

RECHTVAARDIGHEID

# Grenzen aan de solidariteit in de zorg: een essay

De gezondheidsuitgaven in Nederland bedragen anno 2012 ongeveer dertien procent van het bbp. Er zijn wereldwijd al duizenden publicaties verschenen over deze problematiek, waarbij zich niet alleen economen hebben geroerd maar ook medici, sociologen, politicologen en ethici. Het is ondoenlijk om deze hele literatuur te verwerken en dat zal ik dan ook niet proberen. Wel tracht ik een denkraam te formuleren op basis waarvan een genuanceerd debat gevoerd kan worden over gepast zorggebruik, in bijzonder waar het raakt aan de solidariteit in de zorg.

**BERNARD VAN PRAAG**  
Emeritus hoogleraar  
aan de Universiteit  
van Amsterdam

**D**e vraag naar gezondheidsdiensten wordt aangejaagd door de vergrijzing en de voortgang van het medisch kunnen. Daardoor stijgt het beslag van gezondheidsdiensten op het nationaal inkomen en zal een doorgaande groei met hetzelfde percentage er op termijn toe leiden dat de gezondheidszorg het nationaal inkomen volledig opsoupeert. In werkelijkheid zagen we tot op heden

altijd dat die ongebreidelde groei niet gerealiseerd werd. Zo bestond al in de jaren zeventig publiek de vrees dat binnen een aantal decennia het bbp volledig op zou gaan aan de gezondheidszorg als er geen maatregelen zouden worden genomen. Wel zijn er over de laatste honderd jaar enorme verschuivingen geweest in de bestedingen. In 1969 bedroeg de voedselquote in Nederland nog 25 procent en die was in 2006 teruggelopen tot tien procent. De vakantiequote daarentegen is in die periode aanzienlijk gestegen. Ik deel dus niet de zorg van onheilsprofeten die menen dat het groeiende beslag van gezondheidskosten a priori op rampen moet uitlopen. Het is eerder een kwestie van verschuivende preferenties, waarbij de zorg voor de gezondheid nu eenmaal hoog noteert in het preferentieschema van welvarende burgers.

## SOLIDARITEIT

In de moderne welvaartsstaat zijn wij gewoon dat we niet zelf voor al onze gezondheidskosten hoeven op te draaien, maar dat ook anderen een deel van de voor ons gemaakte kosten betalen. Men noemt dit solidariteit. We spreken losjes over solidariteit, maar allereerst hebben we behoefte aan een definitie van deze term. Praktisch alle arrangementen van zorg, zoals de ziektekostenverzekering, de AWBZ, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, en in ruimere zin de bijstand, zijn omslagstelsels, die te interpreteren zijn als een verzekering. De verzekerde betaalt een premie en indien het

verzekerde risico zich voordoet, dan wordt er betaald vanuit de premieopbrengst. Bijna alle verzekeringen zijn verplicht. Een verzekering is fair wanneer de premie gelijk is aan de verwachte schade. Wanneer we dit bekijken op jaarbasis, dan is de evaluatie vlug gemaakt. Jongeren betalen wel premie maar hebben nauwelijks schade. Ouderen betalen ook premie maar hun verwachte schade is veel hoger dan hun premie. Kortom, voor de verschillende leeftijdscohorten apart is de verzekering niet fair. Maar, zo kan men tegenwerpen, is het evalueren van de fairness van een ziektekostenverzekering op jaarbasis niet vrij absurd?

## Een groter beroep op solidariteit van de oudjes van nu op hun nakroost is verdedigbaar

Het juiste kader is om zo'n verzekering te bekijken over de gehele levensduur. De vraag is dan of de som van de premies die een burger gedurende zijn hele leven betaalt ongeveer gelijk is aan de verwachte schadebedragen over zijn hele leven. Mijn inschatting is dat dat niet het geval is. De zorgkosten concentreren zich in de oude dag. Gegeven de stijgende levensduur en de verbetering en het duurder worden van de beschikbare medische technologie, zal iedereen minder betalen dan hij uiteindelijk op zijn oude dag krijgt. De premies in 1950 dienden immers om de zorgkosten van 1950 te betalen; in 2010 zijn die zorgkosten verdubbeld. Zo bezien hebben jongeren weinig reden tot klagen. Ook zij zullen, wanneer zij oud zijn, naar verwachting weer ditzelfde voordeel deelachtig worden.

Toch is er nog meer over te zeggen. In 1950 betaalden in Nederland circa acht jongeren de zorgkosten van één oudere, in 2010 moeten slechts vier jongeren de zorgkosten van een oudere betalen, en in 2040 zullen dat er nog slechts twee zijn. Dit is het gevolg van de drastische daling van het aantal geboorten en de stijging van de levensverwachting. De afhankelijkheidsratio van ouderen ten opzichte van de actieve bevolking is verdubbeld en zal in enige decennia zelfs verviervoudigd zijn. Het beroep op solidariteit tussen

jongeren en ouderen van de generatie van 1950–1960 staat dus onder druk. Na 2040, zo zegt de voorspelling, zal die verhouding blijven hangen op 1 staat tot 2, en de jongeren van nu gaan dus ook profiteren van dezelfde solidariteit, waaronder ze nu te lijden hebben. Het gevoel dat we nu hebben – dat op de jongeren van nu een veel zwaarder beroep wordt gedaan voor de zorg voor de generatie jaren vijftig en zestig dan wat die generatie zelf toen ze jong was opzij moest leggen voor de zorg voor ouderen – is dus terecht. Maar het is ook een voorbijgaand verschijnsel, daar de jonge generatie van nu over dertig jaar de kostengenerator zal zijn geworden. Bovendien moet men niet vergeten dat de werkende generaties van nu het in hun jeugd veel beter hebben gehad dan hun ouders tot ze jong waren. Daarnaast hebben ouders van nu veel meer in de huidige werkende jongeren in de vorm van onderwijs kunnen investeren dan de vooroorlogse generaties en de 'babyboomers' ooit voor hun kinderen hebben kunnen doen. Een groter beroep op solidariteit van de oudjes van nu op hun nakroost is dus verdedigbaar.

### GRENZEN AAN DE SOLIDARITEIT

Naast de demografische factor is er de realiteit van de continue vergroting van de medische mogelijkheden. Medicijnen en therapieën komen beschikbaar waarmee kwalen kunnen worden genezen die tot voor kort slechts leidden tot de dood. De effecten van deze trend zijn tweërlei. Enerzijds zien we positieve effecten: de kwaliteit van leven stijgt, de arbeidsproductiviteit van actieven stijgt en het arbeidsverzuim daalt. Bovendien dalen sommige kostencomponenten, bijvoorbeeld door de sterke daling van de ligduur in ziekenhuizen. Anderzijds gaan de medische kosten omhoog door de stijgende investeringen in de kwaliteit van het medisch en paramedisch personeel, de uitbreiding van de mogelijkheden en dus het aanbod en de stijging van de kosten van medicijnen en apparatuur. Het netto-effect is een sterke stijging van de gezondheidskosten in ruime zin als deel van het nationaal inkomen, voor een aanzienlijk deel veroorzaakt door de zich voltrekende demografische structuurverandering. Het is niet te ontkennen dat er een communis opinio is in Nederland dat de stijging van de gezondheidskosten dramatisch is en dat men niet goed in staat is tot beheersing.

De vraag doet zich dan voor hoe het verzekerd pakket van diensten en goederen kan worden verkleind in hoeveelheid en in prijs. Deze vraag heeft natuurlijk een economisch én een medisch-ethisch aspect. Er zijn

twee partijen bij betrokken. De Nederlandse bevolking van premie- en belastingbetalers heeft voordeel van pakketverkleining. Anderzijds hebben specifieke groepen, bijvoorbeeld ouderen, chronisch zieken, allochtonen, sporters en gezondheidswerkers mogelijk nadeel van pakketverkleining. Het verlagen van specialistenbeloningen zal niet in dank geaccepteerd worden door specialisten en misschien leiden tot een vermindering van het specialistisch aanbod.

Toch hoeven we niet elke kostenverhoging in volume, prijs of pakketuitbreiding klakkeloos te accepteren. Wordt ook bij een aantal claims niet ten onrechte een beroep gedaan op de solidariteit? Er zijn vormen van solidariteit die men maatschappelijk acceptabel vindt en andere vormen die lijken op klaploperij. Ik zal enige aangrijpingspunten aangeven die kunnen leiden tot pakketverkleining zonder dat dit ernstige welvaartsverliezen of inbreuken op de solidariteit tot gevolg heeft, behalve misschien in een overgangperiode. In feite zijn deze punten vrij algemeen bekend. Men praat er alleen in sommige kringen niet graag over, en gedeeltelijk liggen zij zelfs in de sfeer van het maatschappelijk taboe. Het is een lijstje met zeven punten dat hopelijk publieke discussie uitlokt en beslissingen omtrent de solidariteit beter bespreekbaar maakt.

#### De organisatie van het medisch aanbod

De indruk bestaat dat de efficiency van onze gezondheidszorg op een aantal punten verbeterd zou kunnen worden. Ik doel hier op het bestaan van een omvangrijke, gedeeltelijk overbodige managersklasse, de buitensporige salariering van de top van de gezondheidszorg, en de mogelijke onderbenutting van lageropgeleiden in de zorg door te snelle doorverwijzing naar hogere echelons. Bij huisartsen werd het uitoefenen van eenvoudige specialistische verrichtingen tot voor kort met succes gestimuleerd, maar nu door het wijzigen van het beloningssysteem weer gedemotiveerd.

Tevens is het bevorderen van parttime-aanstellingen bijzonder inefficiënt. In de eerste plaats omdat de investering van de opleidingskosten en de 'vaste kosten om bij te blijven' in tijd hetzelfde zijn, of men nu drie, vier of vijf dagen werkt. In de tweede plaats omdat er veel meer overdrachten dienen plaats te vinden die op zich al veel tijd kosten en 'ruis op de lijn' veroorzaken. Er is hier overigens de interessante vraag of de facilitering van parttime werken anderzijds niet leidt tot een verruiming van het aanbod, speciaal van vrouwen.

Ook bij het 'marktdenken' in de gezondheidszorg

kan een vraagteken gezet worden. In de eerste plaats zijn de verzekeraars wel heel bijzondere marktagenten. Zij zijn een klein aantal regionale monopolisten met als tegenpartij een amorfe verzameling van artsen, apothekers en andere gezondheidswerkers die zich (van de NMA) niet mogen organiseren als onderhandelingspartij. Zij mogen veelal slechts tekenen bij het kruisje in de contracten die verzekeraars voorleggen. Is deze marktform wat men verstaat onder volledige en vrije mededinging? Ongetwijfeld is er inefficiëntie in ziekenhuizen en bij andere aanbieders en verdienen sommige aanbieders te veel. De marktmacht van verzekeraars zal daar wel gunstig werken, hoewel vaak ten koste van ontoelaatbare verschraving van het aanbod. Men denke aan het opheffen van ziekenhuizen, huisartspraktijken en apotheken in de periferie of de mechanisering van de thuiszorg waar geen tijd meer wordt gelaten voor persoonlijk contact tussen verzorger en verzorgde. Maar waar blijft de opbrengst van deze kostenreducties? Blijft er niet veel hangen bij de verzekeraars in de vorm van salarissen en gebouwen? Het gevaar is dat de sfeer en arbeidsmoraal in de gezondheidsmarkt wordt aangetast. Het is de vraag of het aanbieden van gezondheidsdiensten niet gaat verworden tot de vraag waar het meeste geld mee kan worden opgehaald door gesjoemel met DBC's, in plaats van de ouderwetse huisartsenzorg en thuiszorg van de wijkzuster. Het resultaat van dit alles zou heel goed prijsverhoging én een kwaliteitsverlaging kunnen zijn.

#### Terminale zorg en vrijwillige levensbeëindiging

Een tweede aangrijpingspunt is ongetwijfeld het beleid omtrent vrijwillige levensbeëindiging en terminale zorg. Laat mij beginnen te stellen dat eenieder in volledige vrijheid moet kunnen beslissen of hij wil blijven doorleven of de voorkeur geeft aan een zelf-gekozen levenseinde. Kiest hij voor het blijven doorleven dan dient men hem ook alle medische en niet-medische ondersteuning te geven. Dit gezegd zijnde moet ook gezegd kunnen worden dat er een aanzienlijk aantal mensen is die niet of niet meer voor hun plezier leven en die hun leven graag willen beëindigen. Het gaat hier zowel om fysiek als psychisch lijden. Ook bij een fundamentele beslissing als deze speelt de mode een rol.

Nu zetten veel groepen vanuit onze cultuur nog een stevig stigma bij de gewilde dood. We zien echter een trend in de hedendaagse maatschappij om vrijwillige levensbeëindiging bespreekbaar te maken en zelfs acceptabel te achten. Een enquête van Medisch Con-

tact uit juni van dit jaar toont aan dat ook veel artsen zelf van mening zijn dat er in het laatste stadium vaak sprake is van 'overbehandeling' om het leven van zeer matige kwaliteit nog met enige weken of maanden te rekken. Ik juich de ontwikkeling van dit inzicht toe. Het economische effect van deze trend is evident. Schattingen geven aan dat circa vijftien procent van de totale gezondheidskosten van een Nederlander gemaakt wordt gedurende het laatste levensjaar. Stoppen met overbehandeling en een liberale toegang tot vrijwillige euthanasie kan dus al vlug leiden tot een da-

## Stoppen met overbehandeling en liberale toegang tot vrijwillige euthanasie kan al vlug leiden tot een kostendaling van enige procenten per jaar

ling van enige procenten per jaar. Het valt moeilijk in te zien waarom, wanneer zowel patiënt als maatschappij gebaat is bij die beslissing, dit zou moeten worden tegengehouden.

### Perinatale behandeling

Eenzelfde kwestie speelt voor de geestelijk en zwaar gehandicapte baby's die met een zware chronische ziekte en een predictie voor een ernstig onvolledig leven geboren worden. Het verschil is uiteraard dat deze embryo's of pasgeborenen geen eigen mening hebben. Ook hier geldt dat elk ouderpaar in volledige vrijheid moet kunnen beslissen of het zijn kind wil laten leven of dat het de pasgeborene een later leven vol van moeilijkheden en onvervulbare wensen wil besparen. Kiest men voor het blijven doorleven dan dient de maatschappij ook alle medische en niet-medische ondersteuning te geven gedurende het hele volgende leven. Ook hier gaat het om een belangrijk ethisch vraagstuk, dat ieder naar zijn eigen gevoel moet oplossen. In deze levensvraagstukken lijkt de tijd echter voorbij dat een deelgroep zijn ethiek kan opleggen aan een andere groep die op basis van volledige integriteit een andere afweging wil maken. Ook hier zijn een aantal procenten van de gezondheidskosten in het geding.

### Ongezonder consumptiegedrag

Er is één deel van de gezondheidsuitgaven waarvoor de noodzaak van solidariteit reeds een punt van publieke discussie is geworden. Het gaat hier om het manifest ongezonde consumptiegedrag. Waarom zou de gemeenschap de kosten moeten dragen van bewust individueel gedrag dat leidt tot hoge kosten voor de gemeenschap, terwijl het individu die kosten kan voorkomen? Het bekende wat cynische tegenargument is dat weliswaar ongezond consumptiegedrag leidt tot hoge medische kosten, maar dat dit weer goed gemaakt wordt omdat ongezond levende mensen veel minder lang van hun pensioen kunnen genieten door hun lagere levensverwachting. Dan worden echter de niet-medische kosten van arbeidsverzuim, lagere productiviteit, en het moeilijk kwantificeerbare verlies van kwaliteit van leven nog niet meegerekend.

Het aantal alcohol- en drugsverslaafden is over de periode 2002–2008 gestegen met vijftig procent. Onlangs suggereerde de arts Kingma dat zogenoemde 'coma-zuipers' zelf de kosten van hun behandeling zouden moeten betalen. Nu is dit misschien wel erg cru en zou het een averechtse uitwerking kunnen hebben omdat een aantal coma-zuipers niet meer naar het ziekenhuis zouden willen gaan. Toch zou het zeer aan te bevelen zijn wanneer deze drinkers een forse maar inkomensafhankelijke eigen bijdrage moeten betalen. Het gaat hierbij niet zozeer om de kostencompensatie an sich. Voor jeugd met weinig inkomen zou men kunnen denken aan een bedrag van bijvoorbeeld driehonderd euro, terwijl de kosten van de behandeling en nazorg wellicht in de tienduizenden lopen. Men zou ook kunnen denken aan een vergoeding in natura door de onmatige consument een aantal dagen te laten meewerken in het ziekenhuis met schoonmaken. Dit eigen risico zou wel een flinke afschrikwekkende werking hebben.

Dezelfde filosofie kan worden toegepast op roken, drugsgebruik en bovenmatig alcoholgebruik. Hier ligt het verhogen van de prijs voor de hand door een accijnsverhoging op sigaretten en alcoholische dranken. Hetzelfde zou moeten gelden voor alle snoepgoed en suikerhoudende dranken, die obesitas veroorzaken. Ook hier praten we niet over een verwaarloosbaar risico. De Raad voor de Volksgezondheid becijferde in 2011 chronische ziekten die veroorzaakt worden door roken, ongezonde voeding, overmatig alcoholgebruik en te weinig beweging op 27 procent van de totale ziektelast. VNO-NCW schat alleen al de kosten voor

werkgevers wegens verzuim door overgewicht op 600 miljoen per jaar. Het beoefenen van sport is in principe gezond. Toch is ook het aantal ongevallen bij sport niet verwaarloosbaar, wat leidt tot medische kosten en arbeidsverzuim. In het Nationaal Kompas Volksgezondheid werden deze kosten enige jaren geleden geschat op een bedrag van circa anderhalf miljard euro aan schade. De vraag is dan of bij bepaalde sporten, net zoals bij skiën, geen aanvullende premie zou moeten worden betaald.

#### Psychische problematiek

Het RIVM signaleert dat het aandeel voor psychische stoornissen in de gezondheidskosten twintig procent bedraagt. Het is een van de snelst groeiende kostenposten, waarbij het demografisch effect naar verhouding gering is. De stijging zal voor een deel toe te schrijven zijn aan de ontwikkelingen in de maatschappij, waarbij de groeiende inkomensonzekerheid, de woningnood en het wegvallen van oude vertrouwde verbanden van gezin en kerk ongetwijfeld een rol spelen. Niettemin zou ook hier wel eens sprake van overconsumptie kunnen zijn. Een goed onderzoek naar de gerechtvaardigheid en effectiviteit van een aantal therapieën lijkt niet een overbodige wens.

#### Normale kosten

Ten slotte komen we dan bij de normale kosten die een ieder maakt. Voor opgenomen zieken gaat het dan om voeding, kleding, bewassing, gewone medicijnen en eenvoudige hulpmiddelen. Het lijkt redelijk dat zodra iemand ergens wordt opgenomen hij hiervoor gewoon de normale kosten zou moeten betalen die hij thuis ook zou maken. Hetzelfde geldt voor de rollator en andere eenvoudige hulpmiddelen.

#### Niet-medische kosten

De maatschappelijke solidariteit strekt zich verder uit dan het medische circuit. Ziekteverzuim en verlies aan arbeidsproductiviteit leiden tot kostenverhogingen en hogere sociale premies en belastingen voor werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, Wajong, sociale werkplaatsen en bijstand. Vaak zijn beslissingen van bedrijfs- en keuringsartsen hierbij van essentieel belang. Deze kosten voor de maatschappij zijn hier grotendeels buiten beschouwing gebleven, maar dienen toch wel als aanzienlijke post te worden opgevoerd. Het is niet onwaarschijnlijk dat de waarde van deze posten in dezelfde orde van grootte zal liggen als de medische kosten.

#### SLOTWOORD

In onze westerse maatschappij is de periode van groei en het daarmee gepaard gaande gevoel van euforie voorbij. We moeten op de kleintjes gaan letten, maar anderzijds willen we de voornaamste verworvenheid van de moderne welvaartsstaat, de solidariteit tussen de burgers, niet prijsgeven. Een belangrijke component van onze verzorgingsstaat is dat men als gemeenschap opkomt voor de noodzakelijke gezondheidskosten van de individuele burger. Het individu kan er immers niets aan doen wanneer het noodlot hem treft met een slechte gezondheid. Het wordt wat anders wanneer het individu zelf de schade min of meer bewust veroorzaakt. In dat geval is het dubieus of voor dat deel van de schade ook de solidariteit van de medeburger kan worden ingeroepen. Tot voor kort lag het uitspreken van twijfel over de gerechtvaardigheid of het concreet benoemen van bepaalde delen van de gezondheidsuitgaven in de sfeer van het maatschappelijk taboe. Onder de druk van stijgende gezondheidskosten en een teruglopend budget van gezinnen en van de overheid lijkt de solidariteitskwestie bespreekbaar te worden. Uiteraard zullen er nog achterhoedegevechten geleverd worden die de implementatie van een politieke discussie nog wel een aantal jaren kunnen vertragen. Met deze bespreking, waarbij ik bewust niet heb getracht numerieke schattingen van die posten te geven, meen ik een aanzet te geven voor een dergelijke discussie. Instituten als RIVM, CBS en SCP zullen wel zorgen voor de broodnodige kwantificering.