

Gezondheidszorg. Nieuwe ongelijkheden

Margo Trappenburg en Stef Groenewoud

1 Inleiding

In 2006 krijgt Nederland een nieuw zorgverzekeringsstelsel dat, zoals dat in modern beleidsjargon heet, een omslag moet bewerkstelligen van ‘aanbodsturing’ naar ‘vraagsturing’. Vraagsturing klinkt mooi. Het is een van die hoera-woorden uit de politiek waarbij iedereen zich allerlei prachtigs kan voorstellen en het wordt doorgaans vergezeld door een aantal andere hoera-woorden die de aantrekkingskracht nog vergroten: ‘transparantie’, ‘individuele keuzevrijheid’, ‘zorg op maat’. Vraagsturing kan worden gepresenteerd als oplossing voor de meest uiteenlopende beleidsproblemen. Tekenend is dat ex-minister Borst tijdens het tweede paarse kabinet aankondigde dat zij de aanbodsturing in de gezondheidszorg wilde afschaffen onder verwijzing naar de toegenomen welvaart. Aanbodsturing had, zo meende zij, goed gewerkt in tijden van budgettaire krapte en economische recessie, maar kon niet worden gehandhaafd in tijden van economische groei. In de nota Vraag aan bod lezen we: “De grenzen van centrale aanbodregulering zijn bereikt. In een sociaal-economische context waar krappe financiële ruimte gecombineerd moest worden met gelijke toegang en verdeling van schaarste, is aanbodsturing een effectief sturingsmodel gebleken. Maar in tijden van toegenomen welvaart, meer mondigheid en de wens tot keuzevrijheid (...) komen de tekortkomingen van dit systeem meer en meer aan het licht.” (TK 2000-2001, 27855, nr. 2). Inmiddels, enkele jaren later, in een tijd van economische terugslag, heet het dat een meer vraag gestuurd systeem nodig is, juist om de uit de hand gelopen kosten van het ouderwetse, aanbod gestuurde systeem te beteugelen.

In dit hoofdstuk willen wij de termen vraagsturing en aanbodsturing zoveel mogelijk vermijden. In plaats daarvan zullen wij een beeld schetsen van de ontwikkelingen en de veranderingen in de gezondheidszorg gedurende de afgelopen vijftientig jaar met behulp van een aantal politiek-filosofische theorieën. We zullen daarbij met name ingaan op de hoeveelheid individuele keuzevrijheid en de mate van solidariteit in de opeenvolgende perioden en op de relatie tussen deze beide principes.

2 Gelijkheid voor de dokter

Achteraf bezien kunnen we de jaren tachtig van de twintigste eeuw typeren als een periode waarin de norm van ‘gelijkheid voor de dokter’ centraal stond. Nederland kende weliswaar een merkwaardig zorgverzekeringsstelsel, waarin ruwweg een derde van de bevolking particulier verzekerd was en twee derde verplicht verzekerd via het ziekenfonds, maar voor de behandeling van patiënten maakte de verzekeringsvorm geen verschil. Voor artsen was de belangrijkste vraag: wat mankeert de patiënt? Is hij ziek, wat heeft hij dan, hoe erg is het, en wat kan de geneeskunst hieraan doen? In de jaren zestig en zeventig was het nog usance dat huisartsen zich verdiepten in ‘de mens achter de patiënt’, in zijn leed, zijn leven en verdriet. Maar in de jaren tachtig was deze mode voorbij. Men was beducht dat al teveel belangstelling voor persoonlijke problemen medicaliserend zou werken en men wilde voorkomen dat patiënten afhankelijk zouden worden van het medisch systeem (Mol en Van Lieshout 1989).

Een groot deel van de jaren tachtig stonden, onder leiding van opeenvolgende kabinetten Lubbers, in het teken van noodzakelijk geachte bezuinigingen op de overheidsuitgaven. Ook op medische zorg moest worden gekort, zo werd door velen aangenomen. Ad hoc ingestelde commissies, reguliere adviesorganen, beroepsverenigingen

van artsen en juristen, ethici en politici verdiepten zich jarenlang in de vraag hoe deze bezuinigingen moesten worden gerealiseerd. Was het toelaatbaar dat gezondheidszorg zou worden verdeeld naar rato van maatschappelijke verdienste? Kon men bijvoorbeeld behandelingen bij voorkeur geven aan personen van groot maatschappelijk gewicht, of aan werkenden liever dan aan huisvrouwen, gepensioneerden of kleine kinderen? Was het wenselijk als de persoon van de patiënt een rol zou spelen bij de beslissing hem of haar te behandelen? Kon men bijvoorbeeld een voorkeursbehandeling geven aan ouders van kleine kinderen? Zou een moeder van drie kinderen in de peuter-kleuterleeftijd niet meer gemist worden dan een alleenstaande en moest dat gegeven een rol spelen in de zorg? Was het rechtvaardig om te selecteren op leeftijd? Was het niet zo dat 70-plussers door de bank genomen een mooi leven achter de rug hadden terwijl twintigers, dertigers en veertigers aanspraak zouden moeten kunnen maken op nog een flinke periode extra? En *last but not least*: zou er in de gezondheidszorg niet meer moeten worden gekeken naar schuld en verantwoordelijkheid? Rokers, alcoholisten en patiënten met overgewicht worden immers niet zomaar ziek, die hebben hun ziekten gedeeltelijk over zich afgeroepen. Zou dat niet moeten leiden tot plaatsen op de wachtlijst na hun niet-rokende, matig drinkende, slanke medepatiënten? (Vgl. Trappenburg 1993).

Op al deze vragen werd door vrijwel alle commissies, adviesorganen en beroepsverenigingen die zich bezig hielden met schaarste en keuzen in de zorg uiteindelijk 'nee' geantwoord. Nee, er mocht door de dokter niet worden gekeken naar de mate van schuld bij de patiënt, want een dokter was geen rechter, geen beul en geen openbare aanklager. Nee, een dokter moest zich niet laten leiden door het verdriet of de opluchting van de eventuele nabestaanden van de patiënt, voor de dokter horen lieve moeders en alleenstaanden gelijkwaardig te zijn, niet alleen als het gaat om alleenstaanden die net zo erg zouden worden gemist als de spreekwoordelijke jonge moeder, maar ook als het zou gaan om vereenzaamde patiënten voor wie dat niet gold. Nee, er mocht niet worden geselecteerd op leeftijd; ouderen moesten net zo goed in aanmerking kunnen komen voor een dure behandeling als hun jongere medeburgers, al was het maar omdat zij hun hele leven premie hadden betaald. En nee, nee, natuurlijk moest er geen voorkeursbehandeling komen voor bekende Nederlanders, belangrijke politici, leden van het koninklijk huis of burgers met betaald werk. Als er dan toch moest worden bezuinigd dan moest er worden gekozen op strikt medische gronden. Dan moest er worden gekeken welke patiënt er het ergst aan toe was, en die zou het eerst moeten worden behandeld. En als dat criterium onvoldoende houvast bood moest de volgorde op de wachtlijst de doorslag geven. (Trappenburg 1993).

De zorg werd in de loop van de jaren tachtig op allerlei niveaus gebonden aan budgetten: een macro-budget, budgetten per ziekenfonds en budgetten per instelling. Binnen deze budgetten werd men geacht medische zorg te verdelen volgens de hierboven omschreven medische criteria: medische behoefte, urgentie en de wachtlijst.

De verdeling van zorg in de jaren tachtig verliep daarmee volgens de principes van de rechtvaardigheidstheorie van Michael Walzer, beschreven in *Spheres of Justice* (1983, vgl. ook Trappenburg 1997). Volgens Walzer speelt het leven in een moderne westerse samenleving zich af in een aantal zoveel mogelijk gescheiden rechtvaardigheidssferen. In elk van die sferen worden bepaalde 'goederen' verdeeld volgens sfeerspecifieke waarden en principes. In de sfeer van de 'gewone goederen' geldt de wet van vraag en aanbod en de logica van de markt: dvd spelers, mantelpakjes en mannenparfums mogen geheel naar eigen inzicht door producenten en consumenten worden verhandeld. Daarbij is het geen probleem dat de een zich een betere dvd speler, een mooier mantelpakje of een lekkerder luchtje kan veroorloven dan de ander. In de sfeer van het onderwijs gelden andere principes. Basisonderwijs moet zo worden verdeeld dat burgers gelijke startkansen hebben, heet het in de filosofie van Walzer. Hoger onderwijs moet meritocratisch worden verdeeld. Het is onzin

om te zeggen dat iedereen naar het VWO, het HBO of de universiteit zou moeten kunnen. Dat behoort te zijn weggelegd voor de slimsten en de vlijtigsten. In de sfeer van de medische zorg gelden weer andere principes. Medische zorg moet worden verdeeld naar medische behoefte. Dokters moeten niet kijken wie het rijkst, het liefst, het braafst of het belangrijkste is, zij moeten kijken wie er het ergst aan toe is en die patiënt komt eerst.

Binnen deze filosofie is de solidariteit groot: als de toegang tot de gezondheidszorg uitsluitend bepaald wordt door de medische conditie van de patiënt en niet door diens portemonnee of sociaal-economische status, dan impliceert dit dat er wordt herverdeeld via de ziekenfonds- of ziektekostenverzekeringspremie.

Direct samenhangend met de hoge mate van solidariteit is de keuzevrijheid beperkt. In beginsel heeft een patiënt recht op 'zorg naar medische behoefte' en niet op 'zorg naar eigen subjectieve preferentie'. Natuurlijk kan er wel een zekere mate van keuzevrijheid worden gerealiseerd. Het is goed mogelijk om patiënten binnen dit stramien het recht te geven een behandeling te weigeren. Het is mogelijk patiënten het recht te geven te kiezen tussen twee behandelingen als deze even effectief worden geacht en ongeveer even veel kosten. Het is bovendien mogelijk patiënten het recht te geven op zoek te gaan naar een 'second opinion' als zij het oordeel van hun behandelaar niet vertrouwen. Maar daarmee lijken de grenzen van de keuzevrijheid in het Walzeriaanse model wel zo ongeveer bereikt. Burgers die niets mankeren, maar die toch graag een aantal bloedtests en MRI-scans zouden ondergaan 'voor de zekerheid', hebben daar in dit model geen recht op. Ook voor het laten uitvoeren van dergelijke testjes op private basis bestaat maar beperkt ruimte. De tijd dat artsen bezig zouden zijn met deze overbodige diagnostiek gaat immers af van de tijd die beschikbaar is voor noodzakelijke zorg, en bij gegeven schaarste lijkt dat onwenselijk. Patiënten die zouden willen afzien van een medische behandeling omdat zij het daarvoor beschikbare geld liever zouden willen besteden aan een vakantie, een kunstwerk of een aquarium met zeldzame tropische vissen hebben die mogelijkheid niet. De solidariteit is in het Walzeriaanse model nadrukkelijk gekoppeld aan de sfeer van de gezondheidszorg. Voor 'sfeeroverschrijdende transacties' is geen plaats.

3 Echte keuzes en andere solidariteit

De plannen tot verandering en stelselwijziging in de gezondheidszorg gelanceerd sinds eind jaren tachtig hadden, zou je kunnen zeggen, allemaal tot inzet om te sleutelen aan de reikwijdte van de solidariteit of de mate van keuzevrijheid binnen het hierboven beschreven Walzeriaanse model. Heel bekend werd het rapport *Kiezen en delen*, opgesteld door een commissie onder leiding van cardioloog Ad Dunning en gepubliceerd in 1991. De commissie Dunning betoogde in haar rapport *Kiezen en delen* dat er drie manieren bestaan om gezondheid te definiëren en navenant ook drie manieren om gezondheidszorg te verdelen: het medisch-professionele model, het individuele behoefte model en het gemeenschapsmodel.

Binnen het medisch-professionele model is ziekte een aantoonbare afwijking van het normaal biologisch functioneren. In sommige gevallen kan daar iets aan worden gedaan, dan is er een behandeling beschikbaar waarvan medici in wetenschappelijk onderzoek hebben vastgesteld dat deze werkzaam is: de patiënt kan erdoor opknappen of genezen.

Binnen het individuele behoefte model zijn ziekte en gezondheid subjectieve categorieën. De ene mens kan prima leven met een bepaalde aandoening, de ander ziet door diezelfde aandoening zijn hele toekomst in duigen vallen. Het ligt dus voor de hand dat die tweede persoon veel meer behoefte zal hebben aan behandeling van de betreffende aandoening.

Binnen het gemeenschapsgerichte model "wordt gezondheid gezien als de mogelijkheid voor ieder lid van een gemeenschap normaal te kunnen functioneren, zoals dat

op dit moment in de Nederlandse samenleving geldt.” (Commissie Keuzen in de zorg 1991, p. 15).

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

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

Het logische verdelingsmechanisme van het gemeenschapsmodel is brede maatschappelijke deliberatie over wat in onze samenleving minimaal noodzakelijk is om mee te kunnen doen als burger, gevolgd door politieke besluitvorming over de inhoud van het verzekeringspakket. De commissie Dunning pleitte voor deze laatste benadering en in het verlengde daarvan voor veel bezinning op en discussie over de invulling van burgerschap in onze gemeenschap. De commissie liet zich daarbij inspireren door het werk van de communitaristische Amerikaanse filosoof Daniel Callahan (Callahan 1987 en 1989). In diens visie zou een politieke gemeenschap collectief prioriteiten moeten stellen in de zorg, waarbij men dan bijvoorbeeld zou kunnen beslissen om ouderen uit te sluiten van bepaalde vormen van zorg. Een gemeenschap heeft immers meer belang bij sterke volwassenen in de kracht van hun leven dan bij hoog bejaarde medeburgers die niet veel meer kunnen doen voor het algemeen belang.

Wat de commissie Dunning in haar rapport bepleitte was een inperking van de solidariteit door het zogeheten ‘trechteren van voorzieningen’. Bij elke medische behandeling zouden wij ons af moeten vragen: 1) Is de betreffende behandeling noodzakelijk om te kunnen participeren in de gemeenschap? 2) Is de behandeling effectief? 3) Is zij doelmatig? En 4): zou zij eventueel door betrokkene zelf kunnen worden betaald? Alleen die behandelingen die noodzakelijk, effectief en doelmatig werden geacht en onmogelijk voor rekening van de betrokkene zouden kunnen blijven kwamen ongeschonden door de trechter van Dunning in het ziekenfondspakket (of: in het basispakket van een eventueel nieuw in te voeren volksverzekering tegen ziektekosten).

Wat betekende dit in praktijk? Of een behandeling de vierde zeef (eigen financiering wel of niet mogelijk) passeert is goeddeels afhankelijk van politieke voorkeur en opportuniteit. Rechtse partijen zullen eerder vinden dat mensen bepaalde vormen van medische zorg zelf moeten kunnen betalen dan links georiënteerde politici. Ook rechtse politici kunnen echter niet al te ver gaan met hun beroep op eigen verantwoordelijkheid, vanwege een mogelijk optredend substitutie-effect. Als medicijn A door de patiënt zelf moet worden betaald, terwijl medicijn B (duurder, maar met ongeveer dezelfde werking) collectief wordt vergoed zullen teerhartige artsen geneigd zijn met hun patiënten mee te denken en een recept uitschrijven voor B.

De tweede en derde schijf horen in termen van de commissie-Dunning bij het medisch-professionele model, of, in termen van deze bijdrage: bij het Walzeriaanse principe. Als geneesmiddel A aantoonbaar werkzaam is bij de bestrijding van ziekte y, dan hoort geneesmiddel A in het verzekerde pakket. Als A wel werkzaam is, maar niet beter dan B, terwijl B aanzienlijk goedkoper is, dan is dat een goede reden om A toch buiten het pakket te houden. Overigens blijkt het in de praktijk een stuk minder makkelijk om dit soort afwegingen te maken dan in deze vlotte omschrijvingen wordt gesuggereerd. Of geneesmiddel A ‘werkzaam is’ bij een bepaalde ziekte, hangt bijvoorbeeld heel erg af van de

aard van die ziekte. Kun je zeggen dat taxoïden die worden voorgeschreven bij bepaalde vormen van uitgezaaide kanker ‘werkzaam’ zijn als zij leiden tot enkele maanden levensverlenging? (Evenblij 2005). De betekenis van ‘werkzaamheid’ of ‘effectiviteit’ verschilt per ziekte en aandoening.

Het wordt nog lastiger als de doelmatigheid en effectiviteit worden gekoppeld aan de eerste schijf, die geacht werd ontleend te zijn aan de gemeenschapsgerichte benadering. Wanneer is zorg ‘noodzakelijk om te kunnen functioneren in onze gemeenschap’? In een recent verschenen beschouwing, verschenen als evaluatierapport van een onderzoeksprogramma volgend op het rapport-Dunning, worden diverse interessante voorbeelden besproken (Evenblij 2005). Heb je een goed seksleven nodig om te kunnen functioneren in onze gemeenschap? Zo ja, betekent dit dan dat potentie verhogende middelen als viagra thuis horen in een zorgverzekeringspakket? Is een normaal cholesterolpeil nodig om te kunnen participeren in de gemeenschap? Zo ja, horen cholesterolverlagende statines in het zorgverzekeringspakket thuis? Is dit nog steeds zo als patiënten hun cholesterolpeil ook kunnen verlagen door gezonder te gaan leven?

Opinie-onderzoek geïnspireerd door het rapport van de commissie Dunning lijkt erop te wijzen dat burgers niet erg gebrand zijn op een majeure verandering in het solidariteitspatroon. Evenblij citeert Ter Meulen, Arts en Muffels, een drietal onderzoekers die opinie-onderzoek uitvoerden over keuzes in de zorg. Zij legden hun respondenten zes vignetten voor van ziektegevallen en beschikbare behandelingen, variërend van dotteren bij aderverkalking, medicijnen tegen depressie, tot het preventief opsporen van longkanker, en thuiszorg bij dementie. “In elk van de zes voorbeelden vindt vijfentachtig tot negentig procent van de respondenten dat de behandeling moet worden vergoed. (...) Verder is het opvallend dat de kosten van een behandeling nauwelijks relevant blijken. Mensen blijken bereid om te vergoeden wat het kost, in het algemeen ook als dat negatieve consequenties heeft voor de hoogte van hun eigen ziektekostenpremie.” Kenmerken van patiënten lijken er niet veel toe te doen; respondenten vonden wel dat veel verdienende patiënten zelf een inkomensafhankelijke eigen bijdrage zouden moeten betalen. (Evenblij 2005, p. 20). De respondenten lijken het Walzeriaanse principe aan te hangen en vinden daarnaast dat, als de economische toestand van het land dat vergt, de sterkste schouders maar een beetje meer moeten betalen voor hun gezondheidszorg.

Dat wordt pas anders als mensen andersoortige vragen krijgen voorgelegd, waarbij zij nadrukkelijk *moeten* kiezen. Evenblij sprak met onderzoekster Stolk die haar respondenten paarsgewijze vergelijkingen voorlegde. “Als ze hun geld slechts een keer mochten uitgeven, deden ze dat dan aan een veertigjarige patiënt met pulmonale hypertensie (een zeldzame, progressieve ziekte waarbij de slagaderen in de longen vernauwd zijn) of aan een zestigjarige met de luchtwegaandoening COPD?” Gesteld voor een dergelijke keuze moeten respondenten iets aankruisen, tenzij zij willen overgaan tot een vorm van burgerlijke ongehoorzaamheid jegens hun enquêteur en weigeren om de vraag te beantwoorden. Het is echter de vraag of de uitkomsten van dit type onderzoek of de uitkomsten van een van tevoren op soortgelijke wijze ingeperkte discussie (‘we gaan vandaag keuzes maken in de zorg; suggesties om de bezuinigingen buiten de zorg te realiseren worden niet besproken!’) kunnen worden uitgelegd als de voorkeuren van burgers voor een ander model van solidariteit dan het gebruikelijke Walzer patroon (‘van een ieder naar draagkracht, voor een ieder naar rato van medische behoefte’). Als wij werkelijk collectief mogen kiezen dan komen we uit op het principe van gelijkheid voor de dokter, zo lijkt. Als onze keuzes zich moeten afspelen binnen een van buitenaf opgelegd kader met strikte randvoorwaarden lijkt er geen al te duidelijk patroon te ontstaan. Ter Meulen, Arts en Muffels vonden een voorkeur voor het verdisconteren van eigen verantwoordelijkheid (rokers onder aan de wachtlijst), Stolk constateerde dat mensen eerder middelen beschikbaar stellen aan patiënten wier gezondheid slechter is dan het

gemiddelde dan aan patiënten die gedurende langere tijd al een meer dan gemiddelde gezondheid hebben genoten en daarna alsnog ziek worden (Evenblij 2005, p. 13).

Het plan om collectief te kiezen voor een ander (beperkter) type solidariteit is in praktijk nooit echt van de grond gekomen. Bezuinigingsmaatregelen die in de loop van de jaren tachtig en negentig werden ingevoerd waren vrijwel altijd geënt op het Walzeriaanse model.

- Daar was ten eerste het breed onderschreven selectie principe in geval van schaarste door budgettering: patiënten moeten worden behandeld naar rato van urgentie, en als dat criterium geen uitsluitel geeft, naar rato van hun plaats op de wachtlijst.
- Er was ten tweede de glorieuze opkomst van de richtlijnontwikkeling, volgend op een rapport van de Gezondheidsraad, *Medisch handelen op een tweesprong* (1991). De Gezondheidsraad constateerde dat er bij veel aandoeningen een grote ‘interdokter variatie’ bestond in de manier waarop het probleem werd aangepakt. De raad adviseerde om veel meer te gaan werken met standaarden, protocollen en richtlijnen, bij voorkeur gebaseerd op degelijk medisch-wetenschappelijk onderzoek. Het is aannemelijk dat de richtlijn-geneeskunde (*evidence based medicine*) het principe van gelijkheid voor de dokter nog verder heeft versterkt.
- Ten derde werden er zo nu en dan voorzieningen uit het ziekenfondspakket gehaald en dan betrof het doorgaans geneesmiddelen of behandelingen waarvan de werkzaamheid omstreden was (zoals fysiotherapie) of behandelingen voor aandoeningen en condities die niet goed als ‘medische behoefte’ konden worden getypeerd (bepaalde vormen van cosmetische chirurgie zoals ooglid correcties, flapoor correcties, en jongensbenijdenis om niet-medische redenen).

Naast het niet goed van de grond gekomen project om *collectief* te kiezen voor minder of andere solidariteit zijn er sinds eind jaren tachtig ook met enige regelmaat pogingen ondernomen om burgers *individueel* meer keuzevrijheid te bieden. Dit hervormingsproject heeft uiteindelijk geresulteerd in het ziektekostenverzekeringstelsel dat in 2006 zal worden ingevoerd. Over deze hervormingsplannen gaat het in de volgende paragraaf.

4 Individuele keuzevrijheid: eigen keuzes in de zorg

In 1987 publiceerde een commissie onder leiding van Philips topman Wisse Dekker haar plannen om te komen tot verandering in de gezondheidszorg. De plannen van de commissie Dekker hebben langdurig ‘rondgezongen’ in de gezondheidszorg en in de loop van de jaren negentig zijn er kleine stukjes van ingevoerd. Met ingang van 2006 zal de gezondheidszorg daadwerkelijk worden hervormd conform de Dekker beginselen, die in licht gewijzigde vorm thans bekend staan als het plan-Hoogervorst.

Vanuit het perspectief van de keuzevrijheid zou je de hervormingsplannen van Hoogervorst in een aantal stappen uiteen kunnen leggen.

1. Er bestaan grote kwaliteitsverschillen in de zorg. De ene chirurg is de andere niet. Het maakt uit of een chirurg een bepaalde type operatie drie keer per jaar doet of dertig keer per jaar. De laatste zal vermoedelijk minder fouten maken. De ene oncologie-afdeling is de andere niet. Het maakt voor borstkankerpatiënten uit of er in een ziekenhuis een gespecialiseerde ‘mamma-poli’ is, waar alle kennis over de diagnose en behandeling van borstkanker is gebundeld, zodat men daar goed en vlug kan worden behandeld. Op dezelfde manier is het bestaan van zogeheten ‘cataractstraten’ een belangrijk pluspunt van een ziekenhuis voor patiënten die lijden aan staar. Voor veel patiënten is het van groot belang om dergelijke informatie te kunnen raadplegen. Nog mooier zou het zijn om vervolgens een keuze te kunnen maken: voor die en die

aandoening en die behandeling, bij voorkeur naar die dokter, die afdeling of dat ziekenhuis.

2. De informatie in kwestie is niet alleen van belang voor individuele patiënten, maar ook voor patiëntenorganisaties, die zich inspannen ten behoeve van patiënten met een bepaalde ziekte (borstkanker, diabetes, chronische vermoeidheid). Zij kunnen dergelijke gegevens verzamelen, beoordelen en vertalen voor hun achterban.
3. Zorgverzekeraars horen ook over deze informatie te kunnen beschikken. Zij kunnen die informatie gebruiken in onderhandelingen met zorgaanbieders en zij kunnen vervolgens zorg inkopen, hetzij op kwaliteit ('wij doen alleen zaken met ziekenhuizen die beschikken over een mamma-poli en een cataractstraat, waar ervaren chirurgen werken, die elke door hen uitgevoerde operatie ten minste dertig keer per jaar verrichten'), hetzij op prijs ('wij proberen voor onze verzekerden zo goedkoop mogelijk in te kopen, zodat zij zich niet blauw betalen voor hun zorgverzekeringsspolis').
4. Idealiter leidt dit vervolgens tot een pluriform aanbod van zorgverzekeringsspolissen. Enerzijds zouden er polissen moeten komen die een maximum pakket bieden, waarin alleen is gecontracteerd met de allerbeste zorgaanbieders of waarin de verzekerde geheel vrij is een zorgaanbieder te kiezen naar eigen inzicht, al dan niet op basis van de beschikbare kwaliteitsinformatie. Anderzijds zouden er polissen en pakketten moeten zijn waarin zo goedkoop mogelijk gecontracteerd is, om prijsbewuste aspirant-verzekerden te trekken. Ook de informatie over zorgverzekeraars zou handig en overzichtelijk beschikbaar moeten zijn voor de kiezende patiënt-consumer-verzekerde, die daarmee, veel meer dan binnen het huidige stelsel mogelijk is, kan beslissen hoeveel geld hij wenst uit te geven aan zijn zorgverzekeraar. Hij moet op grond van de wet verplicht een verzekeraar kiezen, maar hij kan, als het goed is, kiezen voor een zo goedkoop mogelijk pakket, om zoveel mogelijk geld over te houden voor vakanties, kunstwerken of zeldzame tropische vissen. Hij kan bovendien – als een nog goedkopere verzekeraar de markt betreedt – elk jaar een nieuwe verzekering afsluiten en hij weet dat ziektekostenverzekeraars hem niet mogen weigeren, ongeacht zijn leeftijd of gezondheidstoestand.

In theorie hoeft dit stelsel, dat de keuzevrijheid van patiënten-verzekerden vergroot, de solidariteit niet in gevaar te brengen. Alle verzekerden moeten verplicht een verzekering afsluiten voor het zogenaamde basisverzekeringsspakket (het huidige ziekenfondspakket). Verzekeraars die een relatief ongezonde cliëntèle trekken worden daarvoor gecompenseerd via een zogeheten 'vereveningsfonds'. Minder draagkrachtige verzekerden kunnen bovendien een deel van de door hen betaalde ziektekostenpremie achteraf terug krijgen van de belasting (door middel van een zogenaamde zorgtoeslag).

In praktijk ligt het vermoedelijk veel ingewikkelder. Als we het nieuwe stelsel nogmaals doorlopen vallen de volgende complicaties op.

Het effect van openbaarheid en concurrentie op zorgverleners is niet alleen maar positief.

Het aanleveren van informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders moet door iemand worden gedaan. Het bijhouden van allerlei prestatie-indicatoren kost geld (als er speciaal personeel voor wordt aangesteld of vrijgesteld), of tijd (als professionals een deel van hun werktijd moeten gaan reserveren voor het boekhouden van hun eigen handelen). In geval er extra geld bij moet mogen we aannemen dat dit het stelsel duurder zal maken, wat geen verklaard oogmerk is van het ministerie van VWS. In geval er vooral tijd moet worden

ingeleverd zal het aanleveren van kwaliteitsinformatie mogelijk ten koste gaan van de eigenlijke kwaliteit.

We kunnen ons voorts afvragen wat voor effect het heeft op de prestaties van mensen als zij weten dat die prestaties (inclusief eventuele fouten) worden geregistreerd en openbaar gemaakt. Het is voorstelbaar en er zijn empirische aanwijzingen dat deze verplichte openbaarheid zal leiden tot kwaliteitsverbetering (Hibbard e.a. 2003 en 2005; Berwick 2003). Individuele professionals zullen mogelijk beter hun best gaan doen als zij bij falen aan de schandpaal worden genageld. Ziekenhuisdirecties zullen disfunctionerende zorgverleners wellicht harder aanpakken als zij zich realiseren dat die de totaalscores van het ziekenhuis negatief beïnvloeden.

Daar staan echter een paar voorstelbare negatieve effecten tegenover: zorgaanbieders kunnen hun tijd en inspanningen exclusief gaan richten op datgene wat geteld en geregistreerd wordt. Dat gaat mogelijk ten koste van alles wat niet hoeft te worden bijgehouden (O'Neill 2002; Le Grand 2003, Tonkens 2003). Dit effect is deels te voorkomen door zoveel mogelijk indicatoren te laten bijhouden, maar hoe meer er moet worden geregistreerd des te groter het tijdsbeslag en de potentiële kostenverhoging.

De vraag is voorts wat er zal gebeuren met zorgaanbieders die mindere kwaliteit leveren dan hun collega's. Verliezen die hun volledige cliëntèle? Zullen zij zich moeten beperken tot simpeler vormen van zorgverlening en de ingewikkelde veeleisende ingrepen over moeten laten aan hun concurrenten? Of zullen zij door prijsvechtende zorgverzekeraars worden gecontracteerd maar tegen een veel lagere prijs, ten behoeve van verzekerden die kennelijk minder waarde hechten aan de kwaliteit van de zorg?

Het is onduidelijk of aspirant verzekerden bereid en in staat zullen zijn te kiezen op basis van de beschikbare informatie.

Over de wensen van aspirant-verzekerden valt weinig met zekerheid te zeggen. Het beschikbare onderzoek wijst meerdere kanten uit.

De Consumentenbond heeft geprobeerd na te gaan of mensen denken dat zij gebruik zouden maken van cijfers over de kwaliteit van ziekenhuizen dan wel dat zij hun ziekenhuis of andere zorgaanbieder liever blijven kiezen op basis van nu nog veel gebruikte gegevens als de reisafstand van huis naar ziekenhuis, het type kamers (een, twee of meerpersoons) en de bereikbaarheid van het ziekenhuis per openbaar vervoer.

Veelzeggend is dat het Consumentenbond-onderzoek wordt ingeleid met de nuchtere vaststelling dat het voor mensen psychologisch onmogelijk is om meer dan 7 tot 9 variabelen te betrekken in een vergelijking (vgl. ook Schwartz 2005). Het vergelijken van honderden verschillende ziekenhuizen of dokters op vele tientallen (zo niet honderden) indicatoren is psychologisch dus a priori al onmogelijk. Niettemin werd aan een klein aantal van 36 proefpersonen gevraagd om 26 kaartjes met daarop klassieke keuzevariabelen (reisafstand, bereikbaarheid met het openbaar vervoer, grootte van het ziekenhuis, type kamers) enerzijds en medisch technische factoren (doorligwonden, hersteloperaties, aanwezigheid van een 'intensivist') anderzijds te rangschikken op relevantie. De klassieke keuzevariabelen scoorden daarbij tamelijk laag. Desgevraagd hechtten de respondenten blijkbaar meer belang aan medisch-technisch goede zorg en bejegening door het ziekenhuispersoneel dan aan een korte reisafstand voor het bezoek.

Vervolgens werd een veel grotere populatie (een zogeheten panel van zorgverzekerden) onderworpen aan een vignettenonderzoek. Respondenten kregen daarbij een reeks van fictieve keuzesituaties voorgelegd, bijvoorbeeld als volgt:

Omcirkel het ziekenhuis van uw voorkeur in de onderste rij van de tabel.

	Ziekenhuis A	Ziekenhuis B
Veilig medicijngebruik	30 %	Geen gegevens bekend
Intensive care specialist 24 uur per dag aanwezig	Ja	Geen gegevens bekend
Bejegening door artsen en verplegend personeel	vriendelijk	Vriendelijk
Beademingsapparatuur op de intensive care	48 uur	48 uur
Aantal buik-aorta operaties en slokdarmverwijderingen	5	50
Aantal specialismen dat complicaties registreert	Geen gegevens bekend	Geen gegevens bekend
Aantal patiënten met complicaties na bloedtransfusie	1 op 10 000	1 op 1000
Aantal ongeplande heroperaties (%)	Geen gegevens bekend	35 %
Gemiddelde wachttijd	10 weken	Geen gegevens bekend
Mijn keuze gaat uit naar	A	B

Op basis van een grote reeks van dit soort dilemma's kon worden vastgesteld aan welke gegevens verzekerden het meeste belang hechtten. De onderzoekers kwamen tot de volgende lijst (van meer naar minder belangrijk):

- het aantal risicovolle interventies (in gewone mensentaal: de ervaring van het ziekenhuis met bepaalde riskante operaties).
- medicatieveiligheid
- aantal ongeplande heroperaties
- aantal beademingsuren op de intensive care
- 24 uren aanwezigheid van een intensivist op de IC
- gemiddelde wachttijd.

Ook de bejegening van patiënten scoorde hoog als indicator.

De Consumentenbond wilde bovendien graag weten of de respondenten de indicatoren graag gepresenteerd wilden krijgen op de manier zoals hierboven in het vignet is gebeurd, dan wel dat zij vooral graag zouden zien of een ziekenhuis op indicator x of y boven of onder het landelijke gemiddelde zou zitten. Of, en dat was de derde mogelijkheid, zou men wellicht de voorkeur geven aan systeem waarin de verschillende kwaliteitsindicatoren bij elkaar zouden worden opgeteld en verwerkt tot een soort Michelin-sterren? Over het algemeen gaven de respondenten de voorkeur aan onbewerkte data, mogelijk vanuit de gedachte dat daarmee het minst kan worden gemanipuleerd.

Men kan vraagtekens zetten bij de respondenten van het Consumentenbondonderzoek. Opvallend was dat slechts 13 % van de respondenten lager opgeleid was (geen onderwijs, basis onderwijs, of vmbo). Maar liefst 69 % van de respondenten was 50 jaar of ouder. Dat suggereert toch dat de Consumentenbond vooral heeft gevist in een vijver van hoger opgeleiden, die het spitsuur van het leven voor een groot deel al achter de rug hebben. Het is daarmee de vraag of de hang naar informatie zich op dezelfde manier zou voordoen bij lager opgeleiden en bij volwassenen die druk zijn met werk en de zorg voor hun kinderen. Beschikken deze categorieën burgers ook over voldoende inzicht, tijd en energie om grote

hoeveelheid vergelijkende gegevens door te nemen over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen?

Daarnaast laat zich de vraag stellen of de door de Consumentenbond aangetroffen positieve grondhouding nu iets zegt over de mate waarin patiënten daadwerkelijk gebruik zullen maken van al deze informatie, gesteld dat die beschikbaar zou zijn. Op basis van het thans gebruikelijke keuzegedrag van patiënten-consumenten moet die verwachting worden gerelativeerd. Albert Meijer deed onderzoek naar de mate waarin en de manier waarop mensen gebruik maken van hun reeds aanwezige informatie over de gemiddelde wachttijd bij ziekenhuizen. Hij concludeerde dat deze informatie maar in heel beperkte mate wordt gebruikt om een ziekenhuis te kiezen. In praktijk kiezen patiënten vooral voor een ziekenhuis in de buurt, gaan zij naar de specialist die zij kennen of die hen door de huisarts aanbevolen wordt. Patiënten zijn bovendien op het moment dat zij naar een ziekenhuis moeten lang niet altijd in de stemming voor een stevig onderzoek op internet (Meijer 2004).

Soortgelijke bevindingen komen uit een literatuuronderzoek naar *Preferenties en competenties van consumenten*, onder redactie van Mark Leys. Ook in dit onderzoek wordt vastgesteld dat de gemiddelde patiënt geen langdurige naspeuringen betracht om te komen tot de keuze van de ultieme behandelaar voor zijn aandoening. Traditie en merkentrouw spelen een belangrijke rol bij keuzen in de gezondheidszorg, net als de geografische ligging van het ziekenhuis en de mond op mond reclame die patiënten bereikt.

Onderzoeker Marc Berg concludeert in een studie voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: “Uit diverse evaluatiestudies in Engeland, de Verenigde Staten maar ook in Nederland blijkt dat patiënten zich niets aantrekken van bijvoorbeeld wachtlijstinformatie, informatie over medisch-inhoudelijke vakbekwaamheid of ranglijsten van zorginstellingen. Onafhankelijk van presentatiewijze, diepgang van de informatie en toegankelijkheid blijken patiënten zo goed als niets met deze informatie te doen.” (Berg 2003).

De Raad voor de Volksgezondheid zelf noteert in een advies over *De wensen van zorgcliënten in Europa* dat Nederlanders minder belang hechten aan keuzemogelijkheden dan de Fransen, de Belgen en de Duitsers. De Raad verklaart deze voorkeur uit het feit dat Nederlanders nog niet gewend zijn aan keuzemogelijkheden en dat burgers in West Europa vrijwel altijd en automatisch gehecht zijn aan de status quo, dat wil zeggen: aan hun eigen gezondheidszorgstelsel, of dit nu een met belastinggeld gefinancierde National Health Service is (zoals in Engeland) dan wel een sociale verzekeringsstelsel (zoals in België, Duitsland of Frankrijk).

Opvallend is wel dat de Nederlandse zorgconsument, meer dan zijn lotgenoten in andere West-Europese landen, bereid lijkt te zijn extra te betalen voor keuzevrijheid in de zorg. Het lijkt redelijk te veronderstellen dat alle investeringen in het registreren en bewerken van data ten behoeve van kwaliteitscontroleurs en internetsites de kosten van de zorg zullen doen stijgen, maar dit is – zo constateert de Raad voor de Volksgezondheid – voor de Nederlandse zorgconsument niet per se een bezwaar. Een kleine premieverhoging neemt die consument voor lief.

Keuzebemiddeling biedt niet altijd een oplossing.

Ofschoon de hierboven besproken onderzoeken over het mogelijk gedrag van consumenten in de zorg niet één bepaalde kant uit wijzen mogen we toch wel aannemen dat er veel aspirant zorgafnemers zijn die geen tijd hebben voor en geen zin hebben in het vergelijken van grote aantallen op zorgaanbieders op talloze indicatoren. Kunnen deze patiënten een beroep doen op keuzebemiddelaars? Binnen het nieuwe stelsel bestaan twee potentiële keuzebemiddelaars: patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Patiëntenorganisaties richten zich over het

algemeen op een bepaalde groep – meestal chronisch zieke – patiënten: er zijn verenigingen voor diabetes-patiënten, reuma-patiënten, astma-patiënten enzovoort. Dergelijke verenigingen zouden in staat moeten zijn zorgaanbieders te vergelijken op de voor hun achterban relevante indicatoren (de aanwezigheid van gespecialiseerde diabetes verpleegkundigen, de beste reumatologen, de beste longartsen enzovoort). Juist voor chronisch zieke patiënten is het echter lonend en voorstelbaar om deze vergelijking zelf uit te voeren. Zij weten waar zij aan lijden en zij hebben dus een beter beeld van hun specifieke zorgbehoeften dan gezonde medeburgers die door allerlei verschillende aandoeningen kunnen worden getroffen en die dus in principe rekening zouden moeten houden met de eventualiteit van zowel diabetes, als reuma, als astma als nog tientallen andere aandoeningen. Mogelijk geldt dit voor lager opgeleide chronische patiënten weer veel minder. Dan zouden patiëntenorganisaties juist voor deze categorie zieken informatie kunnen aanleveren. Helaas lijken lager opgeleide en weinig verdienende burgers over het algemeen ook veel minder actief in en betrokken bij maatschappelijke organisaties dan hun hoog opgeleide medeburgers (Hooghe 2003, p. 51 e.v.). De kans is reëel dat de mogelijkheden tot zorgbemiddeling door patiëntenorganisaties vooral zullen worden aangegrepen door chronisch zieken die dit het minst hard nodig hebben.

Gezonde aspirant-verzekerden zijn voor zorgbemiddeling aangewezen op de diensten van hun zorgverzekeraar die zorg voor hen contracteert. Het probleem met deze bemiddelde keuze is dat dit veronderstelt dat een patiënt-verzekerde groot vertrouwen heeft in zijn zorgverzekeraar. Hij moet erop vertrouwen dat de verzekeraar de door zorgaanbieders aangeleverde kwaliteitsgegevens adequaat heeft geïnterpreteerd en op basis daarvan verstandige contracten heeft afgesloten. Veel patiënten zullen (al dan niet terecht) minder vertrouwen hebben in een op winst gerichte zorgverzekeraar dan in een zorgaanbieder die de medische eed heeft afgelegd en die tuchtrechtelijk kan worden aangepakt als hij het vertrouwen in de medische stand beschaamt. Zomaar afgaan op de reclametaal van de zorgverzekeraar (of op prachtige, diepmenselijke t.v. spotjes begeleid door de aantrekkelijke klanken van *Somewhere over the rainbow*) is voor hen geen oplossing. Zij zouden eigenlijk bereid en in staat moeten zijn de afwegingen van verschillende verzekeraars in dit verband naast elkaar te zetten, na te rekenen en op basis daarvan een keuze te maken voor een van de zorgverzekeraars. Maar als patiënten dat gaan doen verdwijnt het voordeel van de bemiddelde keuze.

Daar komt bij dat de zorgverzekeraar vermoedelijk niet alleen maar let op de kwaliteit van de zorg; de verzekeraar moet daarnaast de kosten in de hand proberen te houden. Hij moet voordelige contracten sluiten met zorgaanbieders om goedkope en aantrekkelijke polissen in de markt te kunnen zetten.

Het is voor een individuele patiënt niet goed uit te maken waar een verzekeraar zich heeft laten leiden door kwaliteit, waar hij zich vooral gericht heeft op een voordelige deal en waar sprake is geweest van een mooie combinatie van deze twee factoren. Mogelijk bieden vergelijkende overzichten van de Consumentenbond of het ministerie een oplossing voor dit probleem.

5 Ongelijkheid voor de dokter

In paragraaf 2 van dit hoofdstuk hebben we het oude zorgstelsel gekarakteriseerd als een systeem geënt op het Walzeriaanse principe van gelijkheid voor de dokter. In paragraaf 3 beschreven we de pogingen van de commissie Dunning om te komen tot een inperking van de solidariteit op basis gedeelde normen over ‘noodzakelijke zorg binnen onze gemeenschap’. Politiek-filosofen zouden deze queeste typeren als een communitaristisch project. In deze laatste paragraaf willen wij het nieuwe stelsel zoals dat in paragraaf 4 is beschreven, politiek-filosofisch proberen te duiden en we doen dat aan de hand van een casus. We laten een

tweetal fictieve patiënten de huisarts bezoeken, eerst onder het oude regime en vervolgens onder het regime van het komende stelsel.

Meneer Hoekstra onder het oude regime

Meneer Hoekstra is 47 jaar. Hij meldt zich op een morgen op het spreekuur van zijn huisarts. Hij valt de laatste paar maanden ongewild af en hij heeft gisteren bloed gezien in zijn ontlasting. De huisarts maakt zich zorgen. Zij regelt een afspraak voor hem in ziekenhuis in de buurt waar hij direct terecht kan voor nader onderzoek. Ze hoopt dat haar collega's in het ziekenhuis meneer Hoekstra zullen doorverwijzen naar een ziekenhuis met een goede oncologie-afdeling als hij inderdaad – zoals zij vreest – lijdt aan een vorm van kanker.

Mevrouw van Barneveld onder het oude regime

Mevrouw van Barneveld is 47 jaar. Zij meldt zich op een morgen op het spreekuur van haar huisarts. Zij valt de laatste paar maanden ongewild af en zij heeft gisteren bloed gezien in haar ontlasting. De huisarts maakt zich zorgen. De casus gaat precies zo verder als bij meneer Hoekstra.

Meneer Hoekstra onder het nieuwe regime

Meneer Hoekstra is 47 jaar. Hij meldt zich op een morgen op het spreekuur van zijn huisarts. Hij valt de laatste paar maanden ongewild af en hij heeft gisteren bloed gezien in zijn ontlasting. De huisarts maakt zich zorgen. Zij informeert naar meneer Hoekstra's ziektekostenverzekering. Meneer Hoekstra is conciërge op een basisschool, een leuke baan, maar niet echt riant betaald. Hij heeft daarom gekozen voor een goedkope zorgverzekering. Zijn zorgverzekeraar heeft alleen enkele goedkoop leverende aanbieders onder contract genomen. De huisarts pleegt een aantal telefoontjes. Haar patiënt kan – na veel soebatten van haar kant - over een week terecht in een ziekenhuis honderd kilometer verderop. Hij kan daar ook behandeld worden als hij inderdaad – zoals de huisarts vreest – lijdt aan kanker. De behandelend artsen zullen hem echter niet kunnen doorverwijzen naar een gespecialiseerd oncologisch ziekenhuis.

Mevrouw van Barneveld onder het nieuwe regime


Mevrouw van Barneveld is 47 jaar. Zij meldt zich op een morgen op het spreekuur van haar huisarts. Zij valt de laatste paar maanden ongewild af en zij heeft gisteren bloed gezien in haar ontlasting. De huisarts maakt zich zorgen. Zij informeert naar mevrouw van Barnevelds ziektekostenverzekering. Mevrouw van Barneveld is rector op een lyceum. Zij heeft, zoals ze zelf zegt, gekozen voor een dure verzekering met alles erop en eraan. De huisarts buigt zich met mevrouw van Barneveld over de prestatiecijfers van verschillende ziekenhuizen in de regio. Mevrouw van Barneveld zegt dat ze vreest dat het kanker is en vraagt aan de huisarts of ze in dat geval moet aandringen op directe doorverwijzing naar een gespecialiseerd ziekenhuis. De huisarts zegt dat dit inderdaad heel verstandig zou zijn, maar dat mevrouw natuurlijk niet meteen van het ergste uit moet gaan.

Wat er gebeurd is tussen meneer Hoekstra en mevrouw van Barneveld oude stijl en nieuwe stijl laat zich politiek-filosofisch gezien op twee manieren duiden. In de eerste interpretatie zijn we opgeschoven in libertarische richting. Libertariërs gaan ervan uit dat individuen het recht moeten hebben hun leven vorm te geven zoals zij zelf willen. Elke overheidsinterventie

die het individu tot iets dwingt is *a priori* te beschouwen als iets negatiefs. Het betalen van belasting ten behoeve van collectieve goederen (dijken, politie, rechtspraak en defensie) zou idealiter tot het absolute minimum moeten worden beperkt. Het betalen van belasting of sociale verzekeringspremies ten behoeve van minder bedeelde medeburgers hoort helemaal niet voor te komen. Een verplichte ziektekostenverzekering is voor libertariërs uit den boze. Het nieuwe stelsel (gebaseerd op verzekeringsplicht en acceptatieplicht) is libertarisch gezien nog steeds een schoolvoorbeeld van overheidsdwang, maar het kunnen kiezen voor een minimaal pakket als dat van meneer Hoekstra of een maximum pakket als dat van mevrouw van Barneveld is in deze optiek pure winst. Meneer Hoekstra koos ervoor zijn geld te besteden aan andere dingen dan zijn ziektekostenverzekering en die keuze had heel verstandig kunnen uitpakken. Als meneer Hoekstra tot zijn 80^{ste} gezond gebleven was (wat tegenwoordig voor tamelijk veel mensen is weggelegd), dan had hij jarenlang premiegeld uitgespaard om leuke dingen mee te doen. Zoals het nu uitpakt heeft Hoekstra vermoedelijk verkeerd gegokt, maar dat is inherent aan het mechanisme van de verzekering. Mensen die onderverzekerd zijn voor brand, vernieling of diefstal betalen ook jarenlang een relatief lage premie. Die moeten dan niet zeuren als een brand een gevoelige klap voor hun banksaldo zou betekenen.

In de tweede interpretatie zouden we kunnen spreken van een ‘Rawlsiaanse verbetering’. De klassieke rechtvaardigheidstheorie van John Rawls is gebaseerd op een gedachtenexperiment. Stel dat je niets weet over je eigen aanleg en talenten. Je weet niet of je ziekelijk bent of kerngezond, slim of dom, commercieel handig of niet, sociaal vaardig of niet enzovoort. Hoe zou je dan denken over sociale rechtvaardigheid? Wat zou je onder die fictieve omstandigheden een eerlijke verdeling vinden van geld en goederen? Vermoedelijk zou je in eerste instantie denken aan een principe als ‘ieder evenveel’. Maar bij nader doordenken zou je je realiseren dat een over de hele linie doorgevoerd ‘ieder evenveel’ ertoe zou kunnen leiden dat ieder vooral ‘even weinig’ zou hebben. Een zekere mate van ongelijkheid kan ertoe leiden dat ‘de totale koek’ groter wordt. Zoveel groter dat ook de minst bedeelde in de samenleving liever een deel van die totale koek nieuwe stijl zouden hebben dan hun vermoedelijke portie onder een ‘ieder evenveel’ systeem. Sociaal-economische ongelijkheid is te rechtvaardigen als die ertoe leidt dat ook de minst bedeelde erop vooruitgaan, schreef Rawls. Rawls had daarbij met name inkomensverschillen op het oog. Als wij kunnen kiezen tussen regime x, waarin iedereen 800 euro per maand verdient en regime y waarin de rijksten 3500 euro per maand toucheren en de armsten 1000 euro, dan zullen ook de armsten de voorkeur geven aan regime y, aldus het Rawlsiaanse “difference principle”.

Er is geen reden om de werking van het difference principe te beperken tot inkomensdifferentiatie. Mogelijk kunnen we als volgt redeneren: gelijkheid voor de dokter leidt tot een bepaald niveau van zorg voor allen (uiteraard afhankelijk van hun gezondheidstoestand). Ongelijkheid in de zorg (veroorzaakt door keuzevrijheid voor de consument en concurrentie tussen zorgaanbieders) leidt tot een dermate grote kwaliteitsverbetering dat ook de minst bedeelde erop vooruit gaan ten opzichte van de oude situatie. In deze interpretatie zouden dus zowel meneer Hoekstra als mevrouw van Barneveld beter af moeten zijn onder het nieuwe systeem. Hoe sterker de aanwijzingen dat dit echt het geval is, des te legitiemer zou de stelselwijziging zijn.

Als die alomvattende kwaliteitsverbetering niet optreedt of slechts heel beperkt is, betalen we daarvoor een hoge prijs. Wij leven in een politieke gemeenschap waarin velen zich zorgen maken over de sociale cohesie en de teloorgang van gedeelde waarden. Gelijkheid voor de dokter is een van de normen die ondanks die veronderstelde teloorgang nog altijd breed worden onderschreven. In 2002 peilde het Sociaal en Cultureel Planbureau onze mening over de publieke voorzieningen. 75 % van de Nederlanders vond dat de gezondheidszorg toegankelijk zou moeten zijn, ongeacht inkomen.  Nederlanders hebben niet veel bezwaar

tegen inkomensongelijkheid, maar zij vonden het – vaker dan burgers in andere landen – heel erg als rijkdom zou leiden tot snellere toegang tot publieke voorzieningen. (SCP 2002). In het Sociaal en Cultureel Rapport 2004 probeerde het SCP na te gaan wat onze verwachtingen zijn voor de toekomst, wat we zelf zouden willen en wat we denken dat er gaat gebeuren. Zorg zou volgens het gros van de Nederlandse burgers moeten worden verdeeld naar medische behoefte. 91 % van de respondenten van het SCP zou het onwenselijk vinden als mensen die meer kunnen betalen ook betere zorg krijgen. Er zijn, zo denken wij, niet zo veel normen in Nederland die op groter draagvlak kunnen rekenen. (SCP 2004, vgl. ook Trappenburg 2005).

Het daadwerkelijk delen van publieke voorzieningen – de huisarts, het ziekenhuis, het verpleeghuis en de RIAGG – is goed voor de sociale cohesie in een politieke gemeenschap (Kaus 1992). Als meneer Hoekstra en mevrouw van Barneveld elkaar niet meer tegenkomen in de zorg, omdat mevrouw van Barneveld direct wordt verwezen naar een betere kliniek, op termijn mogelijk ook door een andere huisarts dan meneer Hoekstra, dan hebben Hoekstra en Van Barneveld niet langer gedeelde zorgen. Mevrouw van Barneveld komt dan terecht in een zorgtraject voor de beter bedeeden en meneer Hoekstra krijgt elders een ander soort zorg. Dit zou kunnen leiden tot grotere onverschilligheid bij de beter gesitueerden voor het lot van meneer Hoekstra en de zijnen en tot groeiend ressentiment bij de minder bedeeden die hun keuze voor een goedkope ziektekostenpolis lang niet altijd beschouwen als een vrije keuze ingegeven door een hang naar langere vakanties of meer consumptiegoederen. De kwaliteitsverbetering door het nieuwe stelsel moet fors zijn, wil zij opwegen tegen deze nadelen.

Aangehaalde literatuur

- Berwick, D.M. (2003), Connections Between Quality Measurement and Improvement, *Medical Care*, 41 (1): pp. I-30-I-38.
- Callahan, D. (1989), *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Simon and Schuster, New York.
- Callahan, D. (1987), *What Kind of Life? The Limits of Medical Progress*, Simon and Schuster, New York.
- Commissie Keuzen in de zorg (1991), *Kiezen en delen*, SDU, Den Haag.
- Consumentenbond (2005), *Pilotproject Keuze in de zorg. Onderzoek naar de mogelijkheid en wenselijkheid van een vertaling van de basisset prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*.
- Evenblij, M. (2005), *Kiezen is delen. Aanvullingen op de trechter van Dunning: rechtvaardigheid en solidariteit*, Van Gorcum, Assen.
- Gezondheidsraad (1991), *Medisch handelen op een tweesprong*, Den Haag.
- Hibbard, J.H., J. Stockard & M. Tusler (2003), Does Publicizing Hospital Performance Stimulate Quality Improvement Efforts?, *Health Affairs* 22, pp. 84-94.
- Hibbard, J.H., J. Stockard & M. Tusler (2005), It Isn't Just about Choice: The Potential of a Public Performance Report to Affect the Public Image of Hospitals, *Medical Care Research and Review*, 62 (3), pp. 358-371.
- Hooghe, M. (2003), *Sociaal kapitaal in Vlaanderen. Verenigingen en democratische politieke cultuur*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Kaus, M. (1992), *The End of Equality*, Basic Books, New York.
- Le Grand, J. (2003), *Motivation, Agency and Public Policy : of Knights, Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press, Oxford.
- Leys, M. (red.) (2003), *Preferenties en competenties van consumenten. Een 'quick scan' van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*, uitgevoerd in opdracht van ZonMW, m.m.v.

- Sam Adams, Roland Bal, Anne Eland, Stef Groenewoud, Robbert Huijsman en Margot van de Sman, ZonMW, Den Haag.
- Meijer, A.J. (2004), *Vreemde ogen dwingen: de betekenis van internet voor maatschappelijke controle in de publieke sector*, Boom, Den Haag.
- Mol, A. & P. van Lieshout (1989), *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van de huisartsgeneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg 1945-1985*, Sun, Nijmegen.
- O'Neill, O. (2002), *A Question of Trust, The BBC Reith Lectures*, Cambridge UP, Cambridge.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003), *De wensen van zorgcliënten in Europa*, Zoetermeer.
- Rutten, F.F.H. en W. Brouwer (2003), De prijs van vraagsturing, in: *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, bij het advies Van patiënt tot klant, Zoetermeer.
- Schwartz, B. (2005), *The Paradox of Choice. Why More is Less. How the Culture of Abundance Robs Us of Satisfaction*, Harper Collins, New York.
- SCP (2003), *Het sociale draagvlak voor de quataire sector 1970-2000*, Den Haag.
- SCP (2004), *In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel rapport 2004*, Den Haag.
- Tonkens, Evelien (2003), *Mondige burgers, getemde professionals: marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIWZ.
- Trappenburg, M.J (1993), *Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland*, Tjeenk Willink, Zwolle.
- Trappenburg, M.J. (1997), Defining the Medical Sphere, in: *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, Vol. 6, nr. 4, Fall, pp. 416-434.
- Trappenburg, M. (2005), *Gezondheidszorg en democratie*, rede EUR.
- Walzer, M. (1983), *Spheres of Justice. A Defence of Pluralism and Equality*, Basic Books, New York.