zijn. Tot een zeker maximum mag daarvoor door verzekeraars gebruik worden gemaakt van premiedifferentiatie en eigen betalingen. Dit stimuleert wederkerigheid.

Straffen voor ongezond gedrag in de zin van een riskante levensstijl is niet aan de orde. Bij gepast patiëntschap zou het per geval bekeken moeten worden. Een patiënt uitsluiten van behandeling als deze zich onverantwoordelijk gedraagt is al mogelijk. Betalen bij niet opdagen op een afspraak is ook al mogelijk.

2. De spiegel van de vorige aanbeveling is 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.
3. Het basispakket vergoedt alleen behandelingen die bewezen waarde leveren voor de ziektelast van patiënten. Voor het vertrouwen van betalers is het nodig dat zinloze behandelingen niet worden vergoed. De invalshoek van de Raad ligt hierbij iets dichterbij de medische experts: 'evidence based', terwijl ik zou opteren voor 'value based'. Verder deel ik de invalshoek van de Raad. Beide invalshoeken vragen het voorkomen van hoge vergoedingen voor behandelingen die geen meerwaarde leveren.
4. De 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.
5. Een striktere scheiding tussen services en zorg ligt minder voor de hand dan het lijkt. Het is mogelijk dat services een grote bijdrage leveren aan snellere genezing. Besparen mensen dan op services en liggen zij vervolgens langer in het ziekenhuis? Dan zal deze scheiding geen bijdrage leveren aan houdbare solidariteit.
6. De zorg werkt ook activerend in de richting van participatie. De invalshoek van de Raad (arbeidsmarkt) is iets te beperkt. Het gaat om participatie, niet uitsluitend om betaalde arbeid. Onder die participatie kunnen allerlei maatschappelijk zinvolle activiteiten vallen, bijvoorbeeld mantelzorg. De bijdrage van mensen die ouder zijn dan 65 aan informele zorg is de laatste jaren gegroeid en zal naar verwachting verder groeien (SCP 2005^{xvi}).
7. Ik sluit aan bij de stelling van de Raad over stimulansen voor bijdragen aan de zorg. De overheid stimuleert diegenen die vanuit hun taakopdracht of missie een bijdrage leveren aan meer algemene solidariteit- en vangnetfuncties in de gezondheidszorg. Deze stimulansen gelden vooral voor burgers die naar elkaar omzien (clausule 8b). Misschien zou deze stelling verbreed moeten worden. Het

moet niet alleen gaan om concrete hulp vanuit een gevoel van solidariteit, maar ook om de waarde van solidariteit voor de maatschappij zichtbaar te maken.

Overheid levert ook een bijdrage

8. De wederkerigheid geldt ook de overheid. Net als alle economische sectoren lijdt de zorg aan een teveel aan administratieve verplichtingen. Er zouden honderden miljoenen kunnen worden bespaard als wat aan deze overdaad wordt gedaan (commissie-De Beer 2002^{xvii}). Hoewel hiervan wellicht niet op korte termijn veel te verwachten is, dient de overheid duidelijk te maken dat het geld goed besteed is. Niet alleen de burgers, ook de overheid heeft de taak verspilling tegen te gaan en te zorgen dat goed met het geld wordt omgegaan.

Hein Albeda.

H.D. Albeda is directeur van stichting Rekenschap.

ⁱ A. Komter “Solidariteit en het offer” Universiteit Utrecht 2003

ⁱⁱ E. Heydelberg “Klein onderhoud, over actieve solidariteit en gezondheidszorg” De Balie 1995

ⁱⁱⁱ CPB / SCP “Trends, dilemma’s en beleid” Den Haag 2000

^{iv} P. Dekker e.a. “De moraal in de publieke opinie” SCP Den Haag 2004 pg 80

^v Onder andere te vinden in het McKinsey onderzoek 21 minuten.nl 2005

^{vi} H. Prast e.a. “Vertrouwen, cement van de samenleving en aanjager van de economie”, DNB 2005 p42

^{vii} Sociaal en Cultureel Planbureau “Sociaal en Cultureel Rapport 2004” hoofdstuk1, Den Haag 2004

^{viii} Sociaal en Cultureel Planbureau “Sociaal en Cultureel Rapport 2004” pg 327 Den Haag 2004

^{ix} P. Schnabel “Een sociale en culturele verkenning voor de lange termijn” p21 in SCP en CPB “Trends, dilemma’s en beleid” Den Haag 2000

^x C. Schuyt aangehaald in Erik Heydelberg “Klein onderhoud, over actieve solidariteit en gezondheidszorg” De Balie 1995

^{xi} S. Hoff en C. Vrooman “Zelfbepaalde zekerheden” SCP Den Haag 2002

^{xii} Sociaal en Cultureel Planbureau “Sociaal en Cultureel Rapport 2004 h7 pg 337 Den Haag 2004

^{xiii} Muffels, R.J.A., & Arts, W.A. (2005). “Wat te doen? Van solidariteitsonderzoek naar beslissingsondersteunende modellen in de gezondheidszorg”. Sociale Wetenschappen, 48(1/2), 109-138.

^{xiv} K. Stronks en J. Hulshof “De kloof verkleinen” ZonMw/Van Gorcum Assen 2001

^{xv} Sociaal en Cultureel Planbureau “Sociaal en Cultureel Rapport 2004” h9 pg 440 SCP Den Haag 2004

^{xvi} A. de Boer (red) “Kijk op informele zorg” SCP Den Haag 2005

^{xvii} Commissie Terugdringing Administratieve Lasten Zorgsector “Minder regels, meer zorg” VWS 2002