



Begrensdde solidariteit

Auteur(s):

Ophem, J.A.C. van

Verbonden aan het departement Economie en Management van de Landbouwwuniversiteit Wageningen.

Verschenen in:

ESB, 84e jaargang, nr. 4211, pagina D25, 1 juli 1999

Rubriek:

Dossier De zorg ontregeld?

Trefwoord(en):

Dit artikel is een reactie op:

J. Soeters, [Solidariteit onder Nederlanders...?](#), *ESB-dossier*, 1 juli 1999, blz. D21-D24.

De bijdrage van Soeters over de specifieke cultuur van Nederlanders zoals die tot uitdrukking komt in het Nederlandse systeem van gezondheidszorg is interessant, soms amusant en vooral optimistisch van aard. Waarden en normen over wat in een samenleving belangrijk is dan wel of niet moet gebeuren zijn van belang omdat ze tot uitdrukking komen in preferenties van burgers. Onder andere uit zich dit in wat onder de eigen verantwoordelijkheid valt dan wel collectief te regelen is op basis van een of andere vorm van solidariteit. Deze collectieve regelingen hoeven niet noodzakelijk van overheidswege te worden opgelegd (mechanische solidariteit). Ze kunnen ook uit het particulier initiatief voortkomen (organische solidariteit), zoals onderlinge schade- en levensverzekeringen en coöperaties in de agrarische sector.

Voorts is Nederland het land van de stichtingen en verenigingen. Het Nederlandse systeem wordt gekenmerkt door particuliere uitvoering en collectieve financiering. Naast de door Soeters genoemde grote aandacht voor het emotionele en het psychische (het moet 'klikken' tussen arts en patiënt) is het bestaan van en gote hoeveelheid stichtingen ook een van de eigenaardigheden van de Nederlandse gezondheidszorg

Uit internationale vergelijking blijkt dat de kwaliteit-prijsverhouding van het Nederlands zorgsysteem, gemeten door tevredenheid te relateren aan het aandeel van de uitgaven aan zorg in het bbp, relatief hoog is, hoger dan die van de VS¹. De combinatie van 'extreem individualisme' en het 'extreem feminiene' door Soeters treffend verwoord in de zin "Zorg voor anderen is per slot van rekening ook welbegrepen eigen belang, vinden Nederlanders" heeft vooralsnog geleid tot een internationaal gezien efficiënt systeem.

Dat Soeters' betoog getuigt van optimisme blijkt met name uit de laatste paragraaf over tweedeling en meritocratie, een rantsoeneringskwestie. Werkgevers hechten sinds de invoering van de nieuwe Ziektewet meer belang eraan dat hun personeel niet ziek wordt en, indien ziek, zo snel mogelijk weer aan het werk gaat. Wachtlijsten en beperking van capaciteit zijn dan te nemen obstakels. Ze zullen inderdaad zoeken naar extra capaciteit, ook buiten Nederland. Inderdaad hoeft dit ook nog geen verdringing te betekenen. Veel hangt af van de uitwerking van een en ander. Denkbaar is ook een Robin Hood-scenario waar tenminste ook een deel van de niet-werkende wachtenden van zou kunnen profiteren. Maar, deze ontwikkeling staat wel op gespannen voet met de Grondwet, waar aan een ieder met dezelfde kwaal gelijke toegang tot de gezondheidszorg wordt toegezegd onafhankelijk van inkomens- en andere posities.

Een laatste reactie betreft het vraagstuk van de solidariteit tussen de generaties in de financiering van de diverse vormen van zorg (risicosolidariteit). Het hebben van een goede gezondheid is sterk leeftijdsgebonden. De kosten van de gezondheidszorg zijn met name hoog voor de oudere leeftijdscohorten (ouder dan 65 jaar). In het huidige systeem betalen de gezonden (voornamelijk jongeren) voor de zieken (voornamelijk ouderen). De kosten van de vergrijzing is volgens de WRR naast risicoselectie en collectieve verzekeringen aan groepen een van de bedreigingen voor de risicosolidariteit². De vergrijzing leidt naar verwachting per saldo gezien tot een autonome stijging van de kosten.

Uit Diepstraten e.a. blijkt dat er in Nederland vooralsnog geen sprake is van een heftig generatieconflict met betrekking tot de solidariteit tussen de generaties³. Toch blijkt ook dat er bij de jongste generaties (de na 1965-geborenen) onvrede heerst over het handelen van de overheid. Met betrekking tot het heden kan het onderwijssysteem en de sociale zekerheid worden genoemd, wat betreft de toekomst de arbeids(markt)positie en de eigen oudedagsvoorziening. Als de overheid de jongste generatie relatief slechter blijft behandelen in sociale voorzieningen en overdrachtsinkomens, dan wordt het grote goed van de solidariteit tussen de generaties ondergraven en daarmee de risicosolidariteit in de gezondheidszorg.

ESB-Dossier: De zorg ontregeld?

E.A. Bolhuis en F.J. Krapels, [Het speelveld van de gezondheidszorg](#)

Scenario's

L.J. Gunning-Schepers en K. Stronks, [Stelsel- en keuzediscussie: onlosmakelijk met elkaar verbonden](#)

J. Hamel, [De tijd dringt](#)

Bestuur

R. Bekker, [Met zorg besturen](#)

H. Simons, [De Haagse cockpit is overbelast](#)

Het zorgstelsel

F.T. Schut, [Schipperen tussen plan en markt](#)

P.L. Meurs, [Beleid en compromissen](#)

Solidariteit

J. Soeters, [Solidariteit onder Nederlanders...?](#)

J.A.C. van Ophem, Begrensde solidariteit

Blik vooruit

A.J.P. Schrijvers, [De Gezondheidszorg in 2020](#)

W. Groot, [Meer invloed van de consument; meer vraag](#)

Epiloog

H.A. Keuzenkamp, [Gezond blijven](#)

¹ FOZ 1994, *Financieel overzicht zorg 1994*, Sdu, Den Haag, 1993.

² Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), *Volksgezondheidszorg*. Rapporten aan de regering no.52. Sdu Uitgevers, Den Haag, 1997.

³ P. Diepstraten, Ester en H. Vinken, *Mijn generatie. Zelfbeelden, jeugdervaringen en lotgevallen van generaties in de twintigste eeuw*, Syntax Publishers, 1998